

i **quaderni**  
della DIDATTICA

# Bisogni educativi speciali (**BES**)

Strategie di **intervento**  
in favore dell'**inclusione**

**Guida** teorico-pratica alle attività di **sostegno didattico**

- Spunti per un'azione educativa inclusiva
- Indicazioni operative per la differenziazione dell'azione didattica
- Quadro di riferimento normativo e pedagogico-didattico
- Puntuali test di verifica al termine di ogni modulo

G. Campana

IV Edizione



**IN OMAGGIO ESTENSIONI ONLINE**

Contenuti  
**extra**



**EdiSES**  
edizioni



# Bisogni educativi speciali (BES)

Strategie di **intervento** in favore dell'**inclusione**

## GUIDA TEORICO-PRATICA ALLE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO

### Accedi ai servizi riservati

Il codice personale contenuto nel riquadro dà diritto a servizi riservati ai clienti. Registrandosi al sito, dalla propria area riservata si potrà accedere a:

**MATERIALI DI INTERESSE  
E CONTENUTI AGGIUNTIVI**

CODICE PERSONALE

Grattare delicatamente la superficie per visualizzare il codice personale.  
Le **istruzioni per la registrazione** sono riportate nella pagina seguente.  
Il volume NON può essere venduto né restituito se il codice personale risulta visibile.  
L'**accesso ai servizi riservati** ha la **durata di 18 mesi** dall'attivazione del codice  
e viene garantito esclusivamente sulle edizioni in corso.





# Bisogni educativi speciali (BES)

Strategie di **intervento** in favore dell'**inclusione**

---

## GUIDA TEORICO-PRATICA ALLE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO



I quaderni della didattica – Bisogni educativi speciali (BES) – Strategie di intervento in favore dell'inclusione – IV Edizione

Copyright © 2025, 2018, 2016, 2014 EdiSES S.r.l. – Napoli

9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
2029	2028	2027	2026	2025					

*Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata*

*A norma di legge è vietata la riproduzione, anche parziale,  
del presente volume o di parte di esso con qualsiasi mezzo.*

L'Editore

**Giovanni Campana** svolge attività di formazione dei docenti per conto dell'Associazione Docenti Italiani. I vari temi dell'apprendimento e della didattica, con particolare attenzione al problema delle difficoltà di apprendimento e a quello del disagio nella scuola. Ha diretto per diversi anni i corsi biennali polivalenti per la formazione dei docenti di sostegno per il Provveditorato di Modena, occupandosi del problema dell'integrazione degli alunni con disabilità. Presso la EdiSES ha pubblicato un ampio commento alle Indicazioni (*Le nuove Indicazioni nazionali per il Curricolo 2012 per la scuola dell'infanzia e il primo ciclo di istruzione, Napoli, 2013*).

*Grafica di copertina, progetto grafico:*  *curvilinee*

*Fotocomposizione:* EdiSES Edizioni S.r.l. – Napoli

*Stampato presso:* PrintSprint S.r.l. – Napoli

*per conto della* EdiSES – Piazza Dante, 89 – Napoli

ISBN 979 12 5602 213 7

**www.editest.it**

---

I curatori, l'editore e tutti coloro in qualche modo coinvolti nella preparazione o pubblicazione di quest'opera hanno posto il massimo impegno per garantire che le informazioni ivi contenute siano corrette, compatibilmente con le conoscenze disponibili al momento della stampa; essi, tuttavia, non possono essere ritenuti responsabili dei risultati dell'utilizzo di tali informazioni e restano a disposizione per integrare la citazione delle fonti, qualora incompleta o imprecisa. Realizzare un libro è un'operazione complessa e, nonostante la cura e l'attenzione poste dagli autori e da tutti gli addetti coinvolti nella lavorazione dei testi, l'esperienza ci insegna che è praticamente impossibile pubblicare un volume privo di imprecisioni. Saremo grati ai lettori che vorranno inviarci le loro segnalazioni e/o suggerimenti migliorativi su [assistenza.edises.it](mailto:assistenza.edises.it)

# PREMESSA ALLA QUARTA EDIZIONE

Il tema della diversità nell'apprendimento è profondamente maturato negli ultimi due decenni, evolvendo verso la realizzazione di una scuola realmente inclusiva.

Questo volume intende offrire un quadro di riferimento complessivo dei Bisogni Educativi Speciali: partendo dalla dimensione storica e normativa, vengono affrontati gli aspetti concettuali e operativi del vasto orizzonte della didattica inclusiva per fornire una visione chiara e indicazioni concrete per l'azione educativa.

La trattazione abbraccia tutte le situazioni comprese nella macrocategoria dei BES con ampi riferimenti alle situazioni di disabilità e ai disturbi specifici di apprendimento.

Anche in questa edizione, si è voluto confermare il taglio operativo e di supporto per quanti già insegnano o desiderano intraprendere la professione di docente nella scuola di ogni ordine e grado: il volume, infatti, costituisce nel contempo un riferimento teorico-legislativo ed una guida pratica all'attività didattica finalizzata all'inclusione.



# INDICE

## PARTE PRIMA

### Alunni con bisogni educativi speciali derivanti da disabilità

<b>Unità 1</b>	L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità e degli altri alunni con BES.....	3
1.1	Le situazioni di disabilità. Aspetti definitori: salute, deficit o minorazione, disabilità, svantaggio .....	5
1.1.1	La questione della diversità: una brutta storia.....	5
1.1.2	L'azione dell'OMS per la promozione della salute e l'integrazione delle persone disabili .....	8
1.1.3	Principi e finalità dell'inclusione scolastica nel D.Lgs. 66/2017 (come integrato e modificato dal D.Lgs. 96/2019) e "accomodamento ragionevole" ....	13
1.2	La Legge 170/2010 e la Direttiva Ministeriale del 27/12/2012: alunni con Bisogni Educativi Speciali .....	14
1.2.1	Lo svantaggio come problematica unificante. Le numerose tipologie di situazioni di ragazzi con BES .....	14
1.2.2	Alcuni dati.....	19
<b>Test di verifica</b> .....		21
<b>Unità 2</b>	L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità: inquadramento storico-normativo...	26
2.1	Atto di nascita dell'inclusione delle persone disabili nella scuola comune: la L. 118/1971 e la L. 517/1977 .....	26
2.2	La situazione di disabilità come caso particolare tra le molteplici diversità nell'apprendimento.....	26
2.3	Un importante passaggio storico: dalla scuola selettiva alla "scuola dell'integrazione" .....	26
2.4	La diversità come statuto ordinario dell'alunno.....	27
2.5	Un'unica legge e un unico articolo per tutte le diversità.....	27
2.6	L'elaborazione normativa del Ministero e la Legge 104/1992 .....	28
2.7	La "cultura dell'integrazione" .....	29
2.8	Rapida generalizzazione dell'accesso alla scuola e progressivo aumento della domanda di sostegno.....	29
2.9	L'entità della domanda di sostegno e il problema della compatibilità economica .....	30
2.10	Risorse professionali per l'assistenza igienica di base e per l'autonomia e la comunicazione.....	30
2.11	Crescita generale della scuola in tema di inclusione delle situazioni di disabilità e di svantaggio .....	31
2.12	Le linee Guida del 2009 .....	31
<b>Test di verifica</b> .....		33

<b>Unità 3</b>	<b>Alunni con disabilità: l'attività diagnostica e programmatica, la valutazione, il quadro delle collaborazioni</b>	
3.1	Il quadro normativo .....	35
3.1.1	Una normativa inclusiva in espansione.....	36
3.2	L'azione diagnostico-valutativa – IL D.Lgs. 66/2017 e le Linee Guida per il certificato e il profilo di funzionamento (gennaio 2023).....	37
3.2.1	Certificato medico diagnostico-funzionale, verbale di accertamento della disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica, profilo di funzionamento.....	37
3.2.2	Il D.Lgs. 62/2024: la nuova valutazione di base, l'accomodamento ragionevole, l'unità multidimensionale, il progetto di vita .....	43
3.3	L'azione programmatica (D.Lgs. 66/2017 e D.Lgs. 62/2024) .....	47
3.3.1	Il Piano Educativo Individualizzato (PEI) (D.Lgs. 66/2017).....	47
3.3.2	Il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato (D.Lgs. 62/2024) .	54
3.3.3	Il Piano per l'inclusione.....	56
3.3.4	La valutazione (D.Lgs. 62/2017) .....	57
3.4	Il quadro delle collaborazioni (D.Lgs. 66/2017 e D.Lgs. 96/2019): i gruppi di lavoro coinvolti nei compiti relativi all'inclusione (GLIR, GIT, GLI, GLO) e l'osservatorio permanente per l'inclusione .....	58
	<b>Test di verifica</b> .....	61
<b>Unità 4</b>	<b>L'azione educativa e didattica: l'insegnante di sostegno e gli altri insegnanti</b> .....	71
4.1	L'inclusione dell'insegnante di sostegno come indicatore dell'inclusione dell'alunno disabile.....	71
4.1.1	La piena contitolarità .....	71
4.1.2	Docente di sostegno: la costruzione del proprio ruolo .....	71
4.1.3	Senso di iniziativa, competenza, buona comunicazione.....	72
4.1.4	Coordinatore del consiglio di classe per l'inclusione dell'alunno con disabilità....	73
4.1.5	Disposizioni del dirigente per una corretta azione di inclusione e per il ruolo del docente di sostegno .....	73
4.1.6	Il gruppo dei docenti di sostegno e la definizione di un protocollo per le attività di sostegno.....	73
4.2	Prima accoglienza .....	75
4.2.1	Incontri preparatori: illustrazione della DF, incontro con i docenti della scuola precedente, consiglio di classe, incontro con l'alunno .....	75
4.2.2	I primi giorni nella nuova scuola .....	76
4.2.3	Alunni che rifiutano il sostegno.....	77
4.2.4	Un metodo per sciogliere il rifiuto iniziale da parte dell'alunno che si difende dal sostegno.....	78
4.2.5	Il vantaggio educativo per tutte le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi della classe.....	79
4.3	L'osservazione dell'alunno .....	79
4.3.1	Osservazione di tipo intuitivo-globale e osservazione analitica rigorosa: sapere, guardare, vedere .....	79
4.3.2	Il metodo dell'osservazione interattiva.....	80
4.3.3	L'approccio alle diverse situazioni di disabilità.....	82
	<b>Test di verifica</b> .....	85

## Unità 5 Apprendimento e buona crescita: obiettivi di inclusione e di apprendimento nelle diverse aree di crescita cognitiva e personale

