****

**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

**Ufficio Scolastico Regionale dell'Umbria**

**ISTITUTO COMPRENSIVO SAN VENANZO**

***PROTOCOLLO DI ACCOGLIENZA***

***BES***

****

**ANNO SCOLASTICO 2015/2016**

**PROTOCOLLO DI ACCOGLIENZA**

**BES**

“..... fare spazio all’altro significa arricchire

la propria identità, aprirle orizzonti nuovi,

mettere ali alle nostre radici.”

Enzo Bianchi

**L'intento di questo documento è quello di condividere tra tutti i soggetti della comunità educante principi, metodologie e strategie atte a favorire l’integrazione e l’inclusione degli studenti**

**PREMESSA**

I principi fondanti sottesi alle scelte educative e didattiche del nostro Istituto hanno come finalità

l’instaurarsi di un clima accettabile e motivante per tutti i protagonisti dell’azione educativa

(alunni, genitori, docenti, collaboratori scolastici, personale amministrativo), oltreché il successo

formativo dello studente.

Da ciò derivano prassi consolidate e procedure formalizzate tese ad assicurare a tutti gli studenti

il diritto di essere accolti, accettati e poter intraprendere e svolgere con tranquillità il proprio

percorso di studi, partendo dal presupposto che tutti, in quanto persone,meritano il massimo

rispetto.

**AREA DEI BES**

**NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

Legge 170/2010 – *Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento.* Decreto

attuativo n. 5669/2011 *e Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti*

*con DSA (allegate al* D.M. 5669/2011)

Legge 53/03 e Decreto legislativo 59/2004

Legge 517/1977: integrazione scolastica; individualizzazione interventi

DPR 275/99 *"Regolamento recante norme in materia di autonomia delle Istituzioni*

*Scolastiche"*

Nota MiUR n*. 4089, 15.06.2010 "*Disturbo di deficit di attenzione e iperattività"

Direttiva Ministeriale del 27.12.2012

Circolare Ministeriale n. 8 del 6 marzo 2013

Circolare 20/03/2012, Oggetto: piano didattico personalizzato pere alunni con ADHD

Linee guida per la predisposizione di protocolli regionali – 24 gennaio 2013 per

l'individuazione precoce dei casi sospetti di DSA

MIUR, Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo

d'istruzione, 2012**Nome legge e link**

**DEFINIZIONE**

«il Bisogno Educativo Speciale è qualsiasi difficoltà evolutiva di funzionamento, permanente o

transitoria, in ambito educativo e/o apprenditivo, espressa in un funzionamento (nei vari ambiti

della salute secondo il modello ICF dell’Organizzazione Mondiale della Sanità) problematico anche

per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall’eziologia, e

che necessita di educazione speciale individualizzata».

In questo senso la qualifica “speciale” non ci fa più pensare alle scuole speciali, segreganti ed

emarginanti, ma a una buona qualità dei processi di insegnamento-apprendimento, che rende

possibile una reale inclusione delle differenze e dei Bisogni Educativi Speciali.

D. Ianes 2005\*

Ciò che caratterizza gli alunni con Bisogni Educativi Speciali non è una diagnosi medica o

psicologica (una “certificazione”) ma una qualche situazione di difficoltà che richiede interventi

individualizzati.....tagliati accuratamente su misura della loro situazione di difficoltà e dei fattori

che la originano e/o mantengono. …....In alcuni casi questa individualizzazione prenderà la forma

di un Piano educativo individualizzato-Progetto di vita, in altri sarà, ad esempio, una “semplice” e

informale serie di delicatezze e attenzioni psicologiche rispetto a una situazione familiare difficile,

in altri ancora potrà essere uno specifico intervento psico-educativo nel caso di comportamenti

problema.

D. Ianes 2005\*

**CLASSIFICAZIONI**

(D. Ianes 2005\*)

Per quanto riguarda le categorie diagnostiche principali, le classificazioni più in uso fanno

riferimento al DSM-IV/Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell’American

Psychiatric Association (1996) e all’ICD-10/Decima revisione della classificazione internazionale

delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali dell’Organizzazione Mondiale della Sanità

(1992).

**Alunni con bisogni educativi speciali CON diagnosi psicologica e/o medica**

**Riguardano tutte le casistiche che risultano coperte**

**dalla legge 104 o dalla legge 170**

**Ritardo mentale**

Una prima categoria di Bisogni Educativi Speciali è quella del ritardo mentale. Le due

caratteristiche fondamentali di questo disturbo sono:

– un funzionamento intellettivo generale significativamente al di sotto della media (misurabile

attraverso la somministrazione di test che danno un valore di Quoziente Intellettivo);

– significative limitazioni nel comportamento dell’individuo (autonomia personale e sociale).

Il disturbo è stato suddiviso in quattro sottotipi corrispondenti al grado di compromissione

intellettiva.

**Ritardo mentale lieve (QI compreso tra 50-55 e 70)**

Ricopre circa l’80% dei casi di ritardo mentale ed è quindi il più diffuso. I bambini con questo tipo

di ritardo hanno solitamente limitazioni sensomotorie minime e nel periodo prescolare possono

raggiungere discreti livelli nelle abilità sociali e di comunicazione, tanto da rendere difficile una

loro precoce individuazione

**Ritardo mentale medio (QI tra 35-40 e 50-55)**

A questa categoria appartiene circa il 12% delle persone con ritardo mentale. Ciò che li

caratterizza sono le difficoltà nei rapporti interpersonali, derivate da una scarsa comprensione

delle regole sociali.

**Ritardo mentale grave (QI tra 20-25 e 35-40)**

Rappresenta il 7% dei casi di ritardo mentale. La maggior parte delle persone che rientrano in

questa categoria presenta deficit motori di una certa entità, che indicano la presenza di un

notevole danno organico e significativa compromissione delle abilità comunicative.

**Ritardo mentale gravissimo (QI inferiore a 20-25)**

Le persone che rientrano in questa categoria (circa l’1% dei soggetti con ritardo mentale) sono

gravemente limitate nella capacità di comprendere richieste e istruzioni.

**Disturbi generalizzati dello sviluppo**

Una seconda categoria a cui dobbiamo fare riferimento è quella relativa ai disturbi generalizzati

dello sviluppo. In questo caso si fa riferimento a un bambino che presenta una grave distorsione

nello sviluppo di molte funzioni fondamentali, che però non può essere in alcun modo intesa come

un “semplice” ritardo nel raggiungimento delle tappe evolutive, in quanto le caratteristiche

comportamentali che presenta sono qualitativamente ben diverse. Praticamente tutte le aree

fondamentali dello sviluppo — e in particolare il rapporto con la realtà circostante — mostrano

anomalie vistose. In questa categoria diagnostica rientrano i vari disturbi dello spettro autistico.

**Disturbo autistico (o autismo infantile)**

Le caratteristiche generali di questa patologia sono una menomazione qualitativa (significativa per

l’età cronologica) nell’interazione sociale; una menomazione qualitativa (significativa per l’età

cronologica) nella comunicazione verbale e non verbale e nell’attività immaginativa; una marcata

limitazione del repertorio di attività e di interessi.

In particolare, i deficit sociali si possono manifestare nella mancanza di consapevolezza

dell’esistenza dei sentimenti e degli stati mentali degli altri, cosicché il soggetto può trattare l’altro

come se fosse un oggetto inanimato; nell’incapacità di cercare aiuto o sollievo in modo adeguato;

nell’incapacità o nella ridotta capacità di imitazione; nell’assenza o nella forte anomalia del gioco

sociale e delle abilità di fare amicizia con i coetanei; in una mancanza di reciprocità

socioemozionale.

I deficit comunicativi, invece, si esprimono generalmente nell’assenza — spesso anche totale — di

capacità di comunicazione (anche di tipo non verbale), al punto che al soggetto possono mancare

le espressioni del viso e la mimica necessarie a un minimo di espressività rivolta verso il mondo

esterno.

