DOMENICO MILITO
a cura di

I percorsi formativi nella diversità dei luoghi per l'integrazione

Prefazione di
ACHILLE M. NOTTI

Edisud Salerno

Indice

Prefazione ..... Pag. 9
ACHILLE M. NOTTI

CAPITOLO PRIMO
Integrazione, inclusione, educazione fuori e dentro la scuola ..... » 11
DOMENICO MILITO

PARTE I
ASPETTI EDUCATIVO-DIDATTICI

CAPITOLO SECONDO
Bisogni e servizi educativi in ambiente ospedaliero pediatrico ..... » 47
GIOVANNI RICCI

CAPITOLO TERZO
Il collegamento tra scuola e società: lo stato attuale della ricerca nella scuola in ospedale ..... » 61
MILENA PISCOZZO

CAPITOLO QUARTO
La valutazione degli apprendimenti degli allievi, compresi quelli ospedalizzati ..... » 79
ACHILLE MARIA NOTTI

PARTE II
ASPETTI PSICO – RELAZIONALI

CAPITOLO QUINTO
Problematiche pedagogico-didattiche ed elaborazione dei sentimenti connessi con gravi malattie e traumi ..... » 93
MAURIZIO FABBRI

CAPITOLO SESTO
Supporti psicologici necessari agli alunni ospedalizzati, alle loro famiglie e agli insegnanti ..... Pag. 105
GIOVANNI BIONDI

CAPITOLO SETTIMO
L'esperienza della scuola in ospedale in funzione propulsiva della relazione educativa ..... » 111
ANGIOLINA PONZIANO

PARTE III
PROBLEMATICHE POLITICO-ISTITUZIONALI E ORGANIZZATIVE

CAPITOLO OTTAVO
Salute e istruzione: diritti fondamentali della persona ..... » 121
VINCENZO FERRARI

CAPITOLO NONO
La lunga storia dell'handicap nella realtà italiana: analisi e prospettive .... » 127
LUIGI LE ROSE

CAPITOLO DECIMO
L'impegno della scuola secondaria per l'istruzione degli studenti ospedalizzati e impossibilitati alla normale frequenza ..... » 147
GIULIANA ROSETTI CIMATTI

Bibliografia ..... » 153

CAPITOLO PRIMO

Integrazione, inclusione, educazione fuori e dentro la scuola

DOMENICO MILITO*

Ancora oggi potrebbe risultare quantomeno fuorviante parlare congiuntamente, così come faremo in questa sede, delle problematiche riguardanti gli alunni disabili, con difficoltà e disturbi dell'apprendimento, nonché quelli frequentanti le scuole in ospedale o impegnati nelle attività educativo-didattiche connesse con l'istruzione domiciliare.

L'assunto teorico è che tutti insieme costituiscono una macrocategoria formata da soggetti portatori di *bisogni educativi speciali* ai quali bisogna dare risposte appropriate per assicurare loro il processo formativo attraverso la configurazione di strategie e modalità di intervento congrue rispetto alle peculiarità che li contraddistinguono.

Lo scenario risulta più complesso se si valutano le implicazioni dei fattori connotativi della società del terzo millennio, definita fluida, complessa, plurietnica, multiculturale, a cui si è soliti addebitare le diverse forme di disagio e di difficoltà, tra cui quelle di natura emozionale, psichica e psicologica, presupposte come originate da situazioni familiari disgregate, e da altre di matrice socio-economica, quali la povertà, la deprivazione culturale, la precarietà lavorativa ed esistenziale[1].

Nel tentativo di rendere fondato il nostro dire varrà da un lato un rapido e succinto richiamo all'evoluzione della normativa riguardante i disabili e dall'altro il cambiamento di mentalità che, anche sotto la spinta dei risultati della ricerca scientifica, ha permesso nel nostro Paese, e nel panorama internazionale ed europeo, di affrontare il problema dell'integrazione e dell'inclusione, demolendo le tradizionali barriere tra le diverse forme di difficoltà costruite attraverso artificiose etichettature che, a volte, hanno finito col determinare alcuni fenomeni degenerativi, compreso quello della creazione di determinate sacche particolarmente protette e, per certi versi, privilegiate.

---

* Dirigente della Scuola Polo e Direttore dei Seminari di formazione.

[1] IANES D., MACCHIA D., *La didattica per i Bisogni Educativi Speciali*, Erickson, Trento, 2008, pag. 18.