5.1	Obiettivi di inclusione in presenza e obiettivi di inclusione in prospettiva futura.....	93
5.1.1	Star bene a scuola.....	93
5.1.2	Apprendimento e identità: avventurarsi per poi “ritrovarsi”.....	93
5.1.3	Senso di “accrescimento”.....	94
5.1.4	Senso di appartenenza.....	94
5.1.5	Procedere per prova ed errore.....	94
5.1.6	Il ritiro dall'apprendimento.....	94
5.1.7	Gradualità e gratificazione.....	95
5.1.8	Il docente mediatore della vicinanza dell'alunno a se stesso.....	96
5.1.9	Inclusione presente e inclusione in prospettiva futura.....	96
5.1.10	Se prevale la prospettiva dell'inclusione futura.....	96
5.1.11	Se prevale il benessere presente a scapito dell'impegno per l'inclusione futura.....	97
5.1.12	Un quadro di criteri e obiettivi di fondo dell'azione pedagogica e didattica....	98
5.2	Obiettivi e situazioni educativo-didattiche nelle diverse aree di sviluppo e di apprendimento.....	99
5.2.1	Autonomia, competenza, identità.....	99
5.2.2	Aree di sviluppo degli obiettivi: uno schema generale.....	100
5.2.3	Comunicazione.....	101
5.2.4	Macroarea linguistica, disciplinare, matematica.....	102
5.2.5	Relazione con se stesso e con gli altri e con il contesto classe e scuola.....	105
5.2.6	Espressività corporea, figurativa, ritmico-musicale.....	108
5.2.7	Funzionamento cognitivo.....	110
5.2.8	Autonomie.....	112
5.3	Osservazioni conclusive.....	113
	<b>Test di verifica.....</b>	<b>114</b>

## PARTE SECONDA

### Alunni con bisogni educativi speciali non derivanti da disabilità

## Unità 6 La normativa sui BES –Le tipologie di alunni interessate – Prima tipologia: i disturbi fisici di apprendimento (DSA)

6.1	La L.170/2010: I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA).....	125
6.1.1	La Direttiva 27/12/2012 sui BES: le grandi sottocategorie di bisogni educativi speciali.....	126
6.1.2	Quadro dei disturbi evolutivi specifici.....	126
6.1.3	Estensione a tutti i disturbi evolutivi delle misure previste per i DSA (L. 170/2010).....	127
6.1.4	Il Piano Didattico Personalizzato.....	128
6.1.5	I Centri Territoriali di Supporto.....	128
6.2	La L. 170/2010: articolazione del testo.....	129

6.2.1	Definizioni relative ai DSA nella L. 170/2010 e nelle Linee Guida .....	129
6.2.2	Finalità della Legge .....	131
6.2.3	Diagnosi e individuazione precoce (art. 3 della Legge, D.M. 17/4/2013-Li- nee Guida per l'individuazione precoce) .....	131
6.2.4	Formazione dei docenti e dei dirigenti scolastici .....	134
6.2.5	Misure educative e didattiche di supporto e Piano Didattico Personalizzato (PDP).....	135
6.2.6	Verifica e valutazione .....	140
6.2.7	Misure per i familiari .....	142
6.3	I DSA – Approfondimento conoscitivo: come funziona l'apprendimento nell'a- lunno dislessico.....	142
6.3.1	Quanti sono gli alunni con DSA. Il livello subclinico. Le situazioni di DSA non riconosciute.....	142
6.3.2	Difficoltà (errori e lentezza) nella decodifica fonologica e grafica. Bassa memoria sillabica. Non si forma l'automatismo.....	143
6.3.3	L'apprendimento di elenchi. La gestione del tempo .....	143
6.3.4	Recupero lessicale e controllo lessicale .....	144
6.3.5	Dal camminare al correre: l'automatismo non si forma .....	144
6.3.6	Conseguenze del mancato automatismo .....	145
6.3.7	Dislessia: le diverse forme, i sottotipi del disturbo e i diversi livelli di pro- fondità.....	146
6.3.8	Aspetti emotivi e conseguenze per l'apprendimento .....	149
6.4	DSA: indicazioni per l'azione didattica .....	150
6.4.1	Scuola dell'infanzia .....	150
6.4.2	Scuola primaria .....	152
6.4.3	Scuola secondaria di I e di II grado .....	154
6.4.4	Le mamme dei dislessici.....	156
6.4.5	Compiti del dirigente scolastico, del referente, dei docenti, della famiglia, degli studenti.....	156
	<b>Test di verifiche</b> .....	158
	<b>Unità 7</b> L'iperattività – Altri disturbi evolutivi – Situazioni di BES non derivanti da disturbi.....	180
7.1	Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) .....	180
7.1.1	Le tre componenti del disturbo: deficit dell'attenzione, iperattività, im- pulsività .....	180
7.1.2	Quanti sono gli alunni con ADHD? .....	182
7.1.3	Comorbilità: associazione dell'ADHD con numerosi altri disturbi .....	182
7.1.4	Carenza nella funzione riflessiva e autoriflessiva e scarsa capacità empatica.....	183
7.1.5	Problemi nella sfera relazionale-sociale.....	184
7.2	ADHD: l'azione del docente.....	184
7.2.1	Igiene ambientale (ripulitura dagli stimoli negativi).....	185
7.2.2	Atteggiamenti e comportamenti del docente.....	185
7.2.3	Evitare il rinforzo negativo e realizzare quello positivo .....	186
7.2.4	Gli strumenti .....	188
7.2.5	Situazioni non dichiarate e situazioni subcliniche. L'intervento farmaco- logico.....	189
7.3	Altri disturbi.....	190
7.3.1	Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL) .....	191



7.3.2	Intelligenza verbale e intelligenza non verbale. Disturbo Non Verbale.	
	Disprassia.....	192
7.3.3	Disturbo dello spettro autistico lieve .....	194
7.4	Bambini e ragazzi che “non ci arrivano tanto”. Funzionamento Intellettivo Limitato (Borderline cognitivi).....	195
7.5	Bambini e ragazzi in situazione di deprivazione socioculturale.....	196
7.6	Il problema della svogliatezza reattiva: alunni che si ritirano dall'apprendimento...	197
7.6.1	Riconoscere le situazioni di svogliatezza reattiva. Criteri per affrontarle .....	199
7.6.2	Il caso della fobia scolare.....	202
	<b>Test di verifiche</b> .....	204

## Risposte esatte Test di verifica

Unità 1	Risposte esatte ai test di verifica.....	219
Unità 2	Risposte esatte ai test di verifica.....	227
Unità 3	Risposte esatte ai test di verifica.....	229
3.1	L'azione diagnostica e programmatoria .....	229
3.2	Approfondimenti e indicazioni relative all'azione diagnostica e programmatoria.....	233
Unità 4	Risposte esatte ai test di verifica.....	239
Unità 5	Risposte esatte ai test di verifica.....	247
Unità 6	Risposte esatte ai test di verifica .....	257
Unità 7	Risposte esatte ai test di verifica.....	281



## Alunni con bisogni educativi speciali derivanti da disabilità

### SOMMARIO

Unità 1	L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità e degli altri alunni con BES
Unità 2	L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità: inquadramento storico-normativo
Unità 3	Alunni con disabilità: l'attività diagnostica e programmatica, la valutazione, il quadro delle collaborazioni
Unità 4	L'azione educativa e didattica: l'insegnante di sostegno e gli altri insegnanti
Unità 5	Apprendimento e buona crescita: obiettivi di inclusione e di apprendimento nelle diverse aree di crescita cognitiva e personale



# Unità 1

## L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità e degli altri alunni con BES

Sotto l'unica voce di Bisogni Educativi Speciali sono comprese le situazioni di difficoltà dovute a disabilità e quelle non derivanti da disabilità. Così è, correttamente, nello spirito della Direttiva del 27/12/2012 *"Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica"* e della relativa C.M. n. 8 del 6/3/2013. Il problema da sempre fondamentale delle diversità di fronte ai compiti di apprendimento è divenuto in Italia oggetto di attenzione legislativa con la Legge n. 517/1977, che diede importanza contestualmente sia all'impegno alla differenziazione dell'azione pedagogico-didattica nei confronti delle situazioni di difficoltà sia a quello dell'integrazione degli alunni con disabilità nella scuola comune, precedendo di molto con grande slancio e non senza importanti risultati gli altri paesi<sup>1</sup>.

Il tema della diversità nell'apprendimento è profondamente maturato in questi decenni portando alla formulazione – purtroppo tardiva, in questo caso, rispetto a diversi altri paesi – della Legge 170/2010 dedicata al problema dei Disturbi Specifici di Apprendimento (seguita dalle importanti Linee Guida). La Direttiva del 27/12/2012, rivolta agli alunni e studenti con Bisogni Educativi Speciali intende portare a compimento la vocazione italiana, così profondamente maturata dagli anni della L. 517/1977, alla realizzazione di una scuola realmente inclusiva, in grado di differenziare la propria azione in rapporto alle differenti situazioni davanti all'apprendimento. La cresciuta sensibilità sociale, aumentata insieme all'aumentata complessità della società stessa e resa più acuta e accorta dalla maggiore attenzione, in tutti i paesi occidentali, ai diritti della persona, ha portato alla consapevolezza del carattere unitario del problema della diversità nell'apprendimento. Nel frattempo, anche l'avanzamento delle neuroscienze ha portato ad una visione molto più sottile delle distinzioni tra difficoltà, disturbi, patologie, facendo emergere ampie e complesse zone di confine tra disabilità e non disabilità, difficoltà e disturbi. L'aggettivo *"speciale"*, un tempo riservato alle scuole per minorati psichici e sensoriali, viene ora utilizzato non solo per le situazioni di disabilità, ma per tutte le situazioni di difficoltà nell'apprendimento: tutti i bambini e ragazzi che presentano particolari situazioni di difficoltà, non sempre tipizzabili, come ricorda la direttiva stessa,

<sup>1</sup> Come si ricorderà nell'Unità 2, la storia dell'integrazione scolastica delle persone con disabilità, culminata nella Legge 104/1992, era iniziata in realtà con la precedente legge 118/1971, riferita a *"mutilati e invalidi civili (...) che frequentino la scuola dell'obbligo"*, con la quale si precisava che *"l'istruzione dell'obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica e senza prevedere alcuna forma di sostegno all'apprendimento"*.

presentano bisogni educativi particolari – speciali, appunto – e hanno diritto a idonee forme di azione pedagogico-didattica.

