

Nazareno Dell'Aquila, ispettore tecnico del MIUR

BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

●Definizione generale

Per *bisogni educativi speciali* si intendono quelli derivanti ad un soggetto da *difficoltà* che interferiscono pesantemente sul suo *benessere* e sul suo *sviluppo* (disabilità, disturbi di apprendimento, disturbi relazionali, svantaggi vari –legati all'origine sociale, all'appartenenza etnica, etc.-).

Tali difficoltà possono avere una *diversa origine* (cause *organiche, psicologiche, sociali*) che però, *interagendo* con altre dimensioni della personalità del soggetto, danno luogo ad una situazione di *disagio esistenziale complessivo*: ad es un soggetto con una disabilità motoria, vede accentuata questa sua difficoltà se il contesto sociale non prevede dispositivi di facilitazione della sua mobilità; un soggetto con difficoltà di apprendimento dovute a ragioni psicologiche, può sentirsi 'non accettato' (in famiglia o nel gruppo dei pari), sviluppando quindi anche una specifica difficoltà di socializzazione, che può dar luogo anche a *condotte asociali* (isolamento) o *dissociali* (aggressività).

Tali difficoltà, quando si verificano in *età evolutiva* (infanzia, preadolescenza, adolescenza, giovinezza), producono delle *difficoltà evolutive* che, se non contrastate in modo efficace, danno luogo a *patologie* che si manifestano in varie *dimensioni della personalità* (affettiva-emotiva, cognitiva, relazionale, sociale), minando il *benessere complessivo* della persona e la sua *crescita*.

Si tratta quindi di patologie che sono, ad un tempo, *olistiche* (investono cioè l'intera personalità del soggetto) ma anche *specifiche* (cioè con caratteristiche differenziate determinate dalle cause scatenanti o predominanti che hanno innescato la situazione patologica).

Proprio per questa loro duplice caratteristica, un'azione di *contrasto efficace* (e non di mera 'gestione') verso i diversi *disagi evolutivi* deve ispirarsi ad un *approccio culturale* capace, ad un tempo, di superare ogni compartimentazione causale –che risulta astratta anche quando la causa originaria o prevalente è chiaramente individuabile-, attingendo perciò ad un contributo *pluridisciplinare e interdisciplinare* (psicologia, psichiatria, sociologia, ma anche economia), ma anche di tradursi in un *intervento mirato* –che tenga conto cioè della *specificità* del disagio da affrontare-.

●Il modello dell'ICF dell'OMS

Un tale approccio è quello proposto dall'*OMS* (Organizzazione mondiale della sanità) che ha definito, nel 2002, il cosiddetto *modello ICF* (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), che consente di tener conto della *diversa natura* originaria o prevalente della difficoltà del soggetto (disabilità organica, difficoltà cognitiva, relazionale, sociale, etc.) all'interno però di una *visione olistica* della persona che consente di non oscurare, a causa dei bisogni 'speciali', i bisogni educativi *comuni* di questi soggetti (bisogno di identità, di accettazione, appartenenza, autostima, di sviluppare competenze, etc.).

La struttura del modello prende quindi in considerazione le *funzioni* correlate alle *condizioni fisiche* del soggetto (mobilità, sensi, etc.), al *contesto familiare*, a quello *sociale* (in termini di risorse e servizi), alle modalità e adeguatezza della sua *transazione* con la realtà fisica e sociale.

Per questa sua interna *organicità e articolazione*, tale modello costituisce quindi un *riferimento* per individuare, diagnosticare, interpretare ed affrontare tutte le situazioni problematiche che hanno un'incidenza diretta sullo *sviluppo* e sulla *formazione* del soggetto in età evolutiva:

-le *disabilità* in senso proprio (ispirando quindi un determinato modello di *Diagnosi funzionale*, di *Profilo dinamico-funzionale* e di *Piano educativo individualizzato* –o personalizzato- per i soggetti con *handicap*;

-le *difficoltà funzionali* di origine non organica (come i cosiddetti *disturbi specifici di apprendimento*, i *DSA*);

-i *disturbi di personalità complessi*, come il *deficit dell'attenzione* –con o senza *iperattività*;

- i **ritardi evolutivi** dovuti a cause socio-culturali (svantaggio culturale);
- i **disagi socio-relazionali** dovuti a cause anche diverse fra loro (diversa appartenenza etnica; difficoltà di natura emotivo-affettiva);
- le **condotte 'estreme'** del cosiddetto **'disagio giovanile'** (dipendenze, disturbi alimentari, condotte nichilistiche, dissociali come il bullismo, etc.) che rientrano nelle cosiddette **'emergenze educative'**.