La limitazione nel repertorio di attività e interessi, infine, si caratterizza per movimenti stereotipati

del corpo; persistente interesse verso parti di oggetti (ad esempio frequenti annusamenti o

manipolazione di tessuti); attaccamento eccessivo a oggetti inusuali per l’età; gravi disagi e

reazioni emotive negative in occasione di cambiamenti d’ambiente o rottura di attività routinarie;

un’attrazione molto marcata per azioni semplici, irrilevanti per l’età e stereotipate (ad es. far

girare una rotella, giocare con uno spago, allineare oggetti).

Il disturbo esordisce per definizione entro il terzo anno di vita e il decorso è cronico, anche se

alcuni di questi bambini arriveranno in età adulta a una vita sostanzialmente indipendente,

caratterizzata solo da segni di goffaggine sociale e passività. Oltre il 60% di questi soggetti, invece,

rimane gravemente disabile. I fattori prognostici più rilevanti a questo proposito sono il QI e le

capacità di comunicazione verbale.

**Disturbi dell’apprendimento**

Un’ulteriore categoria diagnostica che per l’insegnante è utile è quella relativa ai già citati

disturbi dell’apprendimento, del linguaggio e della motricità. Analizziamone le diverse tipologie.

**Disturbi di sviluppo della lettura (o disturbo specifico della lettura)**

Il disturbo consiste in capacità nell’apprendimento della lettura significativamente inferiori

rispetto alla scolarizzazione e all’età mentale. Questo deficit interferisce negativamente con

l’apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono capacità di lettura, e non è

imputabile né a danni di tipo organico, né a ritardo mentale, né a un’inadeguata istruzione

scolastica.

Tipicamente, in questi bambini si possono riscontrare difficoltà nel riconoscere e nel ricordare le

lettere dell’alfabeto; difficoltà nell’analizzare e categorizzare i suoni; difficoltà nella fusione dei

fonemi; omissioni, sostituzioni, distorsioni o addizioni di parole o parti di parole; false partenze;

lunghe esitazioni o perdita del segno nel testo; inversioni di lettere o sillabe; difficoltà di

riconoscimento della parola intera; difficoltà di lettura ad alta voce; difficoltà di comprensione

deltesto scritto.

**Disturbo di sviluppo del calcolo (o disturbo specifico delle abilità aritmetiche)**

Si tratta di un disturbo caratterizzato da capacità nell’apprendimento del calcolo ridotte rispetto

alla scolarizzazione e all’età mentale. Questi deficit interferiscono negativamente con

l’apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono capacità di calcolo, e non

sono imputabili a danni organici, né agli effetti diretti di deficit visivi, uditivi o neurologici, né a

patologie psichiatriche, né a un insegnamento inadeguato. Le prestazioni aritmetiche di base di

questi bambini (addizione, sottrazione, moltiplicazione e divisione) risultano significativamente al

di sotto del livello atteso rispetto all’età cronologica, all’intelligenza generale e alla classe

frequentata.

**Disturbo di sviluppo dell’espressione scritta (disgrafia)**

Il disturbo è caratterizzato da ridotte capacità di scrittura — non imputabili a danni organici —

rispetto alla scolarizzazione e all’età mentale, che interferiscono negativamente con

l’apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono la composizione di testi

scritti.

**Disturbo di sviluppo dell’articolazione della parola**

Si tratta di un disturbo caratterizzato da ridotte capacità di usare i suoni del discorso in modo

appropriato rispetto all’età, che non siano imputabili a disturbo generalizzato di sviluppo, ritard

mentale o danni organici.

**Disturbo di sviluppo del linguaggio espressivo**

Il disturbo si caratterizza per ridotte capacità di linguaggio espressivo (mentre la comprensione è

nei limiti della norma) rispetto ai punteggi non verbali di un test per la valutazione del QI

somministrato individualmente. Queste carenze interferiscono negativamente con

l’apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono l’espressione del linguaggio

verbale, e non sono imputabili né a un disturbo generalizzato di sviluppo né a danni organici.

**Disturbo di sviluppo nella comprensione del linguaggio**

In questo caso il deficit riguarda invece il linguaggio ricettivo rispetto ai punteggi non verbali di un

test per la valutazione del QI somministrato individualmente. Il disturbo si riferisce all’incapacità di

comprendere il linguaggio verbale. Tali carenze interferiscono negativamente con

l’apprendimento scolastico e con le attività quotidiane che richiedono la comprensione del

linguaggio verbale, e non sono imputabili né a un disturbo generalizzato di sviluppo né a danni

organici.

**Disturbo di sviluppo della coordinazione (o disturbo evolutivo specifico della funzione**

**motoria)**

Questo disturbo è caratterizzato da capacità deficitarie, rispetto all’età cronologica e alle capacità

intellettive, in tutte quelle attività che richiedono coordinazione motoria; tali carenze

interferiscono negativamente con l’apprendimento scolastico (in particolare nelle prestazioni in

compiti cognitivi di tipo visuospaziale) e con le attività quotidiane, e non sono imputabili a un

danno organico noto.

**Disturbi del comportamento**

Un’altra categoria che è di fondamentale importanza conoscere per poter impostare un buon

intervento educativo-didattico è quella che fa riferimento ai disturbi del comportamento. La

caratteristica generale che accomuna questi disturbi è la forte presenza di comportamenti

problematici, che sovrasta l’eventuale compromissione di una o più funzioni mentali. Vengono

descritte tre categorie di disturbi del comportamento, quelle cioè che rivestono una maggiore

rilevanza ai fini della messa a punto di un Piano educativo individualizzato: i disturbi da deficit di

attenzione con iperattività, i disturbi della condotta e il disturbo oppositivo-provocatorio.

**Disturbi da deficit di attenzione con iperattività**

L’aspetto fondamentale che caratterizza i bambini con questo disturbo è una persistente

incapacità di tenere fissa l’attenzione per un tempo adeguato all’età cronologica e un’attività

motoria eccessiva e inappropriata rispetto alle circostanze. In particolare, si possono avere

agitazione motoria, difficoltà a rimanere seduti anche quando le circostanze lo richiedono, facile

distraibilità, difficoltà a rispettare i turni e le regole nelle situazioni di gruppo, impulsività nelle

risposte, difficoltà a seguire istruzioni, a mantenere la concentrazione, a portare a termine un

compito iniziato e a giocare in modo quieto, frequenti comportamenti di disturbo nei confronti dei

giochi degli altri bambini, tendenza a chiacchierare in modo eccessivo rispetto alle circostanze e a

non ascoltare gli altri, a perdere gli oggetti nelle attività di scuola o di casa e a impegnarsi in

attività fisicamente pericolose. Al disturbo sono spesso associati ostinazione, atteggiamenti ribelli,

negativismo, prepotenza, labilità di umore, bassa tolleranza alla frustrazione, bassa autostima e

esplosioni di collera. L’esordio si verifica intorno ai tre anni, anche se di solito questi bambini

arrivano all’osservazione più avanti, quando i sintomi si fanno evidenti con l’entrata nel mondo

della scuola.

**Disturbi della condotta**

Questi disturbi sono essenzialmente caratterizzati da comportamenti che violano i diritti

fondamentali delle altre persone e le principali regole sociali. In generale si tratta di condotte

antisociali, aggressive e provocatorie: furti, truffe, fughe da casa, menzogne, interruzioni

ingiustificate della frequenza scolastica, distruzione di beni, episodi di crudeltà nei confronti di

persone o di animali, comportamenti violenti.

Di solito al disturbo, che esordisce intorno alla pubertà, sono associate difficoltà di adattamento

sociale e familiare, esperienze sessuali precoci, bassa resistenza alla frustrazione e bassa

autostima, tendenza all’abuso di sostanze, irritabilità, ira, atteggiamenti provocatori.