In questo modo si compie il passo culturalmente decisivo per l'assunzione di una visione autenticamente **inclusiva**, che integri in un unico criterio e in unico diritto all'apprendimento e all'autorealizzazione personale tutte le situazioni di difficoltà. Intende pertanto rivestire un importante significato per la cultura professionale di docenti e dirigenti scolastici il fatto di trattare il tema dell'**inclusione** degli alunni con disabilità e quello delle diverse situazioni di difficoltà in un unico testo, in un'unica iniziativa formativa intitolata ai *Bisogni Educativi Speciali*, applicando a tutti quel **concetto aperto e universale di inclusione che si è venuto elaborando in sede internazionale, sfociato nel codice ICF**, che *non fa distinzioni tra disabilità e non disabilità* per guardare alla singolarità delle situazioni personali secondo il criterio unitario dello **svantaggio** rispetto ad **ambienti di vita più o meno capaci di rendersi idonei alla autorealizzazione della persona**.

"Inclusione", "integrazione": i due termini non sono chiariti nella normativa, pur avendo, propriamente, significati differenti. Di per sé il concetto di **inclusione**, che significa "*prendere dentro*", e cioè, semplicemente, *non escludere*, è più debole di quello di **integrazione**, che significa portare *ad essere parte attiva del sistema di relazioni e processi della vita sociale*. Ma, rispetto al freddo significato di base, di per sé minimale, il concetto di inclusione ha acquisito negli ultimi anni una colorazione di forte positività, venendo ad esprimere il senso di una *piena accoglienza in tutti gli ambiti di vita* e combinandosi con un radicale rispetto del *diritto alla piena espressione delle potenzialità della persona*, tanto da essere spesso preferito a quello di integrazione, che potrebbe evocare l'idea di piegare l'individuo ad entrare in un quadro di relazioni e processi prestabiliti. Naturalmente non è così: integrazione è portare ognuno, e l'alunno disabile non meno degli altri, ad essere parte integrante e significativa della società, trovando in essa piena realizzazione personale. La fortuna del termine inclusione va associata all'ICF, i cui criteri sono assunti nella legislazione europea con la *Convenzione ONU del 2006 "sui diritti delle persone con disabilità"* (in essa si parla di *inclusione e piena inclusione* in riferimento alla dimensione sociale, di *integrazione e piena integrazione* in riferimento all'ambito scolastico). Oggi, nella nostra normativa primaria e secondaria (ministeriale) il termine inclusione, secondo l'accezione positiva sopra richiamata, è pienamente assunto, e l'Italia stessa ne è stata promotrice. Come precisa la *Direttiva del 27/12/12* (nel cui titolo figura il termine inclusione: "*alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*"), il "nostro modello di integrazione scolastica" è stato assunto "a punto di riferimento per le politiche di inclusione in Europa e non solo".

Quanto all'aggettivo **speciale**, nella tradizione della scuola italiana esso riguarda la condizione di disabilità. Speciali erano le scuole per minorati psicosofici, per non udenti e per non vedenti e speciale la pedagogia ad essi rivolta. Attraverso una lunga maturazione progressiva, dall'area della disabilità la visione della specificità dei bisogni educativi e le prassi educative e didattiche incentrate sulla differenziazione dell'azione in rapporto alle diverse situazioni di apprendimento si è ora estesa, sia nel nostro paese che a livello internazionale, **a tutte le situazioni di difficoltà**<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Come ricorda Dario Janes, "già nel 1997, l'Unesco cerca di definire il *Bisogno Educativo Speciale con un concetto più esteso di quello che veniva tradizionalmente incluso nelle categorie di disabilità*". [http://www.s-sipes.it/pdf/IANES\\_BES\\_2013.pdf](http://www.s-sipes.it/pdf/IANES_BES_2013.pdf) [http://www.s-sipes.it/pdf/IANES\\_BES\\_2013.pdf](http://www.s-sipes.it/pdf/IANES_BES_2013.pdf)

È in questo contesto di maturazione di nuovi più penetranti diritti che la **Direttiva del 27/12/2012**, *“Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”* compie per la prima volta un vero e proprio passo avanti sostanziale, cioè qualitativamente nuovo, nel riconoscimento della diversità delle situazioni di apprendimento, **dopo la L. 517/1977**, che introdusse il principio di differenziazione dell'azione didattica “in relazione alle esigenze dei singoli alunni”. Non a caso la Direttiva si apre con il riferimento a quella legge fondamentale. Data l'evidenza delle situazioni problematiche nella scuola, oggi, come si afferma nella Direttiva, la semplificazione rappresentata dalla **“discriminante tradizionale – alunni con disabilità / alunni senza disabilità – non rispecchia pienamente la complessa realtà delle nostre classi”**. È perciò necessario ragionare nei termini di un **approccio “decisamente educativo”** – cioè **non formalistico e non medicalizzante**. Più che alla certificazione, è necessario guardare alla logica dell'ICF, incentrato funzionalmente sulla *“persona nella sua totalità, in una prospettiva bio-psico-sociale”* e perciò sulla effettiva condizione di svantaggio quale può determinarsi nel rapporto tra il soggetto e il contesto in cui vive e opera.

Secondo questa ottica, la Direttiva estende il riconoscimento di BES dalle condizioni di disabilità **a tutte le possibili situazioni di particolare difficoltà** che richiedano speciale attenzione, **“prescindendo da preclusive tipizzazioni”**. L'alunno, vi si dice, può manifestare Bisogni Educativi Speciali **“o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali**, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta”: **“ogni alunno, con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali”**. Una visione, dunque, profondamente innovativa, eppure ben presente da sempre ai docenti, necessitati a riconoscere le grandi differenze che bambini e ragazzi manifestano tra loro nell'apprendere e ad agire di conseguenza ingegnandosi faticosamente a differenziare l'azione didattica.

Questo testo si occupa dapprima, con ampia trattazione, delle situazioni di **disabilità**, dedicando ad esse le prime cinque unità, successivamente, nelle ultime due unità, dei Bisogni Educativi Speciali dovuti a situazioni non di disabilità, ma derivanti da disturbi che incidono sull'apprendimento in modo più o meno diretto o da **cause socioambientali e psicoemotive**.

## 1.1 Le situazioni di disabilità. Aspetti definatori: salute, deficit o minorazione, disabilità, svantaggio

### 1.1.1 La questione della diversità: una brutta storia

La **terminologia** relativa alla condizione di *diversità* costituita dalla disabilità presenta una forte instabilità, che il D.Lgs. 62/2024 ha infine superato con piena chiarezza imponendo l'unico termine di “disabilità” e dunque anche di “persona con disabilità” nei documenti ufficiali: *“A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto [30/6/2024 - n.d.r.]: a) la parola: «handicap», ovunque ricorre, è sostituita dalle seguenti: «condizione di disabilità»; b) le parole: «persona handicappata», «portatore di handicap», «persona affetta da disabilità», «disabile» e «diversamente abile», ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «persona con disabilità» (art. 4, comma 1,*

lettere a e b). Il problema si era manifestato già all'apparire della L. 104/1992, che, nel definire lo stato di disabilità, utilizzava l'espressione "persona handicappata". Sorsero immediatamente aspre critiche: la persona, si disse, va distinta all'handicap, sicché si doveva evitare l'aggettivo *handicappato*. Alla pessima espressione **portatore di handicap** si preferì nella pratica quella di alunno **in situazione di handicap** o simili. Da un certo punto in poi l'espressione **disabile** fu non solo preferita, ma sostituì del tutto, nell'uso comune, quella di handicap – percepita ormai negativamente come marchio che identifica la persona con uno stato di irreparabile diversità e separatezza – per parlare invece di **persone disabili** o, piuttosto, **con disabilità**, preferendo, giustamente, usare il sostantivo, che separa maggiormente il soggetto dalla minorazione, piuttosto che l'aggettivo, che, come è evidente, *qualifica* la persona. Lo scavo linguistico ha proceduto instancabilmente, sino a coniare l'espressione **diversamente abile**, che, nel segnalare la diversa condizione del disabile, ne sottolinea le potenzialità come **semplicemente diverse**, non di per sé tali da configurare un bilancio *complessivo* di inferiorità. Si intende in tal modo considerare la situazione del soggetto positivamente, per le possibilità e capacità che egli esprime e non a partire da abilità non possedute (*disabilità*). Nella sua evidente ambiguità una simile formulazione va apprezzata come espressione di volontà, come fiducia a oltranza nelle potenzialità della persona, sempre ulteriori rispetto alle aspettative negative di chi ne voglia vedere i limiti piuttosto che le possibilità. Molti preferiscono tuttavia parlare di persone e alunni *disabili* o, meglio, *con disabilità*, piuttosto che *diversamente abili*. La disabilità stessa, naturalmente, non è concetto da lasciare all'arbitraria concezione spontanea che se ne potrebbe avere. Il D.Lgs. 62/2024 (art. 2 comma 1 lettera a) si preoccupa pertanto di darne una definizione: "*condizione di disabilità: una duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri*".

## Diversità e normalità

Una simile **instabilità terminologica** esprime con chiara evidenza l'impatto emotivo e sociale che la *diversità* costituita dalla disabilità rappresenta per la società. Evidentemente, la *difesa* della propria **normalità**, intesa come perfetta integrità psicofisica, tende a generare, se non subentrano fattori culturali che superino tale tendenza, **atteggiamenti e comportamenti immediati di distinzione e separazione rispetto a chiunque sia portatore di un difetto**, anche lieve, tanto più se si tratta di importanti deficit fisici o psichici<sup>3</sup>. Proprio il **bisogno di marcare la propria differenza rispetto a quella diversa condizione** carica di un significato improprio e rigido il termine *normale*. Ma il **concetto di normalità** attiene all'ambito scientifico e riguarda la **conformità rispetto ad un modello generale dell'organismo umano** e non certo

<sup>3</sup> Non è improbabile che, come sostiene, ad esempio, l'antropologo Eibl-Eibesfeld *Etologia della guerra*, Bollati Boringhieri, 1990 *Amore e odio*, Adelphi, 1970) si tratti di moduli comportamentali assunti dalla specie per via evolutiva (studi interessanti sono stati fatti, tra l'altro, su società di scimmie) e perciò facilitati sul piano neurobiologico, dunque da rimodulare per via educativa, come è compito della civiltà umana in tutti i campi (regolazione dell'aggressività, della sessualità, ecc.). La tenacia dei comportamenti di esclusione nei confronti della diversità segnala, in ogni caso, come il tema implichi aspetti profondi e delicati e vada affrontato con impegno pienamente consapevole in campo educativo.



della **persona**. Nella norma – cioè **normale** – **o non normale non può essere, ovviamente, la persona**, che, come tale, non soggiace a nessuna *norma*, o la cui norma, piuttosto, è la sua **irriducibile singolarità**, ma **aspetti scientificamente misurabili della sua costituzione** a livello delle strutture fisiche o psichiche e del loro funzionamento. Precisamente questa singolarità, con tutte le sue potenzialità, è norma a se stessa, irriducibile a qualunque norma esterna: **la persona è sempre normale in quanto tale ed è inderogabilmente sede di tutti i diritti**, appunto, **della persona**, sia nella direzione della sua difesa e protezione, sia nella direzione della sua espansione e autorealizzazione.