Tanto premesso, accenneremo alla normativa originaria sull'handicap nella nostra realtà nazionale, per poi rivolgere l'attenzione all'importanza dei sistemi di classificazione e, soprattutto, agli aspetti innovativi che taluni di essi hanno registrato, lasciando profilare incisive ripercussioni nel campo della didattica per l'integrazione, grazie al progressivo superamento del criterio della compartimentalizzazione e all'affievolimento degli aspetti eziologici e nosografici nelle procedure di analisi e di diagnosi delle disabilità, delle difficoltà e dei disturbi dell'apprendimento.

Si ritiene utile, altresì, riflettere su come, nell'epoca della globalizzazione e della glocalizzazione, le questioni prese in esame siano state gradualmente affrontate da organismi internazionali per assumere linee di condotta finalizzate a inquadrare le diverse forme di disagio dell'infanzia e dell'adolescenza in una cornice più ampia ed organica al confronto con quella tradizionale, in modo da rendere agìti i diritti enunciati, derivanti da principi e valori universalmente riconosciuti.

Basti pensare alla Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia, ratificata dal nostro Paese con Legge n. 176 del 27 maggio 1981 a cui ha fatto seguito un'apposita normativa regionale che ha prefigurato soggetti istituzionali e organismi (come il Garante) posti a baluardo dei diritti enunciati nella Carta stessa.

Parallelamente all'affermazione progressiva dei diritti dell'infanzia, in correlazione con il riconoscimento delle diverse condizioni di rischio, è venuta ad affermarsi la concezione integrata ed ecologica dello sviluppo della personalità del soggetto e del suo funzionamento, che ha determinato un cambiamento e una svolta nell'impostazione e nella strutturazione dei sistemi di classificazione, riconosciuti dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), utilizzati per la rilevazione delle difficoltà in campo apprenditivo e comportamentale, a cui abbiamo accennato prima.

Il processo educativo-apprenditivo viene interpretato, così, in una dimensione più ampia, che è quella del funzionamento, integrale e unitario, della persona.

Ne scaturisce l'identikit di un soggetto che "funziona bene dal punto di vista evolutivo se riesce a intrecciare positivamente le spinte biologiche alla crescita con le varie forme di apprendimento, date dall'esperienza e dal contatto con le relazioni umane e gli ambienti fisici"[2].

Tale concezione è suffragata dalla teoria bioecologica dello sviluppo umano di Urie Bronfènbrenner (il cui modello chiama in causa i quattro elementi processo-persona-contesto-tempo), secondo cui il risultato finale delle forze che favoriscono

[2] Ianes D., Macchia D., *op. cit.*, pag. 24.

o ostacolano lo sviluppo è comprensibile soltanto attraverso una chiave di natura sistemica e pur sempre collegata ad un preciso contesto storico – culturale[3].

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stessa è pervenuta alla conclusione che la particolare situazione riguardante un soggetto e il suo funzionamento sono da interpretare in modo globale, sistemico e complesso e, certamente, in modo interconnesso e reciprocamente causale.

Tale concezione implica ripercussioni feconde sul versante educativo ed è proprio per questo motivo che vengono presentati alcuni spunti di riflessione sui sistemi di classificazione di ultima generazione, la cui valenza si espande ben oltre il tradizionale ambito di operatività del personale socio-sanitario, investendo il campo della ricerca delle migliori strategie metodologico-didattiche per l'integrazione e l'inclusione.

Del resto le Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità emanate dal Miur il 4 agosto 2009, facendo seguito alla Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità e alla Legge di ratifica n. 18 del 3 marzo 2009, hanno dedicato ampio spazio, come ribadiremo in seguito, al modello sociale della disabilità riflettente la concezione ideale e scientifica del sistema di classificazione ICF.

Anche le questioni connesse con l'espletamento delle attività educativo-didattiche rivolte agli alunni impossibilitati alla normale frequenza per motivi di salute, coinvolti nell'istruzione ospedaliera e domiciliare, sono state esaminate assumendo una visione diacronica e inclusiva, attraverso la disamina di documenti internazionali ed europei con particolare riguardo a quanto realizzato nel nostro Paese, che, nel corso del tempo, ha provveduto a dotarsi di un'apposita cornice normativa, entro cui razionalizzare gli interventi, coniugando linee di indirizzo e finanziamenti nazionali con le opportunità attivate a livello nazionale e locale in un contesto di stampo federalista.