● Handicap e disabilità

La definizione di persona handicappata che dà la legge italiana n. **104/92** (una **legge-quadro**) è la seguente:

art. 3, c.1-E' persona handicappata colui che presenta una **minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva**, che è **causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa** e tale da determinare un processo di **svantaggio sociale** o di emarginazione.

2. La persona handicappata ha diritto alle **prestazioni** stabilite in suo favore in relazione alla **natura** e alla **consistenza** della minorazione, alla **capacità complessiva individuale residua** e alla **efficacia delle terapie riabilitative**.

ANALISI della DEFINIZIONE

In primo luogo, va rilevato che il soggetto viene definito "**persona handicappata**, e non 'diversamente abile', 'diversabile' e simili.

(N.B.: Sapete dove, come e perché è nata l'esigenza e la 'sensibilità' di non 'offendere' i disabili definendoli 'diversabili' e non 'handicappati'? Negli USA. E sapete perché? Perché lì la sanità, essendo privata -è il soggetto che si assicura contro le malattie-, deve essere un affare per le compagnie assicuratrici; e poiché le persone disabili non costituivano un affare (bisognava prevedere cure spesso permanenti), allora bisognava dichiararle, giuridicamente, 'non' handicappate (e quindi in quanto tali bisognose di cure) ma 'diversamente abili' rispetto agli altri: in tal modo non avevano diritto a determinate cure in quanto disabili (rientranti quindi nelle clausole generali delle polizze assicurative), e se tali cure le volevano dovevano integrare tali polizze con clausole individuali. Oplà e il gioco è fatto.).

Con tale espressione la norma vuole sottolineare che si tratta di una persona non astrattamente 'diversa' ma **concretamente ostacolata**, nella **vita** e nello **sviluppo ordinario** (sul piano dell'apprendimento, della relazione personale e dell'integrazione sociale), per cui ha bisogno di -e diritto a- **interventi** (di natura diversa: educativi, sanitari, sociali) capaci di assumere, insieme, la **specificità della minorazione** in quanto minorazione **tipica** (fisica, psichica, sensoriale) presente in un certo **grado o livello** (stabilizzato o progressivo), ma anche la **concretezza dell'ostacolo** che essa determina nelle **diverse situazioni individuali** (capacità complessiva individuale residua, efficacia delle terapie riabilitative nei singoli casi).

Abbiamo quindi una **definizione normativa** che correttamente **considera, contestualmente**, la **tipicità** della minorazione e la sua possibile **incidenza diversa** nelle diverse situazioni di vita concreta.

● Rispetto alla **tipicità**, c'è da osservare che sono inserite, tra le cause possibili che ostacolano il benessere e lo sviluppo di un soggetto, anche **cause psicologiche** (non solo fisiche e sensoriali): ciò significa che la norma assume come riferimento per definire le risposte e le tutele **non la natura in sé** della minorazione ma **l'effetto concreto** che essa produce sul benessere complessivo e sullo sviluppo dell'individuo (e difatti, dal punto di vista **funzionale**, un handicap che ha cause psicologiche può risultare non meno invalidante per la persona di un altro che ha cause organiche). Una conseguenza ulteriore e rilevante di tale approccio è che **non vi è alcuna identificazione meccanica tra** riconoscimento dell'**handicap** e **irreversibilità** dello stesso (per cui sarebbero handicap 'veri' solo quelli per loro natura 'irreversibili'), tant'è che si fa riferimento sia alla **"capacità complessiva individuale residua"** e all' **"efficacia delle terapie riabilitative"** (di qualsiasi tipo, anche psicologiche) e, in sede applicativa, uno degli strumenti introdotti dalla legge 104 è il

Profilo dinamico-funzionale, che serve proprio a monitorare la dinamica evolutiva concreta del soggetto.