## Una storia di separatezza

L'ovvietà che questa consapevolezza si è faticosamente conquistata nel tempo e soprattutto negli ultimi decenni non deve far dimenticare la **storia, dolorosissima, della separatezza dei portatori di menomazioni fisiche, sensoriali, psichiche**. In particolare lo è la storia dei minorati psichici o degli affetti da patologie psichiatriche, e dei **sordi**, spesso ad essi associati. L'immediata percezione, profondamente erronea, di una loro incolmabile distanza e della impossibilità di qualunque integrazione sociale portava a vedere la contenzione come unica forma di esistenza possibile: essi furono in alcuni casi tutelati e protetti, ma spesso, se poveri e abbandonati, rinchiusi nelle carceri, negli ospedali o in istituti sorti via via anche per iniziativa privata<sup>4</sup>.

## Dalla separatezza all'inclusione: un'epocale inversione storica

Una lenta e problematica progressione di mutamenti e miglioramenti non è mancata nel corso dei secoli, ma solo nel corso della seconda metà del Novecento il cambiamento in questo ambito ha avuto progressivamente il carattere di una vera e propria inversione culturale, che ha permeato diffusamente la sensibilità sociale, sino a **considerare ovvio l'inserimento e impensabile l'esclusione dei soggetti disabili rispetto a qualunque ambito della vita sociale**, nonostante le ricorrenti resistenze o elusioni nel riconoscimento dei diritti del disabile. L'**inserimento**, recentissimo su scala storica – prima in questo fu, nel 1977<sup>5</sup>, l'**Italia**, da cui presero esempio in anni

<sup>4</sup> Molto numerosi gli studi su questo tema, sulla scia della svolta operata dall'azione e dalla concezione di Franco Basaglia negli anni '60 del Novecento nella considerazione e nel trattamento della malattia mentale. Sul piano teorico, fondamentale l'opera di M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR 2010 (ed. or. 1961). Tra i lavori più recenti si può vedere, ad esempio, E. Stumpo *I bambini innocenti. Storia della malattia mentale nell'Italia moderna (secoli XVI-XVIII)*, Le lettere, 2000. Di straordinario interesse la storia dei sordi, spesso assimilati a malati mentali e al loro destino di istituzionalizzazione, oltre ad essere erroneamente considerati muti (sordomuti). Su essi pendeva anche l'interpretazione dell'espressione della Lettera ai Romani di San Paolo "*fides ex auditu*" (Rom. 10,7), in base alla quale, poiché la fede passa per l'ascolto della parola rivelata (la trasmissione del messaggio cristiano attraverso la predicazione), i sordi non potevano essere ammessi ai sacramenti. Sulla storia dei sordi si può vedere il sito [www.storiadeisordi.it](http://www.storiadeisordi.it). Nei casi in cui non aveva luogo l'assegnazione a istituti di qualche genere, anche le condizioni di significativa menomazione fisica o psicofisica hanno per secoli determinato per i soggetti colpiti un destino di esclusione sociale e un'esistenza solo familiare.

<sup>5</sup> Come si vedrà (Unità 2), l'inserimento dei disabili fu reso possibile con la L. 118/1971, ma fu solo con la L. 517/1977 che la cosa acquistò il rilievo di un fatto nuovo e dirompente.

successivi altri paesi europei – dei **soggetti con disabilità di qualunque tipo nella scuola comune sin dalla scuola dell'infanzia è non solo inderogabile esercizio del diritto della persona allo sviluppo di tutte le sue dimensioni**, quella relazionale in primo luogo, ma costituisce la condizione primaria per creare, già nei piccoli compagni del bambino disabile, la **piena familiarità e accoglienza nei confronti di tutte le diversità**, spegnendo sul nascere, anzi ancora prima che possa insorgere, quella **reazione di distinzione dalla diversità** la cui conseguenza è stata, in tutti i tempi, la **separazione del diverso** per l'affermazione o, addirittura, la difesa di una **normalità arbitrariamente rivendicata quale condizione necessaria per l'accesso alla vita sociale**. Che la frequenza scolastica dei bambini e ragazzi con disabilità sia un fatto assolutamente normale – anche nel senso che essa costituisce *norma* formale: semplicemente non si può non mandare un bambino a scuola<sup>6</sup> – costituisce un **vantaggio educativo per i compagni**, fornendo ad essi una **esperienza e una capacità relazionale estremamente preziose**, ed un fattore di **avanzamento di civiltà: la società diviene capace di assumere soluzioni sempre più articolate e complesse di inclusione per realizzare l'umanità di tutti**. La maggiore capacità di articolarsi e complessificarsi in funzione della **efficace inclusione e integrazione di tutte le diversità** è ciò che fa realmente potente una società e costituisce un **vantaggio personale per tutti, resi capaci di una più vasta e profonda attitudine alla relazione e alla comunicazione**.

### 1.1.2 L'azione dell'OMS per la promozione della salute e l'integrazione delle persone disabili

#### La definizione di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)<sup>7</sup>

Grande significato ha il concetto di salute dell'OMS, definito nella costituzione nel 1948 come “uno stato di **completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente assenza di malattia o infermità**”<sup>8</sup>. Si tratta di una visione che in primo luogo supera la tradizionale **concezione negativa della salute**, medicalizzante e parcellizzante in quanto **centrata sull'assenza di malattia** e dunque sui vari **settori** della scienza medica, in favore di una **visione integrale, dunque umanistica, della persona** (la salute non riguarda semplicemente i vari organi del corpo, ma lo stato della persona nella sua interezza); in secondo luogo, la radicalità del riferimento sostanzialmente utopico alla **completezza della condizione di benessere connota la salute come un processo dinamico di continua e inestinguibile ricerca di miglioramento delle condizioni di esistenza**. Una tale definizione impegna evidentemente **gli stati nazionali** in quanto garanti e promotori del benessere collettivo mediante la creazione di servizi sempre più orientati al miglioramento delle condizioni di vita e risente del clima positivo della ricostruzione postbellica. Inoltre, pur essendo un documento mondiale, sembra echeggiare la **visione europea dello stato sociale**.

<sup>6</sup> Le eccezioni sono possibili solo nei casi in cui la cosiddetta età mentale corrisponde ai primissimi anni di sviluppo delle funzioni cognitive. Anche in questi casi, tuttavia, è possibile l'inserimento a scuola e la formulazione di un piano di azione educativa che ponga al centro aspetti estremamente elementari di conoscenza e di relazione.

<sup>7</sup> <http://www.asphi.it/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm>

<sup>8</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/la-salute-come-capacita-di-adattamento-2/>

## Ulteriore avanzamento nella concezione della salute

Dopo più di sessant'anni, la Conferenza dell'Aja del 2011 ha messo in discussione la definizione di salute del 1948, da superare nel senso della **salute come "capacità di adattarsi e autogestirsi"** nei tre ambiti **fisico, psichico e sociale**, con uno spostamento "verso una formulazione più dinamica, basata sulla **resilienza**<sup>9</sup> o sulla **capacità di fronteggiare, mantenere e ripristinare la propria integrità**, il proprio equilibrio e senso di benessere"<sup>10</sup>. Questa nuova impostazione ha, tra l'altro, il grande pregio di attagliarsi perfettamente anche allo stato di disabilità, poiché **in una simile visione relativa e dinamica della salute, anche la condizione del disabile non è fissa**, ma va giudicata in rapporto al grado di partecipazione alla vita dei diversi contesti. È evidente che la nuova concezione è congeniale al modello definito *bio-psico-sociale* su cui si basa l'**ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, 2001)**, assunta dall'ONU con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006 e ampiamente richiamato in sede internazionale e in modo puntuale e conseguente dall'attuale normativa italiana (che l'ha recepita con la L. 18/2009).

## La disabilità nei documenti dell'OMS

### *Il primo documento: l'ICD (1970)*

La prima classificazione elaborata dall'OMS, la **Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi correlati alla salute (ICD, 1970)** rispondeva all'esigenza di cogliere la causa delle patologie, **fornendo per ogni sindrome e disturbo una descrizione delle principali caratteristiche cliniche ed indicazioni diagnostiche**<sup>11</sup>. Venne ufficialmente adottata in Italia e in tutta Europa. Sulla base di tale sistema di classificazione sono certificate, tra le altre, le situazioni di disabilità ai fini del riconoscimento di diritti come il sostegno scolastico, benché il sistema di classificazione in oggetto non sia specificamente riservato a questo ambito. Un altro codice internazionale di classificazione diagnostica - adottato ufficialmente negli Stati Uniti e in altri paesi, ma non in Europa - è il **DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)** limitato ai disturbi mentali (elaborato originariamente negli Stati Uniti nel 1952, è attualmente alla quinta edizione, DSM V). È molto utilizzato anche da noi, ma le certificazioni devono attenersi alle formulazioni dell'ICD (nella versione ICD-9CM<sup>12</sup>). In ogni caso i codici e i termini del DSM e dell'ICD, pur nella diversità delle precise formulazioni, sono quasi completamente compatibili.

<sup>9</sup> Resilienza significa capacità di assorbimento degli elementi che costituiscono condizioni avverse. È termine mutuato dalla meccanica.

<sup>10</sup> Al contrario di quanto sopra espresso, qui la definizione del 1948 è ritenuta statica e medicalizzante. Il riferimento alla completezza o totalità dello stato di benessere sarebbe congeniale all'azione di ricerca continua di più sottili stati patologici da parte delle case farmaceutiche. Bisogna però osservare che essa, rifiutando di identificare la salute con l'assenza di malattia, sposta il centro della questione sullo stato di benessere, che è altra cosa dalla salute nel tradizionale senso medicalizzante.