Si sono volute affrontare le questioni dell'istruzione ospedaliera e domiciliare assumendo un'ottica più marcatamente orientata a collocarle nello spettro più complessivo e onnicomprensivo dei bisogni educativi speciali, nella consapevolezza che la scuola, per fronteggiare la complessità e l'eterogeneità in cui si trovano i soggetti in età di frequenza, è chiamata ad assolvere un impegno che ormai travalica abbondantemente il ristretto ambito della classe aggregata per fascia d'età, costipata nell'angustia dei banchi tipicamente collocati in fila nella perseverante aula tradizionale.

[3] BRONFENBRENNER U. (a cura di), *Rendere umani gli esseri umani. Bioecologia dello sviluppo*, Erickson, Trento, 2010, pag. 248.

L'attenzione è stata rivolta, infine, a quanto l'Amministrazione scolastica ha realizzato, in termini progettuali, sul versante della lotta alla dispersione e all'esclusione, a sostegno dell'autonomia funzionale dei diversi istituti, ormai raccordati secondo una concezione reticolare e policentrica, alla vigilia del federalismo scolstico: si tratta di progetti con ampio respiro, che non solo vanno nella direzione di contribuire al raggiungimento degli standard formativi ritenuti imprescindibili in Italia, in Europa e nei paesi dell'OCSE, bensì suffragano lo sviluppo di una cultura, da rafforzare e rendere generalizzata e avvertita in ogni latitudine, che è quella contraddistinta dalla promozione della persona, valorizzando i suoi caratteri peculiari di unicità e irripetibilità per renderla in grado di concorrere allo sviluppo economico, scientifico, tecnologico e civile dell'intera società.

L'evoluzione della normativa riguardante i disabili

Se si analizza l'evoluzione della normativa riguardante i disabili, assumendo oltre che una chiave di lettura cronologica anche (se non soprattutto) quella secondo cui ogni fonte non è neutrale rispetto alle conseguenze derivanti dagli eventi storici e dal confronto fra le diverse posizioni ideali, politiche e culturali, può essere condivisa, in linea di massima, la seguente suddivisione in fasi specifiche.

Dall'Unità d'Italia al 1923 l'aspetto prevalente è stato quello dell'assenza totale dello Stato nel settore dell'educazione speciale, a fronte di alcuni interventi posti in essere dai Comuni e dai privati.

Nella successiva fase, che definiremmo pre-repubblicana, vi è da registrare dopo la riforma Gentile, un susseguirsi di provvedimenti legislativi riguardanti singole e specifiche tipologie di handicap: ciechi, sordi, invalidi di guerra, del lavoro, civili, etc..

Questa tendenza a compartimentalizzare le varie tipologie di disabilità, il cui avvio coincide con l'avvertita esigenza dello Stato di offrire alcune garanzie in termini di assistenza agli invalidi, reduci del primo conflitto mondiale, è proseguita fino a tutti gli anni Sessanta del secolo scorso e, precisamente, fino all'emanazione della Legge n. 482 del 2 aprile 1968 riguardante la "Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le Pubbliche Amministrazioni e le aziende private".

Elemento di rilievo conseguente è quello della "settorializzazione" delle situazioni di "invalidità", calcolate anche in termini percentuali e specificamente certificate per l'accesso a determinate forme di benefici.

Ciò è avvenuto nonostante il fatto che i principi sanciti nella Carta Costituzionale

zionale, entrata in vigore il primo gennaio del 1948 a seguito dell'avvento della Repubblica, avrebbero dovuto favorire da subito il cambiamento dell'ottica con cui, in epoca precedente, era stata affrontata la questione dell'integrazione sociale, lavorativa e scolastica dei disabili.

Certamente, affermare i principi di solidarietà e di uguaglianza, assumendo la diversità come entità di assoluto valore da salvaguardare e difendere, avrebbe dovuto comportare l'eliminazione di steccati delimitativi il più delle volte pretestuosi e strumentali, anche se non sono mancati momenti significativi in cui il legislatore, la Corte Costituzionale, il potere esecutivo e giurisdizionale hanno manifestato la volontà di tratteggiare spazi più ampi entro cui potesse concretizzarsi il pieno soddisfacimento dei diritti inalienabili della persona umana, considerata nei suoi caratteri di integralità e di unicità.

Su tale scia, la fase comprendente gli ultimi tre decenni del secolo scorso è stata contraddistinta dalla ricerca di soluzioni più congeniali da assumere in campo legislativo per garantire i diritti costituzionali di cittadinanza, ivi compresi quello all'istruzione e alla formazione ai soggetti in difficoltà.