●Ciò spiega perché la tipicità dell'handicap è considerata sempre rispetto alla **diversità delle situazioni individuali**. Una diversità dovuta a diversi fattori: la “**capacità complessiva individuale residua**” –che va appositamente **potenziata-**, la possibile diversa “**efficacia delle terapie riabilitative**” –che va monitorata attraverso il **Profilo dinamico-funzionale** per modulare gli interventi a seconda dell'evoluzione della situazione-, e infine la diversa **situazione contestuale complessiva** del soggetto con handicap –soprattutto **familiare** e **sociale-**, che può determinare, a parità di situazione clinica (anche di natura organica), degli **effetti** significativamente **diversi** dovuti alle cosiddette **sindromi associate** (non dovute cioè alla minorazione in quanto tale, ma al **modo** in cui essa è assunta e gestita all'interno del contesto di vita del soggetto).

E' per questo che non ci si limita a parlare di **interventi specializzati** solo rispetto alla **tipicità della minorazione** –che pure naturalmente sono assunti come indirizzi e sono previsti anche come specifiche tutele-, ma di **Piano educativo individualizzato** grazie al quale tenere conto anche della situazione concreta del soggetto, per individuare i diversi interventi (anche ad esempio sul suo **contesto familiare**).

●Disturbi specifici di apprendimento

La definizione di disturbi specifici di apprendimento che dà la legge italiana n. **170/10** è la seguente:

Art. 1 -Riconoscimento e definizione di dislessia, disgrafia, disortografia e discalculia

1. La presente legge riconosce la **dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia** quali **disturbi specifici di apprendimento**, di seguito denominati «DSA», che si manifestano in presenza di **capacità cognitive adeguate**, in **assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali**, ma possono costituire una **limitazione importante** per alcune attività della vita quotidiana.

2. Ai fini della presente legge, si intende per dislessia un disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà nell'imparare a leggere, in particolare nella decifrazione dei segni linguistici, ovvero nella correttezza e nella rapidità della lettura.

3. Ai fini della presente legge, si intende per disgrafia un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nella realizzazione grafica.

4. Ai fini della presente legge, si intende per disortografia un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica.

5. Ai fini della presente legge, si intende per discalculia un disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà negli automatismi del calcolo e dell'elaborazione dei numeri.

6. La dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia **possono sussistere separatamente o insieme**.

7. Nell'interpretazione delle definizioni di cui ai commi da 2 a 5, si tiene conto dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche in materia.

ANALISI della DEFINIZIONE

La definizione suddetta contiene una **ambiguità** di fondo, che si esprime in una evidente **contraddizione** che si traduce poi in una **sostanziale elusione** del problema, sia sul piano **interpretativo** (a cosa son dovuti i DSA?) sia su quello dell'**intervento** da porre in essere (come contrastarli efficacemente?).

●L'**ambiguità di fondo** –che è tale perché la norma, e le **Linee guida** ad essa associate, non lo specificano-, sta nell'individuazione di ciò che **accompagna** i DSA: una “**assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali**” (circostanza vera, almeno per i casi in cui tali disturbi sono solo di natura funzionale e non si accompagnano a cause organiche) e la contemporanea “**presenza di capacità cognitive adeguate**”, elemento che andrebbe certamente specificato, perché se per “capacità cognitive adeguate” si intende, sul piano **prestazionale**, un insieme di capacità del

soggetto di *risolvere problemi* che pone il suo *concreto contesto di vita* è indubbio che non saper adeguatamente decodificare un messaggio scritto (dislessia), codificarlo (disgrafia, disortografia) e non saper matematizzare l'esperienza neanche a livello elementare (discalculia), costituiscono indubbiamente delle serie *limitazioni* per il soggetto, che peraltro la stessa norma evidenzia ("possono costituire una *limitazione importante* per alcune attività della vita quotidiana").

Se poi con l'espressione "presenza di capacità cognitive adeguate" si intende dire che le *capacità cognitive "ordinarie"* del soggetto in ambiti diversi da quelli considerati (lettura, scrittura e calcolo) non mostrano carenze tali da giustificare quelle che si manifestano nei tre ambiti considerati, allora occorre *spiegare* le ragioni di queste *carenze funzionali specifiche*.

E qui la norma *non spiega* ma si limita a *descrivere*, cioè sostanzialmente a *prendere atto* di ciò che si verifica nella *prestazione manifesta*: difatti li definisce disturbi "*specifici*" –interpretando impropriamente la *specificità* dell'*ambito* in cui *si manifestano* (lettura, scrittura, calcolo) come elemento che ne giustifica la *circoscrizione-* e "*di apprendimento*", come se un mancato o inadeguato apprendimento non avesse alcun collegamento funzionale né con il patrimonio di apprendimenti del soggetto né con le modalità e le strategie di questi nell'utilizzazione del patrimonio posseduto e nell'acquisizione di nuovi apprendimenti.