<sup>11</sup> [http://www.educare.it/Handicap/la\\_classificazione\\_icf.htm#internazionale](http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm#internazionale)

<sup>12</sup> È disponibile e può essere utilizzata (*Linee Guida per il Profilo di Funzionamento*) la versione ICD-10. L'ultimo aggiornamento, la versione ICD-11, uscita da pochi anni, non può essere ancora utilizzata in molti paesi, tra cui l'Italia, dove ancora non esiste una traduzione ufficialmente approvata.

### ***Il secondo documento: l'ICIDH (1980)***

Nel 1980 l'OMS emise l'**International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH: classificazione delle menomazioni, disabilità e handicap)**, in cui si distingueva tra:

- > **“menomazione” (impairment)**, termine pressoché equivalente a **deficit**, che indica una **“perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione** psicologica, fisiologica o anatomica”;
- > **“disabilità” (disability)**, che indica **“qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un’attività nel modo o nell’ampiezza considerati normali per un essere umano”**;
- > **“handicap”**, che indica la **“condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità** che in un certo soggetto limita o impedisce l’adempimento del ruolo normale in relazione all’età, al sesso e ai fattori socioculturali”.

Con utile schematizzazione si può dire:

il deficit o menomazione o patologia si riferisce al livello dell'organismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- può riguardare l'ambito fisico, psichico, sensoriale (vista, udito);</li> <li>- attiene strettamente alla valutazione medica specialistica;</li> <li>- riguarda aspetti specifici</li> </ul>
la disabilità si riferisce al livello dell'organismo e della persona, in quanto attiene alla possibilità di sviluppo di abilità complesse, importanti per la vita personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- riguarda le conseguenze del deficit cioè la riduzione di funzionalità delle strutture fisiche o psichiche, dunque le potenzialità di funzionamento dei vari aspetti di vita della persona e perciò la sua possibile autonomia personale: movimento, cognizione, comunicazione, visione, udito, relazione;</li> <li>- attiene alla valutazione medica specialistica ed è in linea di principio misurabile secondo le tre coordinate: riduzione di funzionalità, capacità comunque in atto, potenzialità residue di sviluppo delle abilità;</li> <li>- riguarda aspetti specifici più estesi del deficit da cui origina, poiché comprende anche ambiti non in sé deficitari, ma interessati dalle conseguenze del deficit</li> </ul>
l'handicap o svantaggio si riferisce al livello della persona e riguarda la sua dimensione sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- riguarda lo svantaggio in cui si trova il soggetto con disabilità rispetto ai soggetti normodotati nello svolgimento delle varie attività della vita sociale (compresa l'autonomia nei vari aspetti della vita in famiglia);</li> <li>- non attiene strettamente alla valutazione medica, ma coinvolge aspetti psicologici, pedagogici, sociologici, amministrativi (relativi alla fruizione di servizi pubblici), ecc.;</li> <li>- la sua valutazione richiede pertanto una équipe di operatori di diversi ambiti;</li> <li>- riguarda la condizione integrale della persona nella sua effettiva autosufficienza e autorealizzazione e implica la considerazione dell'effettivo esercizio dei diritti di cittadinanza*</li> </ul>

\*Con l'espressione diritti di cittadinanza non ci si riferisce solo al voto, ma, molto più ampiamente, a tutte le condizioni che permettono di essere parte attiva e significativa della vita sociale. Campeggia, in questa accezione, il diritto all'istruzione.

In applicazione delle distinzioni sopra svolte si può considerare il caso, frequente in passato, di quei soggetti che, claudicanti per esiti di poliomielite, venivano spesso avviati agli studi con grande sacrificio delle famiglie. Una volta divenuti impiegati o insegnanti o avvocati essi svolgevano la loro professione senza alcuna condizione di svantaggio, laddove sarebbero stati in condizione di handicap in un ambiente contadino, non potendo svolgere le attività di lavoro nei campi. **Il concetto di handicap, cioè di svantaggio, è chiaramente relativo.**

### ***Il terzo documento: l'ICF (2001)***

Sulla relatività sopra richiamata della condizione di svantaggio creata dalla situazione di disabilità si fonda la più avanzata elaborazione teorico-pratica internazionale per la valutazione delle condizioni di svantaggio derivante da deficit, fatta propria dall'OMS. Nel maggio del 2001 giunse a conclusione un lungo lavoro di collaborazione tra i 192 Stati dell'Assemblea Mondiale della Sanità. Particolarmente significativo fu il contributo dell'Italia, forte della propria tradizione di elaborazione in questo campo, dalla L. 517/1977 alla L. 104/1992, passando attraverso una ricca e qualificata normativa ministeriale. Lo rivela, tra l'altro, la denominazione di tale rete organizzativa: Disability Italian Network (DIN)<sup>13</sup>. In tale occasione l'OMS assunse il nuovo strumento di classificazione, innovativo, multidisciplinare e dall'approccio universale, costituito dalla **Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)**.

### ***La disabilità come concetto relativo al contesto considerato***

Il codice ICF è una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone **in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo)**, poiché è **solo in relazione alle difficoltà poste dal contesto socio-culturale di riferimento che si configura una situazione di disabilità**. Ad esempio, solo se pone barriere architettoniche **il centro cittadino rende disabile chi deambula in carrozzina**. Se, nei punti di attraversamento, i marciapiedi presentano il necessario abbassamento a livello del manto stradale, coloro che si spostano in carrozzina **non sono disabili, ma perfettamente abili**. L'ICF assume questo criterio in modo rigorosamente conseguente, **estendendolo a tutti gli ambiti e dimensioni** di vita dell'individuo e considerando **in che modo si generi la condizione di disabilità nei diversi contesti** e ambienti in cui il soggetto agisce.

### ***Ragionare in termini positivi (a partire dalle potenzialità e non da quello che manca)***

L'individuo è dunque concepito (secondo la definizione di salute del 1948) **non a partire da quel che gli manca** in quanto persona avente malattie o disabilità, **non a partire da una norma o normalità a lui esterna**, ma dall'**unicità e integralità del suo essere persona** votata alla piena realizzazione delle sue **potenzialità**. Il criterio che sta alla base dell'ICF è che **le situazioni vanno considerate in positivo, per le loro capa-**

<sup>13</sup> La rete collaborativa, denominata *Disability Italian Network (DIN)*, era costituita da 25 centri dislocati sul territorio nazionale e coordinata dall'Agenzia regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia. Scopo principale del DIN risulta essere la diffusione degli strumenti elaborati dall'OMS e la formazione di operatori che si occupano di inserimento lavorativo dei diversamente abili, in collaborazione con il Ministero del lavoro e delle politiche Sociali.

**cità e potenzialità.** Si tratta di un'ottica rovesciata rispetto alla spontanea tendenza a considerare normale la condizione di colui che si trova ad essere perfettamente adatto ad un ambiente: **dal punto di vista che nell'ICF è assunto, è l'ambiente che è adatto o non adatto all'individuo**, dunque, in questo secondo caso, da **rendere adatto**. Si tratta, infatti, di **considerare la disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole**. La correlazione fra salute e ambiente non può essere un elemento che entra in considerazione dopo aver definito la condizione di disabilità, ma criterio essenziale della sua definizione, senza il quale non è possibile stabilire lo stato di abilità o disabilità dell'individuo.

### ***Universalità e funzionalità del punto di vista***

In tal modo la disabilità non viene considerata problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità, ma un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare: con l'ICF l'OMS adotta perciò un **modello di disabilità universale, applicabile a qualsiasi persona, normodotata o diversamente abile**. Per la considerazione delle varie dimensioni esistenziali dell'individuo è posto un approccio integrato esclusivamente funzionale: la classificazione prevede **l'analisi dettagliata di tutte le dimensioni esistenziali dell'individuo, poste sullo stesso piano, senza differenziazioni sulla base delle diverse cause**.

### ***Analisi dettagliata dei fattori favorevoli e di barriera***

Il punto di vista dell'ICF non è, dunque, semplicemente “sanitario”, ma consiste in un **approccio globale alle potenzialità e risorse del soggetto in rapporto al contesto personale, naturale, sociale e culturale**, come insieme di condizioni che favoriscono o ostacolano l'espressione di tali risorse, secondo il principio sopra enunciato che la disabilità è *una condizione di salute in un ambiente sfavorevole*.

Ancora una esemplificazione: in un ambiente favorevole, laddove, ad esempio, il servizio ferroviario sia perfettamente attrezzato per consentire ai disabili motori viaggi pienamente confortevoli – cioè *normali* – e abbia un **personale perfettamente formato**, il deficit motorio non si traduce – ai fini del viaggio – in disabilità, cioè in **svantaggio** effettivo sul piano dell'**autonomia** negli spostamenti.

L'ICF descrive analiticamente – e guida a descrivere – le **capacità possedute e le performance possibili** in rapporto al **reale contesto ambientale, culturale, sociale e personale** in cui la persona vive. Ogni aspetto del contesto va infatti esaminato – sia mediante prese di conoscenza dirette, sia mediante conversazioni, rilevazioni, consultazione di dati – per individuare **tutti gli elementi** che possono essere qualificati come **“barriera”** (anche nel senso di barriera culturale o psicologica) o, viceversa, **“facilitatori”**, nel caso in cui consentano o promuovano l'attività e partecipazione della persona.

In sintesi, l'ICF intende tener conto di tutto, persino della presenza o meno di politiche favorevoli o sfavorevoli all'inclusione della persona con disabilità e degli atteggiamenti presenti in famiglia, nei luoghi di lavoro, ecc. **Con il D.Lgs. 66/2017 la ICF entra espressamente nella normativa italiana:** per gli alunni con disabilità “è redatto un *profilo di funzionamento* secondo i criteri del **modello bio-psico-sociale della ICF**”. Precedentemente il ricorso al modello della ICF era solamente raccomandato, sia pure vivamente, dalle importanti **Linee Guida del 2009**.



### 1.1.3 Principi e finalità dell'inclusione scolastica nel D.Lgs. 66/2017 (come integrato e modificato dal D.Lgs. 96/2019) e “accomodamento ragionevole”

Con una dimostrazione di coerenza di grande significato, il decreto con cui – in attuazione della L. 107/2015 di “*Riforma del sistema nazionale di istruzione*” - viene data sistemazione alla normativa sull'*inclusione degli studenti con disabilità nella scuola*, il D.Lgs.66/2017, si apre destinando a *tutti* – a tutte le bambine e i bambini, a tutte le ragazze e i ragazzi – i “*processi di inclusione*” che la scuola è chiamata a mettere in atto per rispondere “*ai differenti bisogni educativi*” “attraverso strategie educative e didattiche finalizzate *allo sviluppo delle potenzialità di ciascuno*”. È notevole e costitutivo dello spirito della legge il fatto che essa, aprendosi con l'*inclusione di tutti*, ponga in modo forte e inequivocabile l'inclusione degli alunni con disabilità come *caso particolare del comune bisogno di inclusione* e non in una qualche *separatezza differenziante* rispetto ad ogni altro alunna o alunno della scuola. È ancora, conseguentemente e in forma più matura e forte, lo stesso spirito della L. 517/1977, con cui tutto aveva avuto inizio quarant'anni prima. La *diversità* è, dunque, *statuto ordinario* – o, se si vuole usare questo termine, *normale*<sup>14</sup> – dell'alunno in quanto tale.