È appena il caso di ricordare che la Legge n. 118 del 30 marzo 1971 fu la prima a stabilire che l'istruzione dell'obbligo degli alunni in situazione di handicap doveva avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, mentre le leggi successive si sarebbero occupate del problema dell'integrazione puntando al superamento della limitatezza del campo d'interesse alle singole categorie ed evidenziando la tendenza a ricercare, nell'ambito dei nuovi provvedimenti normativi riguardanti tutti i cittadini, ogni possibile opportunità per favorire l'inclusione sociale e scolastica delle persone disabili.

Vale qui ricordare il D.P.R. n. 616/1977, che, a seguito della nascita delle Regioni, trattò il trasferimento di competenze in materia amministrativa dallo Stato alle Regioni stesse, la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 relativa alla riforma sanitaria, nonché i Programmi didattici per la scuola media del 1979, quelli per la scuola primaria del 1985 e gli Orientamenti per la scuola dell'infanzia del 1991.

Il trentennio preso in esame segna, tra l'altro, l'entrata in vigore della famosa Legge-quadro n. 104 del 5 febbraio 1992, che, ai fini del nostro discorso, orientato a contestualizzare tanto i soggetti disabili quanto quelli con bisogni educativi speciali come gli allievi ospedalizzati, contiene una novità rilevante anche se diffusamente disconosciuta.

Intanto, vi è da ribadire che la Legge n. 104, approvata dopo un travagliato periodo di dodici anni di dibattiti in Parlamento e nel Paese, riflette sostanzialmente una

concezione ideale e culturale che, già presente nella Carta Costituzionale, sottolinea la centralità della persona, portatrice di diversità, intesa come valore e punto di incontro e di mediazione di due pensieri, il cattolico-sociale e il laico-marxista, che tanta parte hanno avuto nella costruzione della nostra weltanschauung nazionale[4].

Aspetto "sui generis", a cui si faceva riferimento prima, è quello di aver preso in considerazione nello stesso testo normativo le problematiche dei soggetti in situazione di handicap e di quelli impossibilitati alla normale frequenza per motivi di salute e ricoverati nelle strutture ospedaliere.

In buona sostanza, nel testo normativo è stata intravista la volontà del legislatore di trattare in maniera aperta questioni prima appartenenti ad un orizzonte chiuso e ristretto, sollevando contestualmente il problema di doversi fare carico, in materia di diritto allo studio, tanto dei soggetti disabili quanto di quelli impossibilitati alla normale frequenza perché ammalati e ospedalizzati.

Il riferimento è al dettato dell'art. 12 con cui si stabiliva che "negli ospedali, nelle cliniche e nelle divisioni pediatriche gli obiettivi [... educativi...] possono essere perseguiti anche mediante l'utilizzazione di personale in possesso della specifica formazione psicopedagogica".

Tra l'altro, a seguito di ciò, risultò chiara la disponibilità dello Stato ad intervenire in un ambito, quello dell'istruzione negli ospedali, fino ad allora appannaggio di Comuni e Regioni.

Tale tendenza veniva a determinarsi certamente in assonanza con quanto via via emergeva in seno ad un'elaborazione culturale, assiologica e normativa di respiro europeo, anche per effetto di iniziative portate avanti da importanti associazioni di volontariato come l'HOPE (Associazione Europea dei Pedagoghi).

Convenzioni internazionali sui diritti dell'infanzia per l'integrazione

Nell'ultimo decennio del secolo scorso, comunque, sono emerse alcune novità, di respiro internazionale ed europeo, che hanno accellerato il processo di ampliamento di ottica nell'affrontare le questioni connesse con l'integrazione familiare, scolastica, sociale e lavorativa di tutte le persone in difficoltà.

Basti pensare all'incidenza avuta in tale settore dalla Convenzione dell'ONU sui diritti del fanciullo, resa esecutiva in Italia con la Legge n. 176 del 27 maggio 1991.

L'approvazione della Convenzione certamente non rappresentava un evento

[4] Milito D. (a cura di), *L'inserimento e l'integrazione degli handicappati nella famiglia, nella scuola, nel mondo del lavoro, nella società*, Jonia Editrice, Cosenza, 1997, pag. 6.

di poco conto, giacchè segnava il punto di arrivo di un lungo processo storico attraverso cui è avvenuta la presa di coscienza che il minore è soggetto di diritti.