**Disturbo oppositivo-provocatorio**

La caratteristica essenziale di questo disturbo è una modalità persistente di opposizione, di

disubbidienza, di negativismo provocatorio, rivolta di solito verso i genitori, gli insegnanti e, più in

generale, verso le figure che in qualche modo rappresentano l’autorità. Si tratta di manifestazioni

meno gravi di quelle che caratterizzano i disturbi della condotta, in quanto non violano i diritti

fondamentali degli altri e le norme fondamentali di convivenza sociale, ma sono comunque

contrarie alle regole e spesso persino nocive per gli interessi dell’individuo. Il soggetto con questo

disturbo litiga, perde il controllo con facilità, sfida apertamente le richieste e le regole degli adulti,

fa deliberatamente cose che infastidiscono gli altri, li incolpa per i suoi errori, è suscettibile,

infastidito, arrabbiato, risentito, sprezzante, vendicativo e spesso impreca o usa un linguaggio

osceno.

**Patologie della motricità, sensoriali, neurologiche o riferibili ad altri disturbi organici**

Accanto agli alunni che soffrono dei disturbi elencati precedentemente, ve ne sono altri che

presentano una situazione personale in cui si possono generare Bisogni Educativi Speciali:

**Alunni con deficit motori più o meno estesi:** i casi più emblematici sono le Paralisi

Cerebrali Infantili (Spasticità) e le conseguenze di traumi e lesioni midollari spinali.

**Alunni con deficit sensoriali**: cecità, sordità o pluriminorazioni sensoriali (ad esempio i

sordociechi).

**Alunni con disturbi neurologici**: lesioni prodotte da traumi, interventi chirurgici, oppure

affetti da patologie neurologiche quali l’epilessia, malformazioni congenite, incidenti

neurologici connatali, malattie metaboliche e degenerative, ecc.

**Alunni con patologie organiche varie** che rendono problematica la vita scolastica e

l’apprendimento: immunodeficenze, patologie respiratorie, digestive, ecc.

In tutti questi casi esiste, ovviamente, una precisa diagnosi medica che individua la patologia di cui

soffre l’alunno e spesso ne individua l’origine organica. La struttura corporea e alcune funzioni

corporee sono compromesse, in modo transitorio o irreversibile.

**Alunni con bisogni educativi speciali SENZA diagnosi psicologica e/o medica**

Naturalmente esistono molti alunni con Bisogni Educativi Speciali che non hanno, perché non

possono averla, una diagnosi psicologica e/o medica.

Le loro difficoltà non corrispondono agli elenchi di segni/sintomi dei manuali diagnostici, la

loro situazione sfugge a quei criteri scientifici, né hanno rassicuranti eziologie organiche. Ma questi

alunni ci sono, hanno difficoltà e creano difficoltà. Come ormai dovrebbe essere evidente al

lettore, avere un Bisogno Educativo Speciale non significa avere una diagnosi ufficiale. E senza una

diagnosi ufficiale, ma con molte difficoltà reali, troviamo varie situazioni di alunni.

Un primo tipo di situazione è quello definibile **“svantaggio e deprivazione sociale**”: alunni che

sono cresciuti in situazioni familiari/sociali povere, marginali, in contesti degradati. La loro vita non

è stata ricca di occasioni informali di apprendimento, almeno di apprendimento legato

all’istruzione scolastica, e così questi alunni partono svantaggiati, anche se non presentano deficit

intellettivi o disturbi nell’apprendimento, dal momento che il loro bagaglio di competenze

cognitive, metacognitive, linguistiche, sociali, ecc. è più ridotto.

Un secondo tipo di alunni per qualche aspetto in difficoltà sono quelli con **provenienza e**

**bagaglio linguistico e culturale diverso**: alunni migranti, figli di migranti, profughi, rifugiati, figli di

immigrati di recente stabilizzazione, e così via. Alunni con lingua, cultura, abitudini diverse, storie

talvolta complesse e dolorose alle spalle, situazioni abitative e familiari ancora oggi spesso difficili

e precarie. Alcune delle difficoltà di questi alunni sono chiaramente transitorie, altre saranno più

stabili.

Ci sono poi gli **alunni che vivono in una famiglia difficile**, e questo può voler dire

multiproblematica, abusante, densa di conflitti e di dinamiche invischianti e produttrici di

patologie; alcuni dei familiari possono avere patologie psichiatriche anche gravi, condotte

antisociali o criminali, e così via. Altre famiglie possono invece essere centrifughe, senza regole

chiare, disorganizzate, oppure rigide, oppressive, patologicamente protettive, altre ancora

possono indurre valori e comportamenti divergenti rispetto all’istruzione e all’apprendimento.

Altri alunni invece portano in sé **alcune difficoltà psicologiche** che però non sono di gravità tale da

giustificare pienamente una diagnosi di psicopatologia: alunni con autostima particolarmente

bassa, oppure con stati d’ansia poco controllati, con scoppi di forte collera e scarsa tolleranza alla

frustrazione, bassa motivazione intrinseca e poca curiosità, povera immagine di sé e scarse

prospettive per il futuro, pochi obiettivi, pochi desideri e interessi. Alcuni con **comportamenti**

**problematici,** ad esempio aggressivi o distruttivi, che non sopportano limiti, o che usano

l’aggressione per prevaricare i più deboli. Non occorre ricordare la diffusione crescente e la gravità

sociale del fenomeno “bullismo”.

In tutti questi casi abbiamo alunni con normali capacità di apprendimento, che però sono

ostacolati da una scarsa dotazione di mezzi di apprendimento (per usare un’espressione di De La

Garanderie) o da risposte psicologiche e/o comportamentali eccessive e disadattanti.

Queste condizioni possono essere sfuggenti, intrecciate in modo fatalistico a considerazioni sui

fattori contestuali etnici, familiari o sociali vissuti come immodificabili; e per tutto questo è più

difficile prendersene cura. C’è forse anche un fondo di fastidio, di superiorità, di sentirsi “altri”

rispetto a chi è povero, violento, migrante o irritante senza il motivo giustificante di una patologia

certificabile.

**AREE DI ORIGINE DEI BES**

(studi di Dario Ianes 2005)

**Area Funzionale- Corporea - Cognitiva**

• Ospedalizzazioni, malattie acute o croniche, lesioni, anomalie cromosomiche o del corpo.

• Difficoltà motorie o sensoriali, difficoltà di attenzione e di memorizzazione

• Mancanza di autonomia personale e sociale, difficoltà di gestione del tempo e di pianificazione

delle azioni, difficoltà di applicazione delle conoscenze, difficoltà linguistiche

**Area relazionale**

• Difficoltà di autocontrollo, problemi comportamentali ed emozionali, scarsa autostima,

motivazione e curiosità, difficoltà nelle relazioni con i compagni, gli insegnanti e gli adulti.

**Area ambientale**

• Famiglia problematica, pregiudizi ed ostilità culturali, ambienti deprivati/devianti, difficoltà

socio economiche, difficoltà di comunicazione o collaborazione tra le agenzie (scuola, servizi,

enti...) che intervengono nell’educazione o nella formazione

**NORMATIVA**

Legge 53/03 e Decreto legislativo 59/2004

Legge 517/1977: integrazione scolastica; individualizzazione interventi

DPR 275/99 *"Regolamento recante norme in materia di autonomia delle Istituzioni*

*Scolastiche"*

Nota MIUR n*. 4089, 15.06.2010 "*Disturbo di deficit di attenzione e iperattività"

Direttiva Ministeriale del 27.12.2012

Circolare Ministeriale n. 8 del 6 marzo 2013

Circolare 20/03/2012, Oggetto: piano didattico personalizzato pere alunni con ADHD

MIUR, Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo

d'istruzione, 2012

Nota Ministeriale n. 2563 del 22 novembre 2013 - “Strumenti di intervento per alunni BES

A.S. 2013-2014 - Chiarimenti”

**SOGGETTI COINVOLTI**

**tabella**

**DIRIGENTE**

**analisi di sistema**

definizione del livello di inclusività (individuazione dei criteri)- carta dei servizi aggiungere

implementazione del livello di inclusività-piano performance

nomina dei componenti del GLI e coordinamento

identificazione dei bisogni formativi

invia il PAI per la richiesta di organico di sostegno

assegna le risorse in modo funzionale

tutela i dati sensibili

cura i rapporti con le famiglie e team docenti

**formazione**

formazione dei singoli docenti (relazioni nei gruppi – gestione dei gruppi)

formazione dei consigli di classe (personalizzazione)