Principi e finalità dell'inclusione scolastica vanno colti, ancora, nell'affermazione (art. 1 comma 1, lett. b, D.Lgs. 66/2017) che essa “*si realizza nell'identità culturale, educativa, progettuale*”. Ci si riferisce, evidentemente, alla *costruzione della propria identità da parte di tutti i bambini e ragazzi*, indicando quelle tre dimensioni fondamentali. Si può tentare una schematizzazione concettuale di tale impostazione considerando che:

- l'*identità culturale* fa riferimento all'*appartenenza*, sicché l'inclusione è *inclusione culturale*;
- l'*identità educativa* è essenzialmente offerta dall'*impostazione valoriale della famiglia*, come poi dell'*ambiente* scolastico e sociale, ed è *identità morale e valoriale*;
- l'*identità progettuale* è l'*autocostruzione personale* a partire dal quadro di riferimento culturale e valoriale interiorizzato. L'*inclusione* può dirsi realizzata quando l'alunno *ritrova se stesso nei valori culturali ed educativi e in essi si proietta nell'ambito del contesto sociale, progettandovi secondo essi il proprio futuro*.

Ancora, nell'art. 1, il concetto di *inclusione* mantiene la sua valenza generale nell'affermare che “*tutte le componenti della scuola concorrono ad assicurare il successo formativo delle bambine e dei bambini, delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti*”. Posto il compito dell'inclusione scolastica, quanto ai *fini* e ai *principi*, nei termini aperti e radicalmente comprensivi sopra esposti, il D.Lgs. 66/2017 precisa poi, per quanto attiene alle concrete “*disposizioni*” contenute nel decreto, che esse sono rivolte “*esclusivamente*” agli alunni “*certificati*”.

Con tutto ciò, come ogni fine e obiettivo, possono verificarsi circostanze in cui è necessario considerare attentamente le effettive condizioni di realizzabilità. L'azione volta allo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, e, in particolare, dell'alunno con disabilità, deve infatti realizzarsi nel rispetto del *duplice diritto* di tutti, da un lato, all'*autodeterminazione*, cioè, appunto, al libero sviluppo delle proprie potenzialità *su base di uguaglianza con gli altri* - anche con l'assegnazione, nella misura necessaria e appropriata, di *figure di sostegno* di

<sup>14</sup> Si vedano i paragrafi 2.5 e 2.6 all'Unità 2.

diverso genere e con interventi di *modificazione dell'ambiente* finalizzati a evitare *barriere* (fisiche, organizzative, ecc.), dall'altro all'*accomodamento ragionevole*, che significa che dal lato dell'ambiente è richiesta la disponibilità ad un *adeguato adattamento* entro limiti di *ragionevolezza*, tale, cioè, da non essere *sproporzionato o eccessivo*. Si tratta di un criterio emerso in relazione alle problematiche poste dalla ICF: poiché lo sviluppo delle potenzialità dell'alunno può comportare certe modificazioni nell'ambiente, è stabilito un principio di *accomodamento* tra esigenze diverse. Va tuttavia sottolineato che, proprio secondo lo spirito dell'ICF, anche il principio di *accomodamento ragionevole* vale per tutti gli alunni, e l'articolo 1 del D.Lgs. 66/2017, nel punto in cui lo afferma, evita di fare esplicito riferimento agli alunni con disabilità. È evidente, infatti, che l'azione educativa e didattica volta allo sviluppo delle potenzialità di ogni singolo, e in particolare dell'alunno con disabilità, può richiedere un adeguamento dell'intera classe alle esigenze poste dall'uno o dall'altro alunno, può, ad esempio, comportare un certo rallentamento nello svolgimento di alcune attività didattiche, ecc. Merita in ogni caso osservare che, entro i limiti, appunto, della ragionevolezza – cioè, con spirito flessibilmente *razionale*, di *proporzionalità* – tali *ragionevoli* adeguamenti, anche significativi e impegnativi, sono spesso benefici per gli alunni dell'intera classe, educativamente orientati ad accogliere un tale criterio di adeguamento in favore del compagno con disabilità<sup>15</sup>. Sul piano dei provvedimenti amministrativi possono presentarsi problemi e obiettive difficoltà dal punto di vista economico-finanziario. Il D.Lgs. 62/2024 si occupa del problema in modo articolato, anche prevedendo *specifiche procedure in caso di contenzioso*. L'esigenza è posta, in realtà, come in tutti i compromessi, da entrambi i lati: si tratta di rinunciare sia, da parte dell'ambiente o dell'amministrazione, a resistere al cambiamento necessario, sia, da parte dei genitori dell'alunno, a pretese di adeguamento del contesto irragionevolmente sproporzionate. *La necessità di garantire alle persone con disabilità il godimento e "il pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita"* resta fondamentale e l'art. 1 del D.Lgs. 62/2024 (comma 1, lettera a), nel porre l'esigenza dell'accomodamento ragionevole, ricorda che esso è posto *"nella prospettiva della migliore qualità di vita"*, quasi a voler espressamente impedire un atteggiamento di fredda simmetria tra le due parti. Il *Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità* potrà essere chiamato a dirimere i casi di conflitto.

## 1.2 La Legge 170/2010 e la Direttiva Ministeriale del 27/12/2012: alunni con Bisogni Educativi Speciali

### 1.2.1 Lo svantaggio come problematica unificante. Le numerose tipologie di situazioni di ragazzi con BES

Perché l'azione educativo-didattica rivolta ai ragazzi con disabilità abbia effetti di inclusione nella vita della classe e della scuola contro ogni separatezza è bene **considerare insieme**, come un unico problema con diverse articolazioni, **tutti gli alunni che presentano bisogni educativi speciali, derivanti sia da disabilità sia da altre cause**. Le forme dell'azione didattica e il clima della vita delle classi e della scuola devono essere **inclusivi** al punto che tutti gli alunni della classe e della scuola – bravi nell'apprendi-

<sup>15</sup> Si vedano l'Unità 4, par. 4.2.5, Il vantaggio educativo per tutti i ragazzi e le ragazze della classe, e l'Unità 5, par. 5.2.5, Rapporto con il contesto classe e scuola.



mento scolastico, con disabilità o con serie difficoltà – vivano e sentano **la scuola come contesto commisurato alle diverse esigenze della loro crescita personale nell'apprendimento e nella relazione sociale** con compagni e docenti.

Gli alunni che presentano bisogni educativi più complessi, cioè, appunto, *speciali*, possono essere raggruppati, **dal punto di vista normativo**, in **tre grandi classi**. Due di esse godono di importanti tutele a livello legislativo – la **L. 104/1992 (situazioni di disabilità)** e la **L. 170/2010 (DSA)**. La terza, che non si avvale di leggi specificamente dedicate, è costituita da tutte le situazioni di difficoltà di apprendimento: la **Direttiva Ministeriale del 27/12/2012** (*"Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica"*), dedicata a tutti gli alunni con Bisogni Educativi Speciali, è rivolta soprattutto a questa terza classe di situazioni. Si tratta di normativa di rango evidentemente molto inferiore a quello delle leggi, ma ugualmente di grande significato per le scuole e l'amministrazione scolastica, che sono tenute ad osservarla.

Le **tre grandi classi di alunni con BES individuate dal punto di vista normativo** sono dunque: **alunni che presentano disabilità** derivanti da deficit o patologie che rientrano nelle previsioni della L. 104/1992; **alunni con Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)**; **alunni che presentano altre situazioni di difficoltà nell'apprendimento che comportano Bisogni Educativi Speciali**.

### Alunni che presentano disabilità derivanti da deficit o patologie che rientrano nelle previsioni della L. 104/1992

Il quadro delle situazioni di disabilità è molto ampio. Alcune tipologie sono elencate di seguito (spesso deficit e patologie diverse sono associate; ad es. paralisi cerebrale infantile – dunque paraplegia o tetraplegia – e ritardo mentale e ipovisione, ecc.).

C'è un'ampissima gamma di situazioni che vengono comprese nell'ambito delle **disabilità psicofisiche** (nelle forme lievi può accadere che non si proceda alla certificazione ai sensi della L. 104/1992, Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate):

- > **ritardi mentali;**
- > **gravi disabilità motorie;**
- > **patologie genetiche;**
- > **patologie psichiche;**
- > **disturbi su base psicoemotiva;**
- > **disturbi del linguaggio;**
- > **disturbi del comportamento;**
- > **ecc.**

Poi ci sono le **disabilità sensoriali**, cioè:

- > **ipovisione e cecità;**
- > **ipoacusia – i sordastri – e sordità.**

### Alunni con Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)

Agli alunni appartenenti a questa classe si riferisce la **L. 170/2010** (con il D.M. **12/7/2011** e le allegate **Linee Guida**). Ai DSA è dedicata l'Unità 6. Qui merita intanto precisare che vi sono bambini e ragazzi con DSA che **non vengono diagnosticati per-**

ché, presentando un'intelligenza vivace, le loro difficoltà nel rapporto con la scrittura, il calcolo, ecc. sono attribuite a disattenzione e svogliatezza, sicché non viene formulata l'ipotesi di DSA e il caso non viene proposto per l'indagine diagnostica. Vi sono poi alunni che pur non essendo diagnosticati affetti da **DSA**, presentano le **stesse caratteristiche di funzionamento mentale** ad un livello inferiore, cioè **subclinico**, e sono pertanto, in modo più o meno significativo, più in difficoltà degli altri alunni nel rapporto con le operazioni di apprendimento formalizzato. Una parte di questi entra precocemente nel **circolo vizioso dell'insuccesso scolastico con un accumulo di ritardo** nell'apprendimento e avendo maturato comportamenti di **evitamento** sempre più radicati.

In tema di DSA bisogna perciò considerare tre sottoclassi:

- alunni **con diagnosi di DSA**;
- alunni **con DSA non diagnosticato**;
- alunni che presentano gli stessi **problemi dei DSA in forma inferiore, cioè subclinica**<sup>16</sup>.