In effetti, dopo le grandi Dichiarazioni del Settecento che prendevano in considerazione il cittadino adulto, si era dovuto aspettare la Dichiarazione di Ginevra (1924), che rappresenta il primo documento internazionale dedicato ai diritti del fanciullo, il cui taglio è scaturito da uno stato d'animo volto a prendere in considerazione le sofferenze dell'infanzia scaturite dal primo conflitto mondiale.

Dopo il secondo conflitto, nel 1959, fu approvata la Dichiarazione dei diritti del fanciullo dell'ONU che, recependo quanto era emerso nella prima Carta dell'Infanzia (Londra 1942: la personalità del bambino è sacra) e sviluppando le indicazioni implicite nella Dichiarazione universale del 1948, ha fatto registrare il definitivo passaggio dalla mera assistenza fisica del minore alla sua tutela giuridica e patrimoniale, fino a sancire i diritti educativi, psicologici e affettivi che trovano spazio soprattutto nella famiglia.

Qui preme ricordare che a Beirut nel 1963 era stata approvata dall'Ufficio Internazionale Cattolico per l'Infanzia la "Carta dei diritti dell'infanzia" con la partecipazione di diverse comunità etniche e religiose.

La caratteristica del documento consiste nella presenza di temi quali il diritto alla vita, l'importanza dell'adozione e dell'educazione indiretta, intesa come necessità di predisporre l'ambiente sociale in modo da agevolare l'affermazione della personalità del bambino.

La Carta, inoltre, contiene alcuni riferimenti alle problematiche relative all'alunno disadattato, che necessita di educazione e di insegnamenti specializzati, e all'opera di prevenzione nei confronti del bambino contro ogni influenza negativa che possa invalidare la sua salute mentale e il suo sviluppo psico-fisico.

Tutte le positività presenti nelle precedenti Dichiarazioni e Convenzioni hanno successivamente trovato il punto di convergenza nella Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia del 1989, che ha assunto una particolare rilevanza statutaria e ordinamentale, giacchè i termini Dichiarazioni e Convenzioni stanno ad indicare, dal punto di vista sovranazionale, due diversi livelli di consapevolezza; infatti, mentre una Dichiarazione si limita ad una mera (se pur importante) affermazione di principio, la Convenzione implica l'adesione degli Stati a ciò che afferma, con conseguenze vincolanti sulle leggi nazionali[5].

[5] DANUVOLA P., *Il bambino e l'educazione, fra protezione e marginalità*, Federazione Italiana Medici Pediatri (a cura di), *I diritti del bambino oggi – Il Pediatra per un'assistenza globale all'infanzia*, Anicia, Roma, 1994, pag. 52.

Nella sua formulazione giuridica, vincolante per i sottoscrittori, il testo prende in considerazione anche le condizioni sociali, politiche, ambientali in cui esplicare e supportare i diritti enunciati.

Nella Convenzione sono posti in risalto il gioco e lo svago, la libertà di espressione, le voci relative ai bisogni culturali, linguistici e informativi dei minori, la protezione contro l'uso di stupefacenti, contro lo sfruttamento dei minori per scopi bellici e a sfondo sessuale.

Al fanciullo, la cui età cronologica è stabilita dalla Convenzione fino al diciottesimo anno di età, è riconosciuto lo status di "soggetto più debole della società" e, in quanto tale, gli viene riservata una "protezione speciale"; nel preambolo del documento, pertanto, viene affermato che al bambino non bisogna offrire solo protezione per la sua condizione di debolezza, specialmente se vive in condizioni difficili, ma "deve essere aiutato e preparato" a vivere una vita individuale nella società ed essere allevato nello spirito degli ideali proclamati nella Carta delle Nazioni Unite e, in particolare, nello spirito di pace, dignità, tolleranza, libertà, eguaglianza e solidarietà.

Grazie alla Convenzione del 1989 "molti temi relativi al bambino sono oggi temi giuridici: come quelli riguardanti l'adozione, l'uguaglianza, la difesa dall'abuso, dalla violenza e dallo sfruttamento, alla tutela dei minori in tempo di guerra"[6].

L'Italia ha fatto propria la Convenzione con la Legge esecutiva n. 176 del 27 maggio 1991, aderendo al famoso Piano d'azione globale per l'infanzia, in quel tempo considerato un valido strumento-guida.

Idea centrale del Piano era quella che il mondo della politica deve promuovere tutti i diritti dei fanciulli, puntando al traguardo di garantire a ciascun bambino lo sviluppo armonico della propria identità personale e sociale e superando il criterio in base al quale l'intervento va assicurato solo in presenza di situazioni di disagio o di devianza.