●Da tale ambiguità ed elusione sul piano interpretativo discende una evidente una contraddizione di fondo, consistente nel fatto che la l. 170 da un lato *fa proprio* un *motivo ispiratore della l. 104* –in quanto ammette che una *disabilità* possa verificarsi anche in assenza di una causa organica, ed essere quindi esclusivamente *funzionale-*, dall'altro però *contraddice un altro principio* a questo collegato, e cioè quello della *reversibilità* –almeno in linea di principio- della *disabilità* stessa, persino in casi che hanno una base organica.

●I *motivi* di questo capolavoro? Uno è contingente e tipicamente gelminiano: non estendere l'area del sostegno potenziale anche ai soggetti con difficoltà funzionali (contraddicendo la filosofia ispiratrice della legge 104, che fonda invece, come si è detto, il diritto alla tutela sull'ostacolo reale che il soggetto trova nel suo benessere e sviluppo, ostacolo che può essere anche di natura non organica, e cioè funzionale).

L'altro è più di fondo, e riguarda per un verso la schiena degli esperti consulenti (che preparano sempre la minestra che vuole il committente, anche a scapito della decenza), per l'altro una questione culturale irrisolta.

I disturbi "specifici" e "di apprendimento" sono in realtà *manifestazioni specifiche di difficoltà generali –cognitive e metacognitive-*, tipiche dello svantaggio culturale e dei suoi effetti sullo sviluppo del soggetto in crescita, e riflettono un'incapacità più generale, quella della scuola democratica di diventare davvero la scuola "per tutti", capace quindi di porre in essere una azione decondizionatrice che promuova davvero i soggetti svantaggiati.

E poiché la scuola democratica (intesa meramente come scuola "di" tutti) non è stata capace di assumere come centrale della sua riconversione storica il problema dell'uguaglianza educativa intesa come uguaglianza sostanziale degli esiti, non c'è da stupirsi che le strategie di mera gestione delle disuguaglianze sia assunta da chi tali disuguaglianze vuole riprodurre.

Ma su questo, vi rinvio ad un'altra lettura più specifica (v. di seguito la voce *svantaggio culturale*).

●Deficit dell'attenzione (con o senza iperattività)

E' una delle più evidenti ed emblematiche delle patologie nuove. Il *deficit dell'attenzione con iperattività*, è una sindrome descritta per la prima volta nella prima metà degli anni '80 dall'*Associazione Psichiatrica Americana* e poi inserita tra le sindromi psichiatriche nuove dall'*OMS* (Organizzazione Mondiale della Sanità), con la sigla *ADHD* (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*).

L'ADHD va *distinta* sia dall'*handicap* (perché non ha alcuna componente organica) sia dallo *svantaggio culturale* (perché non è correlata alle variabili socio-culturali tipiche di questo: difatti è presente soprattutto in bambini di classe media: Ammaniti). Di quest'ultimo, tuttavia, condivide alcune *condotte e difficoltà funzionali*: difficoltà di concentrazione e di perseveranza dell'attenzione, iperattività incontrollata, tendenze dissociali più o meno marcate, etc.

E' evidente la *correlazione* tra questa sindrome e gli *effetti della dipendenza mediatica* (televisione, computer, telecomunicazione): il soggetto con ADHD ha un pensiero essenzialmente *responsivo* (ossia rapido, intuitivo, autocentrato, scarsamente controllato nel suo svolgimento), fortemente dipendente dalla situazione-stimolo più che alimentato da un algoritmo interno.

Le *strategie di intervento* risultate più efficaci prevedono una *rieducazione* con *tecniche cognitivo-comportamentali* (adottate anche dalla scuola), all'interno però di un *approccio sistemico-relazionale* che coinvolga non solo *il bambino* e i *docenti* (segnatamente, quello che ha con lui un rapporto *individualizzato*), ma il *gruppo dei pari* e le *figure genitoriali* (Ginnis-Goldstein-Sprafkin-Gerhaw).

● **Svantaggio culturale** (v. file apposito SVANTAGGIO CULTURALE E SCUOLA)