### Alunni che presentano altre situazioni di difficoltà nell'apprendimento che comportano Bisogni Educativi Speciali

La terza classe – dopo le disabilità e i DSA - comprende gli **alunni che presentano altre situazioni di difficoltà nell'apprendimento che comportano Bisogni Educativi Speciali** e non possono essere raggiunti senza un'azione pedagogica e didattica egualmente *specifica* – appunto *speciale*. La **Direttiva del 27/12/2012, pur facendo riferimento a tutte le situazioni di BES, è stata elaborata per dare normazione a questa terza amplissima tipologia di BES**. Si tratta di:

- alunni in situazioni di difficoltà nell'apprendimento scolastico **derivanti da veri e propri disturbi**;
- alunni che possono essere definiti in situazione di deprivazione socioambientale e *linguistica*, due condizioni che possono non essere associate, poiché può esservi deprivazione sociale senza vera e propria deprivazione linguistica, e non possesso della lingua italiana in un ambito familiare economicamente sicuro e ben orientato dal punto di vista valoriale e dell'inclusione sociale;
- **alunni che si ritirano dall'impegno scolastico** a causa di una complessa situazione di sofferenza personale.

### Alunni in situazioni di difficoltà nell'apprendimento scolastico derivanti da veri e propri disturbi

Vi sono alunni che si trovano in situazioni di difficoltà nell'apprendimento scolastico **derivanti da veri e propri disturbi**, che, allo stesso modo dei DSA, presentano una

<sup>16</sup> La corrispondenza grafema-fonema, cioè tra segno di scrittura e unità sonora (fonetica) di ogni componente della parola è, in italiano, molto più favorevole che, ad esempio, in inglese o in olandese. Per questo le persone con DSA sono in Italia circa il 4%, mentre in Inghilterra e in Olanda sono l'8%. In realtà le persone con il funzionamento mentale proprio della sindrome dislessica sono anche in Italia – ovviamente – l'8% della popolazione, ma solo il 4% ne deriva ai fini della lettura e della scrittura un danno funzionale che giustifica la diagnosi di DSA. Nel restante 4% le manifestazioni restano subcliniche, ma non per questo prive di conseguenze, spesso non proporzionali alle complicazioni che tuttavia si determinano nei fatti.

**base neurobiologica** più o meno importante, pur non riguardando in alcun modo i processi di intelligenza, che non ne sono toccati.

## ADHD, Disturbo dell'Attenzione e Iperattività

Vi sono **alunni che presentano ADHD**, cioè **Disturbo dell'Attenzione e Iperattività**. Si tratta del 3-5% della popolazione in età pediatrica, soprattutto maschile. I problemi di attenzione e di irrequietezza bastano di per sé a creare l'insuccesso scolastico, ma ad essi si aggiungono frequentemente problemi di irregolarità nei comportamenti con conseguenze relazionali e adattative importanti e a volte con esiti di DOP (Disturbo Oppositivo Provocatorio) o di DC (Disturbo del Comportamento). Anche questa categoria si divide in tre gruppi (come osserva la stessa Direttiva del 27/12/2012):

- **alunni con diagnosi di ADHD;**
- **alunni con ADHD non diagnosticato;**
- **alunni non diagnosticabili, ma che presentano la stessa problematica di attenzione, irrequietezza e impulsività ad un livello inferiore, che si può definire subclinico.**

Rientrano in questa sottocategoria anche gli alunni che presentano il solo **Disturbo dell'Attenzione** e che spesso non vengono diagnosticati perché non sorge il sospetto che il problema possa avere rilievo clinico. Anche questo disturbo, naturalmente, a volte non ha rilievo clinico, ma, pur assumendo forma più lieve, incide nel percorso scolastico del ragazzo e, avendo base neurobiologica, il suo miglioramento è molto problematico in assenza di *opportune attenzioni e strategie pedagogiche*.

## Disturbo non verbale

Vi sono inoltre gli alunni che presentano **Disturbo non verbale** – cioè **bassa intelligenza nelle aree non verbali** (impaccio motorio e problemi di orientamento spaziale) **associata ad alta intelligenza verbale**, situazione che a volte determina condizioni problematiche in diversi aspetti nell'apprendimento, soprattutto per difficoltà nella **funzione visuospatiale della rappresentazione visuospatiale** (in matematica, in geometria, nelle discipline di tipo descrittivo, ecc.). A volte, nonostante le spiccate abilità linguistiche, gli **aspetti descrittivi della funzione linguistica** risultano estremamente problematici. Anche questa condizione ha carattere di disturbo quando la differenza di punteggio tra i due ambiti supera una certa soglia.

## Funzionamento mentale limite (*Borderline cognitivo*)

Ancora vi sono **alunni che “rimangono indietro” o... “non ci arrivano tanto”, cioè borderline cognitivi**, che presentano una scarsa dotazione intellettuale, un quoziente intellettuale **normale, ma vicino al limite del ritardo mentale**. Hanno pertanto difficoltà molto serie nell'apprendimento, che richiedono non solo cura, ma obiettivi differenziati che permettano di riconoscersi in un percorso *sufficientemente gratificante* di apprendimento e di inserimento nel contesto (altrimenti, soprattutto nell'adolescenza, il bisogno di autoriconoscimento e di autoaffermazione tende a portare una parte di essi a comportamenti gregari nei confronti di compagni che presentino sicurezza di sé, anche in forme trasgressive). A volte si tratta di **bassa intelligenza verbale associata ad alta intelligenza non verbale**.

## Fobia scolare

Si ritiene opportuno accennare a questa categoria di alunni, non menzionata nella Direttiva, ma significativamente presente.

Gli alunni che presentano **fobia scolare sono presi da forti** stati d'ansia, fino al panico, in relazione all'allontanamento da casa per **recarsi e rimanere a scuola** (disturbo più presente a livello della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado).

## Alunni che possono essere definiti in situazione di deprivazione socioambientale

Possono essere definiti alunni *in situazione di deprivazione socioambientale* quelli la cui *forma mentis* e i cui strumenti linguistici, culturali e comportamentali non sono congeniali all'apprendimento scolastico e alla vita scolastica e che spesso resistono a farsi integrare in essi. Quando arrivano alla scuola secondaria di secondo grado questi alunni hanno accumulato un enorme ritardo nell'apprendimento e, spesso, hanno maturato uno stile di comportamento problematico o scarsamente adattativo: abbastanza spesso i **problemi di apprendimento scolastico diventano problemi di adattamento all'apprendimento scolastico e poi di adattamento scolastico e sociale**. Sono da comprendere in questo gruppo gli **alunni di lingua madre diversa dall'italiano**, all'interno del quale vanno considerate significative differenze, soprattutto in ragione del tempo già trascorso in Italia e delle differenze culturali, a volte di grande incidenza, che si accompagnano a quelle linguistiche. A volte il problema linguistico riguarda alunni stranieri in situazione di deprivazione – più che semplice differenza – sociale e culturale.

Si vedano su questo il documento ministeriale *“La via italiana per la scuola interculturale e l'integrazione degli alunni stranieri”*<sup>17</sup>, in particolare il § 2. *Italiano seconda lingua e valorizzazione del plurilinguismo*, e le *Linee di indirizzo per il diritto allo studio degli alunni adottati*, del 18/12/2014<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Il documento è richiamato anche all'Unità 6.

<sup>18</sup> In esse si dichiara che, anche se “non è raro (...) incontrare soggetti che presentano benessere psicologico e performance scolastiche nella media, se non addirittura superiori”, tuttavia “è innegabile che all'essere adottato siano connessi alcuni fattori di rischio e di vulnerabilità che devono essere conosciuti e considerati”. Si è rilevata, ad esempio, “la presenza, tra i bambini adottati, di una percentuale di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) superiore a quella mediamente presente tra i coetanei non adottati. È da sottolineare che, tuttavia, pur in assenza di disturbo specifico dell'apprendimento, a causa di una pluralità di situazioni di criticità, quali i danni da esposizione prenatale a droghe o alcol, l'istituzionalizzazione precoce, l'assunzione di psicofarmaci durante la permanenza in istituto, l'incuria e la deprivazione subite, l'abuso, il vissuto traumatico dell'abbandono, molti bambini adottati possono presentare problematiche nella sfera psico-emotiva e cognitiva tali da interferire sensibilmente con le capacità di apprendimento (in particolare con le capacità che ci si aspetterebbe in base all'età anagrafica). Tali difficoltà possono manifestarsi con deficit nella concentrazione, nell'attenzione, nella memorizzazione, nella produzione verbale e scritta, in alcune funzioni logiche”, situazioni di difficoltà che rientrano nella previsione della Direttiva sui BES. Il documento propone una visione articolata del problema e uno specifico quadro d'azione. (Il documento è richiamato anche all'Unità 6).

## Alunni che si ritirano dall'impegno scolastico

Vi sono infine **alunni che si ritirano dall'impegno scolastico** a causa di una complessa situazione di sofferenza personale – in altri termini di scarsa autostima – che impedisce di avventurarsi in campi in cui il ragazzo abbia il **presentimento del possibile fallimento**. Questo accade frequentemente ad alunni che presentano effettive difficoltà (tutte quelle sopra indicate), ma a volte la reazione di ritiro o blocco – che si manifesta come **grave svoglianetezza o vero e proprio blocco psicologico** – risulta del tutto sproporzionata rispetto alle difficoltà. Essa nasce a volte da **condizioni di fragilità emotiva** legate a situazioni familiari, anche contingenti (una malattia in famiglia, la nascita di un fratellino, crisi tra i genitori, confronti frustranti con fratelli maggiori o minori, ecc.). Spesso essa viene presa per banale *pigrizia*, cioè da un atteggiamento superficiale verso i propri compiti, mentre si tratta di un segno di fragilità, travestito a volte da sfrontatezza. In questo caso il bisogno educativo specifico consiste nella realizzazione di una relazione basata sulla comprensione della situazione emotiva e nella creazione di condizioni di *rimotivazione* dell'alunno.