**socializzazione buone prassi**

condivisione degli strumenti operativi con tutta la comunità educante

**costituzione di Accordi ed Intese con le Istituzioni**

curare l'apertura al Territorio

**G.L.I. E FUNZIONI STRUMENTALI**

**rilevazione dei BES presenti nella scuola**

diretta segnalazione dei Servizi addetti

attraverso la griglia di rilevazione delle necessità di interventi di personalizzazione,

segnalate dai CdC/team docenti (da ciò si deduce l'esistenza di un caso con BES)

raccolta delle rilevazioni effettuate

successivi raccordi con il Dirigente, con il CdC/team docenti , con i Servizi addetti del

Territorio per la definizione delle strategie più opportune

**raccolta e documentazione degli interventi didattici messi in atto**

raccordo continuo con il Coordinatore di Classe e con il Consiglio tutto per ricevere

informazione ed eventuale documentazione relativa alle scelte strategiche e

didattiche

**consulenza e supporto ai colleghi sulle strategie/metodologie di gestione delle classi**

fornisce documentazione sulla normativa in vigore, approfondimenti sul tema a

cura di specialisti, buone pratiche acquisite in altra sede

**raccordi con azioni strategiche del Territorio**

cura i rapporti con il Territorio per ciò che riguarda le scelte

economiche relative all'area BES

**rilevazione, monitoraggio e valutazione del livello di inclusività della scuola;**

predispone gli strumenti per valutare il livello di inclusività delle scelte strategiche e

didattiche della scuola piano triennale della trasparenza

**raccolta e coordinamento delle proposte formulate dai singoli GLH**

**elaborazione del Piano Annuale per l'Inclusività, entro il mese di giugno.**

**FUNZIONE STRUMENTALE E DOCENTI REFERENTI**

curano i rapporti con il Dirigente Scolastico, i Servizi del Territorio ed il collegamento tra

Dirigente Scolastico, Servizi e CdC/team docenti

curano e promuovono il coordinamento delle misure e dei servizi previsti nell’ambito del

PEI o del PDP

**COORDINATORE DI CLASSE**

raccoglie le osservazioni formali e/o informali del CdC/team docenti relative alle diverse

aree (relazionale, affettiva, comunicativa, cognitiva, etc.)

cura la stesura del PdP in accordo con tutto il CdC/team docenti, il docente di sostegno, gli

operatori sanitari o socio-assistenziali, qualora presenti, e la famiglia

coadiuva il docente di sostegno nella stesura del PEI, e si fa copromotore della condivisione

dello stesso con il CdC o team docenti

cura i contatti ed i rapporti con la famiglia

coordina le azioni strategiche deliberate da CdC/team docenti

cura i rapporti con il GLI

cura ed aggiorna la documentazione relativa allo studente con BES

**CONSIGLIO DI CLASSE**

struttura l'osservazione pedagogica tesa ad accertare le difficoltà reali dello studente e

favorirne quindi l'integrazione/inclusione

rileva, attraverso gli strumenti predisposti, le difficoltà, le condivide con il Dirigente,

progetta e mette in atto, anche in collaborazione con la famiglia, le conseguenti scelte

didattiche e strategie d'azione affinché tutti gli studenti possano partecipare in modo pieno

alle attività di apprendimento.

Individua e propone le risorse umane, strumentali e ambientali da utilizzare per favorire i

processi di integrazione/inclusione.

**DOCENTE DI SOSTEGNO**

Figura preposta all’integrazione degli studenti con disabilità certificata e integralmente inserita

nella classe e nel CdC/team docenti, come da normativa di riferimento ( D.P.R. 970/1975 e Legge

517/77)

condivide con tutto il CdC/team docenti i compiti professionali(anche valutazione) e

ha responsabilità su tutta la classe;

costituisce supporto al CdC/team docenti per l'adozione di strategie metodologiche

e didattiche integrative;

condivide con i colleghi del CdC/team docenti la costruzione del PEI, concordando i

contenuti disciplinari e con gli educatori, qualora presenti, le strategie

metodologiche più adatte;

assiste l'alunno in tutto il suo percorso nonché in sede d'esame, come concordato

in sede di CdC/team docenti e con la Commissione d'esame;

cura la stesura del PEI, in accordo con il CdC/team docenti;

**STRUMENTI OPERATIVI**

**OSSERVAZIONE PEDAGOGICA**

L’osservazione pedagogica compete a **tutti i docenti del Consiglio di Classe** e agli operatori che

affiancano lo studente. Ha la finalità di raccogliere informazioni sugli aspetti cognitivi, emotivi,

comportamentali e relazionali dello studente.

**L’osservazione pedagogica è funzionale alla stesura della documentazione richiesta e, nel corso**

**dell’anno, al monitoraggio degli esiti dell’azione educativa e alla verifica dell’efficacia e**

**adeguatezza del percorso progettato ed effettuato dallo studente.**

**PAI**

La CM n. 8 del 06/03/2013 del MIUR prevede che ogni scuola elabori “una proposta di Piano

Annuale per l'Inclusività riferito a tutti gli alunni con BES, da redigere al termine di ogni anno

scolastico(entro il mese di giugno)”.

Questo strumento corrisponde in pratica alla progettazione della propria offerta formativa in

senso inclusivo, cioè alle scelte didattiche che traducono una lettura attenta dei bisogni di

ciascuno in un conseguente impegno programmatico.

Il PAI si struttura sull’analisi del grado di inclusività della scuola (punti di forza e punti critici) e sui

conseguenti obiettivi di miglioramento, finalizzando il tutto ad una trasversalità delle prassi di

inclusione in tutti gli ambiti dell'insegnamento curricolare, della gestione delle classi,

dell'organizzazione dei tempi e degli spazi scolastici, delle relazioni tra docenti, alunni e famiglie.

Indicatori carta servizi e piano performance

La sua stesura è affidata al GLI, sotto la supervisione del Dirigente Scolastico.

**PDP**

L a D.M. del 27 dicembre 2012 estende a tutti gli alunni in situazione di difficoltà il diritto alla

personalizzazione dell'apprendimento, richiamandosi alla legge 53/2003 ed alla Legge 170/2010.

Il Piano Didattico Personalizzato ha lo scopo di definire, monitorare e documentare le strategie

adottate dal CdC/team docenti .

Vanno in esso esplicitate sia le misure dispensative e compensative previste dalla Legge 170 (DM

5669/2011 e allegate Linee Giuda), sia le strategie di intervento più idonee ed i criteri di

valutazione degli apprendimenti.

La normativa sottolinea il fatto che è tutto il CdC/team docenti che prende in carico globalmente

l'alunno, e che la progettualità che scaturisce è di tipo complesso e incentrata sui processi di

individualizzazione e personalizzazione.

Il compito della redazione è affidato al Consiglio di Classe ed al team docenti, che si avvale

dell'esame della documentazione clinica presentata dalle famiglie e delle considerazioni di

carattere psico-pedagogico e didattico.