Le misure ipotizzate nel Piano riguardavano la lotta alla povertà dei bambini, il miglioramento dei nuovi servizi per il tempo libero e il potenziamento degli asili nido.

In primo piano venivano poste, altresì, le tematiche ambientali e quelle educative, dando rilievo alla qualità delle proposte didattiche e alla messa in opera di concrete misure per combattere l'abbandono scolastico, ritenuto terreno fertile per lo sfruttamento minorile.

Nel periodo successivo ogni regione ha provveduto ad emanare un proprio testo

[6] LAENG M., *Introduzione*, in Lodi D., Baratelli Micali C. (a cura di), *I diritti del bambino – riflessioni educative e proposte didattiche*, Anicia, Roma, 1990, pag. 10.

legislativo, in un clima caratterizzato dalla riorganizzazione federalista della Repubblica (riforma del Titolo V della Costituzione, ex L. n. 3 del 18 ottobre 2001).

Analizzando comparativamente le diverse leggi regionali istitutive del **Garante per l'infanzia e l'adolescenza** (L. R. del Lazio n. 38 del 28 ottobre 2000, L.R. della Calabria n. 28 del 12 novembre 2004, L.R. della Toscana n. 148 del 17 novembre 2006, L.R. dell'Emilia Romagna n. 9 del 2005) emergono elementi connotativi omogenei, sia per quanto riguarda le funzioni da svolgere che le risorse da mobilitare.

È così che il Garante è chiamato a diffondere e a promuovere l'affermazione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, anche in collaborazione con gli Enti Locali, le scuole, le Associazioni di volontariato, gli Ordini professionali e gli stessi cittadini di minore età.

I suoi interventi sono previsti in direzione della tutela degli interessi e dei diritti individuali.

Per la prima sfera di intervento il Garante si rivolge all'Autorità giudiziaria, tendendo alla risoluzione delle vertenze che riguardano i minori; segnala alle competenti Amministrazioni Pubbliche e agli enti territoriali le situazioni di rischio e di pregiudizio e sollecita i soggetti competenti ad effettuare gli interventi di aiuto e di sostegno, opera in modo tale che l'interesse dei minori venga a configurarsi come prioritario rispetto ad ogni altra cosa.

Per quanto concerne la tutela degli interessi diffusi, segnala i fattori di rischio o di danno derivanti da provvedimenti o da condotte omissive da parte delle amministrazioni e dei privati.

In alcuni testi, fra quelli richiamati, è previsto che vengano posti in evidenza anche quei fattori di rischio o di danno derivanti ai minori a causa di situazioni ambientali carenti o inadeguate dal punto di vista igienico-sanitario, abitativo e urbanistico.

Il Garante è chiamato a vigilare sull'assistenza prestata ai minori ricoverati in istituti educativo-assistenziali e in ambienti esterni alla propria famiglia, al fine di segnalare ai servizi sociali e alle autorità competenti situazioni che richiedano interventi immediati di ordine assistenziale o giudiziario.

Per le regioni meridionali, dove sono diffuse particolari patologie, è contemplata la promozione di iniziative a favore dei minori affetti da talassemia e da altre malattie di rilevante impatto sociale, sotto il profilo della prevenzione, della diagnosi precoce, della riabilitazione e del trattamento ottimale a favore dei minori che ne sono affetti[7].

[7] MILITO D., *Scuola e Garante per l'infanzia e l'adolescenza nelle aree a rischio*, in Apprendere Con..., Rivista bimestrale, Anicia, Roma, Anno III, n. 3, febbraio/marzo 2007, pagg. 2-3.

L'Italia ha continuato a manifestare interesse verso le problematiche connesse con il soddisfacimento dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, emanando la Legge n. 285 del 28 agosto 1997 concernente le "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"; attraverso il testo normativo venivano promossi interventi ritenuti funzionali allo scopo, a livello nazionale e regionale.

In buona sostanza, la Legge n. 285 non implicava nuove modalità a carattere assistenziale, bensì si configurava come atto legislativo diretto a diffondere la sensibilità e la cultura dei diritti dei bambini e degli adolescenti, considerati, a pieno titolo, membri della comunità sociale.

Sempre sulla scia della Legge n. 176 del 27 maggio 1991, in adesione ai principi della Convenzione sui diritti del fanciullo e a seguito di quanto sancito dalla Dichiarazione finale della Conferenza mondiale di Stoccolma, adottata il 31 agosto 1976, in Italia veniva sancita la Legge n. 269 del 3 agosto del 1998 "contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù".