### 1.2.2 Alcuni dati

Quanto ad alcune tipologie riferite alla *L. 104/1992 (disabilità)* e alla *L. 170/2010 (DSA)* si può fornire il seguente quadro:

DISABILITÀ/DISTURBO	
DSA	5,3 % di cui: 3,3 % (III, IV, V primaria) 6,2 % (secondaria di 1° gr.) 5,9 % (secondaria di 2° gr.)
Disturbi del linguaggio	5 -7 %
Disturbi dell'attenzione e iperattività	3-5 %
Ritardo mentale lieve	1 %
Sordità	1,9 % (sc.primaria) 1,2 % (sc.secondaria)
Ipoacusie 9	2,4 % (sc.primaria) 2,8 % (sc.secondaria)
Cecità 9	0,6 % (sc.primaria) 0,5 % (sc.secondaria)
Ipovisione 9	3,7 % (sc.primaria) 3,8 % (sc.secondaria)

Molto interessante – e senza dubbio tuttora estremamente significativa – una ricerca di Giacomo Stella effettuata per il Provveditorato agli Studi di Modena nel 1991<sup>19</sup>.

Fu richiesto alle insegnanti e agli insegnanti di 8000 bambini e ragazzini di scuola elementare e media di dichiarare quanti alunni della classe presentassero difficoltà scolastiche *per le quali ritenessero necessario richiedere un aiuto esterno*.

<sup>19</sup> <http://www.ifra.it/idee.php?id=22> .

Poi fu sottoposto a *prove oggettive* (scientificamente accurate) di *lettura, comprensione del testo, scrittura, calcolo* un campione di *2000 bambini* (di quarta elementare e di seconda media) all'interno degli 8000. Si poté in tal modo rilevare *la quota di bambini con disturbi dell'apprendimento (DSA)* e quella di *bambini con difficoltà di apprendimento non derivanti da disturbi specifici*:

- gli alunni per i quali si sarebbe voluto un aiuto esterno erano il 14% alla fine della quinta elementare (il 9,9% in prima) ed il 24% alla fine della scuola media (il 22,8% già in prima media);
- gli alunni le cui difficoltà derivavano da DSA erano circa 4% (circa 6% in matematica), dato che rimaneva costante invece che aumentare nel corso degli anni dalla prima elementare (elemento che segnala la base neurobiologica delle difficoltà);
- gli alunni con difficoltà non derivanti da disturbi risultarono *un po' più del 10% in quinta elementare e un po' più del 20% in seconda media*.

Ancora un dato: secondo Celi, Janes, Cramerotti<sup>20</sup>, *gli alunni che presentano Bisogni Educativi Speciali sono almeno il 10-15%*. Si tratta dunque mediamente di 3-4 – o anche 5 – alunni in una classe di 25-28. Come si sa, la concentrazione non è uniforme nei diversi indirizzi del secondo grado ed è maggiore negli istituti professionali.

Al di là del confronto tra dati di ricerche di cui si dovrebbero conoscere i criteri (gravità ecc.), è evidente come il problema sia quantitativamente – per non dire qualitativamente! – molto rilevante. In definitiva, un buon criterio per identificare gli alunni che presentano bisogni educativi speciali può essere quello di chiedersi, molto pragmaticamente, quali alunni in situazione di insuccesso generalizzato – o settoriale, ma pesante – vengono percepiti dai docenti come *irraggiungibili per via ordinaria*. Sono queste, evidentemente, le situazioni da cui partire per riconoscere e approfondire i bisogni educativi speciali presenti nella classe.

<sup>20</sup> Dario Janes, Fabio Celi, Sofia Camerotti, *Il piano educativo individualizzato. Progetto di vita*, Guida 2003-2005

# Unità 1

## Test di verifica

### 1. La tematica dei BES:

Ha avuto origine nell'ambito delle situazioni di disabilità per estendere forme di aiuto nelle situazioni di difficoltà dovute a disturbi o ad altre cause

V	F
---	---

Non riguarda le situazioni di disabilità a disturbi (DSA, ADHD, ecc.) o ad altre cause

V	F
---	---

### 2. L'estensione delle prassi relative ai BES a tutte le situazioni di difficoltà:

È una peculiarità della scuola italiana

V	F
---	---

È un orientamento internazionale

V	F
---	---

### 3. Per i DSA e per le situazioni di difficoltà non associate a DSA né a disabilità quali atti normativi sono stati rispettivamente emanati?

.....

.....

.....

.....

### 4. Al cuore della Direttiva del 27/12/2012, "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica":

Sta la fondamentale distinzione alunni con disabilità / alunni senza disabilità

V	F
---	---

Sta il riconoscimento del fatto che la discriminante tradizionale alunni con disabilità / alunni senza disabilità non corrisponde alla complessità delle situazioni reali

V	F
---	---

Vale in questo ambito la logica dell'ICF

V	F
---	---

Il richiamo all'ICF in questo ambito non è appropriato

V	F
---	---

Il riferimento all'ICF in tema di BES orienta ad una logica decisamente educativa

V	F
---	---

In base all'ICF, pensato per le disabilità, i BES richiedono propriamente un approccio medico e subordinatamente educativo

V	F
---	---

Il riconoscimento di BES riguarda tutte le possibili situazioni di particolare difficoltà purché rientrino in precise tipizzazioni

V	F
---	---

Lo stato di difficoltà può essere dovuto a motivi fisici, biologici, fisiologici o anche a motivi psicologici, sociali

V	F
---	---

Tali motivi devono verificarsi con continuità e non per determinati periodi

V	F
---	---

5. **Si sono succeduti nel tempo diversi modi per designare le persone con disabilità (handicappato, portatore di handicap, con handicap, in situazione di handicap, disabile, con disabilità, diversamente abile, ecc.). Il D.Lgs. 62/2024:**

raccomanda di evitare le dizioni “handicap” e “handicappato” e utilizzare le espressioni “disabile”, “diversamente abile”, “con disabilità”

V	F
---	---

stabilisce che, ovunque ricorrano, quelle espressioni siano sostituite da “con disabilità”

V	F
---	---

6. **A questo proposito la L. 104/1992 fu criticata: la grammatica ha a volte uno spessore piuttosto profondo, addirittura filosofico. Quale osservazione viene fatta al proposito nel testo?**

.....

.....

7. **Il termine normale va utilizzato con cautela. Perché?**

- Spesso rappresenta il bisogno di distinguersi e *proteggersi* da:

.....

.....

- È giusto distinguere l’ambito scientifico da quello valoriale. Il concetto di persona non attiene all’ambito scientifico e perciò ad essa non può essere attribuita alcuna difformità rispetto alla norma. Perché?

.....

.....

8. **Quella dei minorati psichici o degli affetti da patologie psichiche è una storia dolorosissima di separatezza e di contenzione.**

Ad essi e al loro destino furono spesso associati i sordi

V	F
---	---

9. **Quando ebbe luogo in modo decisivo l’inversione culturale – e politico-amministrativa – nella storia della follia e dei manicomi grazie all’azione di Franco Basaglia?**

.....

.....

10. **In quale paese ebbe luogo prima che negli altri l’inclusione dei disabili nella scuola comune?**

.....

.....

11. **In che modo l’inserimento nella scuola comune sin dalla scuola dell’infanzia agisce anche sui compagni dell’alunno con disabilità?**

.....

.....



**12. In che modo questo costituisce un vantaggio per l'intera società?**

.....

.....

**13. Qual è il concetto di salute dell'OMS del 1948? Quali sono i due aspetti per i quali essa si contrappone alla visione tradizionale?**

.....

.....

.....

**14. Quale nuova definizione di salute si profila a livello dell'OMS? Quali ne sono i vantaggi? Perché si sostiene che essa si attaglia meglio alle persone con disabilità?**

.....

.....

**15. Che cos'è l'ICD, in particolare l'ICD-10?**

.....

.....

**16. Quale altro documento internazionale è molto importante, oltre all'ICD-10?**

.....

.....

**17. Che cos'è ICDH? Quali sono i tre livelli che vi sono considerati?**

.....

.....

.....

**18. Utilizza la seguente tabella per ricostruire la schematizzazione riportata nel testo, cercando di darne una visione tendenzialmente completa.**

	livello a cui si riferisce	aspetti del soggetto investiti dal problema	ambito professionale o soggetti competenti	area dell'individuo considerata
<i>deficit o menomazione o patologia</i>				
<i>disabilità</i>				
<i>handicap o svantaggio</i>				

**19. Che cos'è l'ICF? Quando è stato assunto dall'OMS?**

.....

.....

- 20. Che significa che è solo in relazione alle difficoltà poste dal contesto socio-culturale di riferimento che si configura una situazione di disabilità? Che esempi si potrebbero fare?**

.....

.....

.....

.....

- 21. Due delle seguenti affermazioni sono vere. Quali?**

Secondo l'ICF è necessario prima definire lo stato di disabilità, poi verificare l'idoneità delle condizioni ambientali in rapporto alla disabilità

V	F
---	---

Secondo l'ICF la disabilità non può essere definita prima di considerare le condizioni ambientali

V	F
---	---

La disabilità, in un ambiente favorevole, non si distingue funzionalmente da una condizione di salute. Paradossalmente, essa, per l'ICF, va considerata come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole

V	F
---	---

- 22. La disabilità, secondo il modello biopsicosociale dell'ICF:**

è una condizione di salute in un contesto sfavorevole

V	F
---	---

è una condizione di svantaggio che tutti possono sperimentare nella loro vita

V	F
---	---

- 23. L'ICF prevede l'analisi degli elementi facilitatori o di barriera presenti in tutti i contesti di vita della persona.**

**Ipotesizzando o prendendo in considerazione una situazione reale di disabilità (ad esempio motoria, oppure di altro genere: persona cieca o sorda o con minorazione intellettiva – down, ecc.), ci si può esercitare a indicare alcuni possibili fattori facilitanti o viceversa alcune barriere di diversa natura:**

Disabilità: IPOTESI DI FATTORI FACILITANTI O DI BARRIERA IN RELAZIONE AD UNA SITUAZIONE DI PARAPLEGIA	
FATTORI FACILITANTI (di tipo materiale, culturale, psicologico, organizzativo, ecc.)	FATTORI di BARRIERA (di tipo materiale, culturale, psicologico, organizzativo, ecc.)

**24. Per “accomodamento ragionevole” si intende:**

un accordo tra le parti con eventuale indennizzo all'alunno disabile

V F

una composizione tra le diverse esigenze dell'alunno con disabilità e del contesto ambientale

V F

l'adattamento del contesto ambientale alle esigenze dell'alunno con disabilità

V F

**25. Presentano Bisogni Educativi Speciali tre grandi classi di alunni. Quali? E quali atti normativi si riferiscono ad esse?**

TIPOLOGIA	ATTI NORMATIVI RELATIVI

**26. Riporta nella seguente tabella - anche in modo approssimativo - alcune fondamentali tipologie di alunni con BES:**

TIPOLOGIA	Sottotipi
alunni con disabilità	
alunni con DSA	
alunni con difficoltà di apprendimento da cause diverse	