Nel caso in cui ci si trovasse nell'area dello svantaggio sociale o culturale e in assenza quindi di una

diagnosi clinica e di una conseguente certificazione, il CdC/team docenti può comunque decidere

per una personalizzazione, anche temporanea, delle azioni didattiche, formalizzando anche le

motivazioni a fondamento della scelta, ma rimanendo fermo il presupposto che la validità del

documento rimane circoscritta all'anno di corso. (MIUR - Strumenti di Intervento – Chiarimenti del

26-11-2013 ). Tale personalizzazione verrà con

Il PDP viene redatto dal CdC/team docenti

**AREA DEI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO**

**NORMATIVA**

Legge 170/2010 – *Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento.* Decreto

attuativo n. 5669/2011 *e Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con*

*DSA (allegate al* D.M. 5669/2011)

Linee guida per la predisposizione di protocolli regionali – 24 gennaio 2013 per l'individuazione

precoce dei casi sospetti di DSA

**DEFINIZIONE**

“*I Disturbi Specifici di Apprendimento interessano alcune specifiche abilità dell’apprendimento*

*scolastico, in un contesto di funzionamento intellettivo adeguato all’età anagrafica.*

*Sono coinvolte in tali disturbi: l’abilità di lettura, di scrittura, di fare calcoli. Sulla base dell’abilità*

*interessata dal disturbo, i DSA assumono una denominazione specifica: dislessia (lettura), disgrafia*

*e disortografia (scrittura), discalculia (calcolo).*

*Secondo le ricerche attualmente più accreditate, i DSA sono di origine neurobiologica; allo stesso*

*tempo hanno matrice evolutiva e si mostrano come un’atipia dello sviluppo, modificabili attraverso*

*interventi mirati.*

*Posto nelle condizioni di attenuare e/o compensare il disturbo, infatti, il discente può raggiungere*

*gli obiettivi di apprendimento previsti. E’ da notare, inoltre (e ciò non è affatto irrilevante per la*

*didattica), che gli alunni con DSA sviluppano stili di apprendimento specifici, volti a compensare le*

*difficoltà incontrate a seguito del disturbo.*” ( D.M. n. 5669 del 12 luglio 2011 – Linee Guida)

Caratteristica comune a tali disturbi è un difficile rapporto col testo scritto e la sua decodifica

(difficoltà di passaggi tra segno grafico e pronuncia dello stesso) con conseguente rallentamento

del processo didattico, soprattutto per ciò che riguarda la capacità di comprensione. Per questo,

nel processo di apprendimento, il soggetto con DSA è costretto a dipendere da altri, data

l’incapacità ad accedere agilmente al codice scritto.

E' facile capire come in una cultura come la nostra, così fortemente legata alla scrittura, questo

problema incida pesantemente, condizionando la vita scolastica e in seguito la vita professionale.

Infatti, nella maggior parte dei casi, i DSA si accompagnano a vissuti di inadeguatezza, riflessi

negativi sull’autostima e in genere sulla formazione della personalità, con conseguente

compromissione di un adattamento sociale equilibrato.

Il disagio può tradursi in disturbi di comportamento, atteggiamenti di disinteresse per tutto ciò che

può richiedere impegno, chiusura in se stessi, atteggiamenti di reattività e di sfiducia, etc.

**SOGGETTI COINVOLTI**

**GLI OPERATORI SPECIFICI DEL SETTORE**

formulano una diagnosi, attraverso una relazione clinica, che la famiglia, al momento

dell’iscrizione, dovrà trasmettere al Dirigente Scolastico.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

effettuerà quindi un colloquio preliminare con la famiglia, e con lo studente stesso,

presentando l’organizzazione dell’Istituto, in relazione ai bisogni specifici evidenziati.

**IL CONSIGLIO DI CLASSE**

ha la responsabilità complessiva dell’integrazione dell’alunno DSA, e procede quindi alla

stesura del Piano Didattico Personalizzato o Individualizzato, a seconda delle necessità.

**IL COORDINATORE DI CLASSE ED IL REFERENTE D'ISTITUTO**

devono assicurarsi che tutti gli insegnanti (comprese nuove nomine o supplenti) prendano

visione della documentazione relativa al DSA al fine di adottare, per quanto di propria

competenza, le misure compensative e dispensative previste dalla normativa. Può attuare

progetti volti a sperimentare metodologie e modelli efficaci per l’integrazione, può richiedere

strumenti tecnici e ausili didattici, può utilizzare tutte le opportunità offerte dall’Autonomia

scolastica: flessibilità oraria, modularità, classi aperte ecc.

**CIASCUN DOCENTE**

provvederà direttamente alla predisposizione e all’uso delle strumentazioni necessarie per

consentire ad ogni alunno di seguire con profitto le attività scolastiche, in accordo coi

genitori dello stesso e in relazione alle specifiche necessità.

**STRATEGIE OPERATIVE**

Le scelte attuate dai docenti, collegialmente, sul come impostare il processo di apprendimento

sono fondamentali, ai fini del successo scolastico degli alunni con DSA, e l’esperienza attesta che

si dimostrano vincenti le seguenti strategie:

non fare mai leggere ad alta voce in pubblico

consentire l’utilizzo degli strumenti compensativi di cui l’alunno ha bisogno (computer con

programmi specifici, scanner, calcolatrice, il registratore, tabelle della memoria di ogni

tipo, etc.), sia a casa che a scuola

concordare le interrogazioni

incoraggiare l’uso di schemi, tracce, mappe concettuali con uso di parole chiave per

favorire l’apprendimento e sviluppare la comunicazione e l’ascolto

favorire l’uso di internet e delle enciclopedie multimediali per fare le ricerche

caldeggiare la lettura di libri, testi, articoli su argomenti di interesse, preferibilmente in

formato audio (libro parlato – possibilità di collaborazione col Centro del Libro Parlato

dell’Unione Italiana Ciechi)

valutare gli elaborati scritti per il contenuto, senza insistere sugli errori ortografici,

valorizzando lo svolgimento nella sostanza piuttosto che nella forma

evitare di consegnare del materiale scritto a mano e prediligere quello stampato o digitale

perseguire l’apprendimento delle lingue straniere privilegiando la valutazione delle prove

relative alla forma orale, con la possibilità di utilizzare i supporti per quella scritta

leggere i problemi, i quesiti e le risposte in caso di verifica con risposte a scelta multipla,

registrare il testo, scindere la soluzione del problema dal calcolo, fornendo l’opportunità di

usare la calcolatrice, tavole pitagoriche ed altri supporti

consentire l’uso, a scopo di consultazione, del proprio quaderno dei compiti, per

permettere la rievocazione più rapida dell’apprendimento, in considerazione della

difficoltà di automatizzare e quindi rendere immediatamente disponibile una conoscenza

acquisita

accordarsi anche sulle prove a tempo (o si riduce il materiale della prova o si aumenta il

tempo).

La legislazione ministeriale è ora molto precisa sul tipo di strumenti compensativi e dispensativi

ritenuti più idonei al fine di favorire l’apprendimento scolastico.

Strumenti compensativi

computer con programmi di video-scrittura con correttore ortografico e sintesi vocale

calcolatrice, registratore, tabelle delle misure e/o formule

dizionari di lingua straniera anche computerizzati, traduttori

cartine geografiche e storiche

prospetti sintetici di lezioni

Strumenti dispensativi

lettura ad alta voce

scrittura veloce sotto dettatura

uso del vocabolario tradizionale

studio mnemonico delle tabellone e/o poesie

scrittura alla lavagna

uso del corsivo

prendere appunti

studio della lingua straniera in forma scritta

assegnazione di compiti troppo gravosi

Metodologia e modalità di aiuti

scrivere alla lavagna in stampatello maiuscolo

ripetere la stessa struttura o contenuto ma con modalità diverse

controllare spesso con domande flash se quanto è stato spiegato o applicato è chiaro

riprendere sempre all’inizio di una lezione quanto spiegato in quella precedente

leggere più volte gli argomenti assegnati accompagnandoli con domande guida esplicite

assegnare sempre un argomento in modo chiaro e definito

evidenziare le informazioni principali utili alla comprensione

lavorare in classe producendo schemi e tabelle

preparare gli appunti e le lezioni insieme ai compagni

far costruire a piccoli gruppi di alunni, mappe concettuali e mentali che aiutino a ricordare

le informazioni e a individuare i concetti principali, ad organizzarli e comprenderli per poi

memorizzarli

leggere più volte le consegne degli esercizi o delle verifiche accertandosi che siano chiare

fornire una sola consegna alla volta

Verifiche scritte

proporre verifiche uguali a quelle delle classe, con tempi più lunghi per eseguirle

proporre verifiche divise in due parti da somministrare in momenti diversi

proporre verifiche uguali a quelle della classe, con meno esercizi ma con obiettivi identici

(matematica)

proporre verifiche uguali a quelle della classe, rispettando il criterio della gradualità