Ritornando ai primi anni Novanta, altro documento da ricordare è quello approvato dall'ONU il 20 dicembre 1993 contenente le "Regole standard per l'uguaglianza delle pari opportunità delle persone handicappate".

Tale documento è stato recepito il 20 dicembre 1996 dall'Unione Europea con la "Risoluzione del Consiglio dei ministri degli Stati membri".

È bene ricordare che la Regola n. 6, alla cui stesura ha dato un notevole contributo il nostro Paese, riguardava espressamente l'educazione, interpretata come opportunità della quale nessun essere umano può essere deprivato, anche se in condizione di disabilità.

A seguire, dal 7 al 9 dicembre 1996, gli esponenti degli Stati hanno partecipato al Programma di azione comunitaria Helios, riuniti a Lussemburgo, approvando la rinomata "Carta di Lussemburgo".

Vi è da rilevare che le regole standard, pur contenendo un messaggio rivolto al superamento della concezione tradizionale dell'integrazione si mantenevano ancorate alla logica e alla cultura delle scuole speciali; invece, la Carta di Lussemburgo appariva più coraggiosa, auspicando una scuola per tutti, basata sul principio dell'individualizzazione e della flessibilità dei programmi.

Il documento è suddiviso in tre parti: i principi, le strategie, le proposte.

Nella prima parte, dedicata ai principi, risultano affermati i valori delle pari opportunità dei disabili, del diritto all'educazione per tutti e per ciascuno, degli

interventi precoci, del diritto di scelta dei genitori, delle opportunità offerte dalle nuove tecnologie, della valutazione permanente sui processi formativi degli alunni disabili, della collaborazione coordinata di tutti gli operatori del processo di "integrazione", dell'opportunità della loro formazione permanente.

Segue l'enunciazione di tre principi ritenuti imprescindibili: l'integrazione scolastica deve avvenire nelle normali strutture scolastiche, gli Stati devono favorire l'integrazione, le leggi degli Stati devono prevedere i mezzi finanziari per attivare l'integrazione.

Nella parte dedicata alle strategie, viene ribadita l'importanza del metodo dell'individualizzazione e della flessibilità dei progetti, ispirati più a criteri pedagogici che medici.

Proprio questa avvertenza appariva, già allora, fortemente in linea con quanto andava determinandosi nel settore dei sistemi e dei metodi di classificazione delle disabilità riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, orientata a sostenere concezioni tendenti a non enfatizzare gli aspetti eziologici e nosografici per dare maggiore spazio a quei sistemi più attenti ai processi attivi e di partecipazione del soggetto visto agire nel suo contesto di vita. Ma su questo avremo modo di soffermarci a breve. Per ora basta considerare che nella seconda parte della Carta di Lussemburgo sono richiamati esplicitamente i bisogni specifici di ciascun alunno da rispettare e si dà particolare valore alla partecipazione dei genitori al processo educativo-didattico, basandola sul loro diritto all'informazione circa le scelte e i metodi assunti per l'insegnamento.

Tra le proposte la Carta segnalava la necessità di puntare sui cambiamenti di mentalità dell'opinione pubblica e sulla partecipazione di alunni con bisogni particolari a progetti nazionali ed europei.

Si tratta di posizioni e motivi successivamente richiamati nella Carta Europea dei diritti approvata a Nizza il 7 dicembre 2000.

Nel nostro Paese, a seguito della Carta di Lussemburgo del 7-9 novembre 1996, sono stati emanati alcuni provvedimenti legislativi di particolare rilevanza.

Ci si riferisce, in particolare, alla Legge n. 162 del 21 maggio 1998 (che ha modificato la Legge-quadro n. 104/1992), alla citata Legge n. 285 del 28 agosto 1997, che rappresenta la prima vera legge organica sull'infanzia e sull'adolescenza in difficoltà, alla Legge n. 53 del 13 marzo 2000 sui diritti parentali e alla Legge-quadro n. 328 dell'8 novembre 2000, istitutiva del sistema nazionale dei servizi sociali.

Il primo testo legislativo richiamato (Legge n. 162 del 21 maggio 1998) contenente, come già puntualizzato, "modifiche alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 contenente misure di sostegno in favore di persone con handicap grave", devolvendo a favore

dell'integrazione un consistente finanziamento (pari a 37 miliardi di vecchie lire) distribuiti negli anni fra il 1998 e il 2000, fissava le coordinate per interventi raccordati fra diversi Enti e istituzioni (Comuni, anche consorziati tra loro o con le Province, le loro Unioni, le Comunità montane e le Unità sanitarie locali), a cui veniva affidata "la possibilità di organizzare servizi e prestazioni per la tutela e l'integrazione sociale dei soggetti (...) per i quali venga meno il sostegno del nucleo familiare".