(grammatica, lingua straniera)

privilegiare esercizi a scelta multipla, con vero o falso, a completamento e con domande

esplicite

richiedere risposte brevi, con eventuali descrizioni di immagini

per lo svolgimento del “tema”, fornire una scaletta o altro per meglio gestire le operazioni

importanti nel processo di costruzione di un testo per la lingua straniera :

usare vignette dove far inserire le parole mancanti o il verbo adatto alla situazione

leggere testi semplici procedendo con domande V/F per verificarne la comprensione

per la prova d’ascolto fornire all’allievo la cassetta/CD da ascoltare più volte

-evitare , ove possibile, domande aperte

per quanto riguarda il lessico, far costruire all’alunno “famiglie di parole” e utilizzare

cruciverba o altri giochi che aiutino a visualizzare la parola

Verifiche orali

saranno sempre programmate e guidate con domande esplicite

saranno concessi tempi più lunghi per la risposta, incoraggiando l’alunno

non si terrà conto degli errori di pronuncia (lingua straniera)

saranno utilizzati supporti visivi per il recupero del lessico generalmente carente

Valutazione

non si terrà conto degli errori di trascrizione e di ortografia

sarà valutato il contenuto e non la forma

non verranno corretti errori di spelling, ma quelli relativi al contenuto

si terrà conto dei livelli di partenza e di risultati ottenuti

**ESAMI DI STATO**

In relazione agli esami di stato, in ottemperanza al DPR n°122 del 2009 Art. 10, durante

l’espletamento delle prove di esame della Scuola Secondaria, occorre “ tener conto delle

specifiche situazioni soggettive degli alunni; a tali fini nello svolgimento dell’attività didattica e

delle prove d’esame, sono adottati , nell’ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione

vigente, gli strumenti metodologico-didattici compensativi e dispensativi ritenuti più idonei. Nel

diploma finale rilasciato al termine degli esami non viene fatta menzione delle modalità di

svolgimento e della differenziazione delle prove”.

Il Consiglio di Classe deve pertanto predisporre per la Commissione :

la documentazione dello studente

l’eventuale richiesta di prove equipollenti e/o di assistenza e/o di tempi più lunghi

sia per le prove scritte che per quelle orali

descrizione, attraverso una relazione, del disturbo di apprendimento

descrizione del percorso realizzato dall’alunno

conoscenze, competenze e capacità acquisite

difficoltà incontrate e come sono state superate o non superate

discipline per le quali sono stati adottati particolari criteri didattici

risorse utilizzate

modalità di formulazione e realizzazione delle prove per la valutazione (con quali

tecnologie, con quali strumenti compensativi o dispensativi, con quali modalità, con quali

contenuti)

richiesta di prove equipollenti e di assistenza (quale tipo di prova, quale tipo di assistenza –

assistente accompagnatore, assistente inteso come aiuto per lo svolgimento delle prove,

assistente per la comunicazione in generale – quale durata per le prove scritte)

altre informazioni utili

Nel documento del Consiglio di Classe del 15 maggio si devono:

• riportare tutte le informazioni sugli strumenti compensativi e dispensativi, con riferimenti alle

verifiche, ai tempi e al sistema valutativo utilizzati in corso d’anno;

• inserire modalità, tempi e sistemi valutativi per le prove d’esame.

La commissione d’esame terrà in considerazione per la predisposizione della terza prova scritta e

per la valutazione delle altre due prove:

• tempi più lunghi;

• utilizzo di strumenti informatici se utilizzati in corso d’anno (es. sintesi vocali, dizionari digitali);

• possibilità di avvalersi di un insegnante (membro della commissione) per la lettura dei testi delle

prove;

• nei casi più gravi, soprattutto per la lingua straniera, un insegnante potrà scrivere la prova sotto

dettatura da parte dello studente

**STRUMENTI OPERATIVI**

**L'OSSERAZIONE PEDAGOGICA**

L’osservazione pedagogica compete a tutti i docenti del Consiglio di Classe ed agli operatori che

affiancano lo studente. Ha la finalità di raccogliere informazioni sugli aspetti cognitivi, emotivi,

comportamentali e relazionali dello studente.

L’osservazione pedagogica è funzionale alla stesura della documentazione richiesta e, nel corso

dell’anno, al monitoraggio degli esiti dell’azione educativa e alla verifica dell’efficacia e

adeguatezza del percorso progettato ed effettuato dallo studente.

**DIDATTICA INDIVIDUALIZZATA E PERSONALIZZATA**

Va necessariamente premesso che la dislessia non è un handicap, non riguarda quindi soltanto gli

insegnanti di sostegno, ma tutti i docenti curricolari.

Una volta acquisita la documentazione di rito (ossia la diagnosi formulata dagli operatori specifici

del settore, attraverso una relazione clinica, che la famiglia dovrà trasmettere al Dirigente

Scolastico) ed effettuato un colloquio preliminare con la famiglia, gli insegnanti di classe

collegialmente si attiveranno per predisporre un Percorso Scolastico Personalizzato o

Individualizzato (come richiesto dal Protocollo n°4999 del 5/10/2004 e dallo stesso D.M. n. 5669

del 12 luglio 2011) , adottando gli opportuni strumenti compensativi e dispensativi e le adeguate

modalità di verifica. Tale certificato dovrà essere sempre aggiornato.

Prima di tutto è indispensabile che siano individuati i bisogni formativi dello studente, attraverso

l’ analisi delle abilità strumentali (lettura, scrittura, calcolo), e l’esame delle caratteristiche del

processo di apprendimento (lentezza, caduta dei processi di automatizzazione, difficoltà a

memorizzare sequenze, difficoltà nei compiti di integrazione,difficoltà nell’organizzazione spaziale)

(Oltre all’acquisizione della documentazione di rito, sarà fondamentale l’osservazione in itinere ed

incontri specifici sia con i genitori, sia con docenti precedenti.

Basilare quindi calibrare la proposta formativa, in modo tale che sempre sia messa al centro del

processo educativo la persona, nella sua pienezza psico- fisica, e che il percorso sia finalizzato a

sviluppare e valorizzare il potenziale soggettivo, oltre che a fornire le basi fondamentali per

accedere alle molteplici forma del sapere, dare gli strumenti per favorire una lettura critica della

realtà, e far maturare un positivo senso di autostima.

E’ necessario quindi che il soggetto si senta accolto, al fine di evitare, oltre al disagio del momento,

l’eventuale abbandono scolastico ed un futuro professionale di basso livello, nonostante le

potenzialità di creatività e di intelligenza che questi studenti manifestano.

Per tutte queste ragioni la legge prevede che in questi casi venga predisposto un **Piano Didattico**

**Personalizzato o Individualizzato**, a seconda delle necessità.

La personalizzazione dell’apprendimento (a differenza della individualizzazione) non impone un

rapporto di uno a uno tra docente e allievo, con conseguente aggravio del lavoro dell’insegnante,

ma indica l’uso di *“strategie didattiche finalizzate a garantire a ogni studente una propria forma di*

*eccellenza cognitiva, attraverso possibilità elettive di coltivare le proprie potenzialità intellettive*

*(capacità spiccata rispetto ad altre/punto di forza). In altre parole, la personalizzazione ha lo*

*scopo di far sì che ognuno sviluppi propri personali talenti” (M.*

*Baldacci).*

Affinché il piano di lavoro possa avere uno svolgimento fluido e permettere quindi allo studente di

accedere ai significati del testo e raggiungere gli obiettivi di apprendimento prefissati, nel modo in

cui le sue personali potenzialità cognitive glielo consentono, è fondamentale operare in modo tale

che egli possa acquisire fiducia nelle proprie capacità e consapevolezza delle proprie possibilità;

è indispensabile a ciò il creare all’interno del gruppo classe un clima relazionale positivo ed

accogliente, favorendo esperienze di lavoro cooperativo e/ o con tutors .

E’ importante, a tale scopo , ma solo dietro consenso dello studente e della sua famiglia, parlare

alla classe dei DSA, spiegando le diverse modalità di’intervento e sottolineando l’importanza della

fattiva collaborazione di tutti.

Alla base di tutto deve quindi porsi un “Patto Educativo” che Scuola e Famiglia dovranno stringere,

affinché una basilare sinergia d’intenti possa orientare il lavoro verso l’unica mèta del

raggiungere, da parte dello studente, gli obiettivi previsti nell’anno di corso; si dovranno in

particolare concordare:

- i compiti a casa,

- le modalità d’aiuto: chi, come per quanto tempo, per quali attività/discipline..,

- gli strumenti compensativi utilizzati a casa,

- le dispense,

- la eventuale riduzione dei compiti,

- le interrogazioni,

- la prassi relazionale volta a valorizzare il ragazzo in ciò in cui riesce meglio e a sostenerlo nelle

sue difficoltà.

Leggere e scrivere richiede per questi studenti, oltre che molto tempo, un grande impegno ed un

grande esborso di energie, per cui si stancano molto e procedono con molta lentezza,

commettono frequenti errori, e/o saltano parole e righe.

È tipica, sia per la lettura che la scrittura, la sostituzione di lettere con grafia simile p b d g q - a/o -

e/a o suoni simili: t/d - r/l - d/b - v/f . Molto diffusa è anche la difficoltà ad imparare l'ordine

alfabetico, i giorni della settimana, i mesi in ordine, oppure a riconoscere le caratteristiche

morfologiche della lingua italiana; nell'espressione anche verbale del pensiero, hanno un lessico

povero e non memorizzano i termini difficili; quasi sempre le prestazioni grammaticali sono

inadeguate. A ciò si può sommare anche la discalculia, ovvero la difficoltà a imparare le tabelline,

a fare calcoli in automatico, a fare numerazioni regressive, a imparare le procedure delle

operazioni aritmetiche. Praticamente tutti i dislessici hanno grosse difficoltà ad apprendere le

lingue straniere, in particolare scritte, e la difficoltà maggiore è rappresentata dalla lingua inglese a

causa delle differenze molto accentuate tra la scrittura e la pronuncia delle lettere e tra la

pronuncia e la scrittura di una stessa lettera in parole diverse.

Il processo di apprendimento si struttura in larga parte sull’efficienza della memoria di lavoro

(ML), che è il cuore del processo di elaborazione delle informazioni, e da ciò quindi dipende la

qualità dell’apprendimento stesso.

La ML ha una dotazione limitata di risorse attentive: per questo, durante le sue operazioni, può

mantenere attive solo un numero limitato di informazioni *rilevanti*, o *unità semantiche*, per il

tempo *necessario al loro processamento*.

La ML non è un sistema unitario, ma si articola in sottosistemi, coordinati e supervisionati

dall’*esecutivo centrale,* un sistema attenzionale di controllo dalle capacità limitate

[Baddeley,1986]. Il sottosistema della *memoria di lavoro fonologica* (o loop articolatorio) è adibito

al mantenimento ed elaborazione di informazioni *linguistiche*, mentre la *memoria di lavoro (o*

*taccuino) visuo-spaziale* (MLVS) è adibita al mantenimento ed elaborazione *di informazioni visuospaziali*.

Ognuno tende ad automatizzare la sua attività.

I due sottosistemi sono indipendenti l'uno dall'altro, operano su formati di informazione e con

modalità di elaborazione distinti; così i diversi tipi di informazione non competono per la codifica e

l'immagazzinamento temporaneo, se non all'interno di ciascuna modalità.

*La lettura* è un processo di decodifica e comprensione che ha luogo nella ML. Esso richiede una

sequenza di fasi (decodifica fonologica, lessicale, sintattica e semantica), attraverso le quali

l’individuo può estrarre dalla struttura superficiale del testo, la sua struttura profonda, ossia la

*struttura di significato* essenziale.

L’ipotesi, alla base del disturbo di lettura della *dislessia*, è che ci sia una *difficoltà di*

*automatizzazione delle procedure di decodifica fonologica e lessicale* [Nicholson e Fawcett, 1990].

La ML fonologica, nella quale avvengono tali procedure, esaurisce presto le proprie risorse e

richiede continuamente risorse dal sistema esecutivo centrale.

La ML del dislessico resta quindi bloccata sulle prime fasi del processo di lettura, mentre le

successive fasi di analisi sintattica e semantica, che richiedono l’impegno del sistema esecutivo

centrale, vengono avviate con molta difficoltà e lentezza, ostacolando l’accesso al significato del

testo.

Una didattica efficace nei confronti di soggetti dislessici, per promuovere e potenziare i processi

cognitivi complessi dell’apprendimento significativo, dovrebbe:

alleggerire il carico di elaborazione verbale di tipo sequenziale della ML fonologica;

stimolare l’attività integrata della MLVS e della ML fonologica e dare efficienza alla ML;

potenziare le strategie metacognitive nella selezione delle informazioni più rilevanti, per

aumentare l’efficienza dell’esecutivo centrale nel processamento delle unità semantiche;

proporre stimoli didattici conformi allo stile cognitivo visivo e globale del dislessico.

È ora evidente che l’apprendimento può essere stimolato e potenziato attivando *diverse modalità*

*di elaborazione* e, soprattutto, la loro *integrazione*. Pensiero visivo ed elaborazione spaziale delle

informazioni hanno un potenziale cognitivo che può essere produttivamente integrato con

l’elaborazione verbale del linguaggio, stimolando la flessibilità nell’operatività cognitiva. In questo

modo, lo studente dislessico può alleviare il sovraccarico di elaborazione verbale sequenziale,

necessario nella lettura del testo, che ne ostacola l’accesso al significato.

Si ottiene così una *maggiore efficienza della ML* (fatto vantaggioso per qualunque studente).

( Atti del Convegno handyTED 2005)

**IL PDP**

Il Piano Didattico Personalizzato costituirà un allegato riservato della programmazione di classe, e

deve contenere e sviluppare i seguenti punti:

• dati relativi all’alunno

• descrizione del funzionamento delle abilità strumentali

• caratteristiche del processo di apprendimento

• strategie per lo studio – strumenti utilizzati

• individuazione di eventuali modifiche all’interno degli obiettivi disciplinari per il conseguimento

delle competenze fondamentali

• strategie metodologiche e didattiche adottate

• strumenti compensativi

• criteri e modalità di verifica e valutazione

• assegnazione dei compiti a casa e rapporti con la famiglia

Una volta redatto, deve essere consegnato alle famiglie ( è prevista la firma per accettazione).

Tutti i protagonisti del processo devono quindi potersi applicare al raggiungimento di obiettivi

comuni e condivisi e secondo modalità integrate, evitando contraddittorietà ed improvvisazione.

Nella progettazione del PDP dovranno essere indicate le modalità di accordo tra i docenti e la

famiglia, concernenti in particolare:

assegnazione dei compiti a casa e modalità su come vengono assegnati (con fotocopie, con

nastri registrati, ...)

quantità di compiti assegnati (tenendo conto che i ragazzi con DSA sono lenti e fanno molta

più fatica degli altri occorre selezionare gli aspetti fondamentali di ogni apprendimento)

scadenze con cui i compiti vengono assegnati, evitando sovrapposizioni e sovraccarichi.

modalità di esecuzione e presentazione con cui il lavoro scolastico a casa può essere

realizzato (uso di strumenti informatici, presentazioni di contenuti appresi con mappe,

powerpoint …)

**AREA DELLA DISABILITA'**

**LA NORMATIVA**

Tutta la pratica didattica relativa alle attività di sostegno per i bambini, chiamati modernamente

“diversamente abili”, viene stabilita prescrittivamente da una serie di leggi, decreti ministeriali e

raccomandazioni utili a tutti coloro che operano per diagnosticare, programmare e progettare per

il bambino in questione.

La terminologia di definizione del diversamente abile ha attraversato un iter molto complesso che

ne ha definito l’etichettamento, lungamente utilizzato, di *handicappato*, visto nella sua accezione

più negativa, nel senso di diversità, di anormalità; con il tempo, le differenti correnti del pensiero

pedagogico hanno fatto rilevare un nodo fondamentale sulla questione, ovvero quello che il

bambino non è handicappato, ma presenta delle patologie più o meno gravi che non limitano il

soggetto nella sua dimensione globale; si è riflettuto sul fatto che egli può avere delle potenzialità,

che favorite, possono divenire delle vere e proprie abilità e risorse non solo per se stesso, ma per

la classe intera.

Anche l’OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, a tal proposito, ha dovuto rivedere il lessico

utilizzato, modificando i propri manuali diagnostici, intendendo come handicap la condizione di

diversità che la società riversa sul soggetto con patologie.

La riflessione sulle potenzialità del diversamente abile ha fatto considerare l’universo del sostegno

non come un supportare e lavorare con il bambino solo per riempire i suoi momenti di attività

scolastica, ma proprio come possibilità di avvantaggiare l’allievo nell’inserimento sociale,

attraverso il potenziamento di capacità già possedute e lo sviluppo di nuove acquisizioni.

All’interno di questo processo educativo-didattico, grande supporto proviene dalle ASL, che hanno

il compito di diagnosticare e mettere nero su bianco il disturbo presente dal bambino.

Questa prima fase dell’intervento di sostegno viene a costituire la chiave di lettura per tutta la

progettazione didattica che la scuola e la famiglia faranno sul bambino; sarà cura quindi dei medici

individuare il problema e redigere una diagnosi il più precisa possibile, facendo pervenire alla

scuola la diagnosi funzionale.

**STRUMENTI OPERATIVI**

**OSSERVAZIONE PEDAGOGICA**

L’osservazione pedagogica compete a **tutti i docenti del Consiglio di Classe** e agli operatori che

affiancano lo studente. Ha la finalità di raccogliere informazioni sugli aspetti cognitivi, emotivi,

comportamentali e relazionali dello studente.

**L’osservazione pedagogica è funzionale alla stesura della documentazione richiesta e, nel corso**

**dell’anno, al monitoraggio degli esiti dell’azione educativa e alla verifica dell’efficacia e**

**adeguatezza del percorso progettato ed effettuato dallo studente.**

**LA DIAGNOSI FUNZIONALE**

L’individuazione della patologia di cui il soggetto è affetto, che può avvenire sotto segnalazione

della scuola, non esprime delle indicazioni sufficienti sulle sfere di intervento sulla quale la scuola

può intervenire che vengono infatti a essere considerate “scarsamente informative”1. La

descrizione della patologia deve essere affiancata soprattutto da un’analisi clinica analitica della

compromissione dello stato psico-fisico dell’alunno.

La diagnosi funzionale (DF) viene ad assolvere questo compito, anche se i tempi per la sua

redazione finale sono variabili, in relazione agli approfondimenti necessari al fine di delineare un

quadro sempre più completo dell’alunno e della sua patologia.

Le aree di indagine delle potenzialità sulle quali l’ASL deve redigere la DF sono:

cognitiva;

affettiva – relazionale;

linguistica;

sensoriale;

motorio – prassica;

neuropsicologica;

autonomia

che rappresentano la storia clinica del soggetto e cioè gli eventi vissuti dall’alunno da un punto di

vista organico.

All’interno di questa area, che rappresenta il fulcro fondamentale sul quale lavorare per creare il

PEI, l’ASL deve evidenziare soprattutto le limitazioni del soggetto, le precauzioni che l’insegnante

deve prendere, la necessità di assumere farmaci, di interventi riabilitativi e di protesi, la

programmazione di visite e controlli e le persone specifiche di riferimento tecnico dei vari ambiti;

verranno inoltre inseriti i dati del bambino e della sua famiglia (anamnesi familiare).

La DF prevede inoltre la descrizione dettagliata delle seguenti aree:

livelli di competenza raggiunti rispetto agli obiettivi della classe;

aspetti psicologici e comportamentali.

Completato questo iter la DF perviene alle istituzioni scolastiche.

1 Vianello R., *Difficoltà di apprendimento, situazioni di handicap*, *integrazione*, Bologna, Edizione Junior, 2001,

pag. 85

Il D.P.R. 24 febbraio 1994, avente per oggetto “Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai

compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni in situazione di handicap”, ripercorre un po’

l’iter di tutta la documentazione da produrre e degli attori implicati nella realizzazione di tali

documenti, di cui la DF non è altro che un primo tassello.

**IL PROFILO DINAMICO FUNZIONALE**

Il Profilo dinamico funzionale (PDF) viene descritto nella **legge 104/92** e segna il secondo

momento dell’iter della documentazione necessaria per le attività di sostegno. Il PDF obbliga tutti

gli operatori sanitari ad avere dei contatti con la famiglia e la scuola del soggetto in esame, al fine

di redigere un documento unico e comune a questi tre sistemi, partendo dalla DF

precedentemente redatta. Questo documento unico è proprio il PDF che sarà redatto dopo una

prima fase di inserimento scolastico e dopo una prima programmazione in relazione alle sfere

descritte nella DF.

Il Profilo dinamico funzionale è un processo a quattro fasi che trasforma i dati della diagnosi

funzionale in obiettivi a breve termine rispetto a precise priorità.

Le fasi sono le seguenti:

Sintetizzare in modo significativo i risultati della diagnosi funzionale;

Definire gli obiettivi a lungo termine;

Scegliere gli obiettivi a medio termine;

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

Nella fase 1 vengono analizzati i dati della diagnosi funzionale e sintetizzati in modo significativo

secondo tre poli principali:

punti di forza;

deficit;

relazioni di influenza tra una caratteristica e l’altra dell’allievo.

La seconda fase permette di ricavare gli obiettivi a lungo termine analizzando quanto prodotto

nella fase 1. Questi obiettivi a lungo termine vengono stesi in maniera teorica, resi operativi

soltanto nella fase 3, prendendo il nome di obiettivi a medio termine. Attraverso questi si comincia

a lavorare e a pensare ai materiali, alle tecniche e agli interventi più efficaci per l’allievo.

La fase 4 serve per semplificare gli obiettivi a medio termine, riducendone la complessità e

componendoli in sotto-obiettivi.

Nel PDF gli obiettivi a breve e a medio termine saranno il frutto di un dialogo e un confronto

diretto tra i docenti del bambino, i genitori e gli specialisti. E’ proprio con questo dialogo che

emergono i dubbi, le speranze, i timori innanzitutto della famiglia e in seguito quelle didattiche e

metodologiche degli insegnanti. La capacità di poter sfruttare al meglio questo colloquio è quella

di porsi in un clima di fiducia e umiltà reciproca tra questi tre sistemi che interagiscono con il

bambino, ciascuno con le proprie competenze specifiche.

La costruzione comune del PDF favorisce ulteriormente lo spostamento dell’attenzione dalle

carenze del soggetto alle sue competenze possedute e da sviluppare, permette una sinergia di

intenti e di interventi mirati e sicuramente più proficui.

**IL P.E.I.**

Il P.E.I., il Piano Educativo Individualizzato, è il documento che sintetizza tutti i passaggi intermedi

finora analizzati.

L’idea molto diffusa è che il P.E.I. sia soltanto redatto dalla scuola, confondendolo spesso con la

programmazione didattica e la progettazione personalizzata del bambino diversamente abile; tale

convinzione è talmente radicata che sia il P.E.I. che la programmazione vengono intesi come lo

stesso documento. In realtà non è così: il primo viene a costituire l’insieme di tutti gli interventi

che ciascun sistema sta conducendo con il soggetto; il secondo viene ad essere l’insieme degli

obiettivi che il team dei docenti stabilisce per il bambino.

Il P.E.I. viene ad essere quindi l’insieme delle programmazioni di:

ASL:

Scuola;

Enti locali, quali trasporti, assistenti scolastici, mensa;

Famiglia,

che potremmo definire come un progetto operativo interistituzionale, nonché un progetto

educativo – didattico personalizzato riguardante la dimensione dell’apprendimento correlata agli

aspetti riabilitativi e sociali.

In esso sono contenuti:

finalità e obiettivi didattici

itinerari di lavoro

tecnologia

metodologie, tecniche e verifiche

modalità di coinvolgimento della famiglia

al fine di poter operativizzare un percorso alternativo e parallelo per l’allievo