Le Regioni, sicuramente sulla base del principio del decentramento amministrativo sancito con la Legge delega n. 59 del 15 marzo 1997 (detta Bassanini uno), diventavano protagoniste nella programmazione degli interventi di sostegno alla persona e familiare, nonché nel disciplinare gli interventi programmatici di aiuto alla persona, gestiti in forma diretta, anche mediante piani personalizzati.

È facile denotare che il complesso normativo di cui stiamo discorrendo costituiva il presupposto della successiva Legge-quadro n. 328 dell'8 novembre 2000, anche se esso, come nella tradizione, si limitava a prevedere "possibilità" di interventi da parte delle Regioni e degli Enti Locali, anziché sancire diritti esigibili da parte dei cittadini[8].

La successiva Legge n. 285 del 28 agosto 1997, contenente "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", assume una particolare rilevanza ai fini dell'inquadramento delle problematiche dell'integrazione in uno sfondo di ampio respiro, in quanto sembra che il legislatore con tale provvedimento abbia manifestato una vera e propria inversione di tendenza rispetto agli obiettivi e ai contenuti della precedente normativa riguardante i minori a rischio di devianza, la cui impostazione tradizionale, di fronte all'emergere e al diffondersi di alcuni fenomeni, si attardava a privilegiare interventi emarginanti e istituzionalizzanti, così come era accaduto con la Legge n. 216 del 19 luglio dello stesso anno, relativa ai "Primi interventi in favore dei minori a rischio di coinvolgimento in attività criminose".

La Legge n. 285 del 28 agosto 1997, invece, è da inquadrare nel contesto di una serie di iniziative e provvedimenti governativi e parlamentari che perseguivano la realizzazione di una politica dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

La nota di merito, in ogni caso, riguarda lo spazio che il testo normativo ha dedicato alle questioni connesse con l'integrazione scolastica, individuando il sistema formativo nazionale come entità direttamente interessata alla piena attuazione della legge sulla promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.

[8] Pavone M., Tortello M., *Le leggi dell'integrazione scolastica*, Erickson, Trento, 1998, pag. 103.

Incomincia, così, ad affermarsi una concezione da cui emerge una categoria di soggetti a rischio, portatori di bisogni specifici, ben più ampia rispetto a quelle settorializzanti del precedente periodo: ormai le situazioni di marginalità, a cui è interessato un sempre maggior numero di minori, investono fenomeni connessi con il disagio socio-familiare, la devianza, lo sfruttamento del lavoro minorile, la prostituzione minorile e l'insuccesso scolastico determinato dalle cause più disparate, mentre in riferimento allo specifico dei diritti dei minori in situazione di handicap, la Legge n. 285 finiva col richiamare, insistentemente, la loro promozione e tutela in relazione in principi sanciti dalla precedente Legge-quadro n. 104/1992.

È opportuno menzionare, ai fini del nostro ragionamento, anche la Legge n. 53 dell'8 marzo 2000, contenente disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi e delle città, perché, oltre a interessarsi delle persone disabili e dei loro familiari, ha cercato di rispondere alle istanze di maggiore flessibilità dell'organizzazione sociale, promuovendo "un equilibrio tra tempi di lavoro, di cura, di formazione e di relazione".

Con questo taglio vengono inglobate nello stesso testo misure e forme di intervento finalizzate a favorire una vasta gamma di minori: quelli coinvolti nell'assistenza parentale e quelli in situazione di handicap in un ampio contesto caratterizzato dalla promozione dell'uso del tempo per fini di solidarietà sociale e dall'assunzione di misure per il miglioramento della qualità della vita di tante categorie esposte al disagio.

Il culmine di questa *escalation* è rappresentato dalla Legge n. 328 dell'8 novembre 2000, prima citata.

Con questa legge, tra l'altro, veniva a chiudersi un capitolo della storia dell'assistenza in Italia e se ne apriva un altro, in un momento in cui si registravano segnali di opposta tendenza: l'avanzare dei processi di integrazione europea e le possibili disarticolazioni in chiave federalista, l'internalizzazione dei mercati (finanze, produzione, distribuzione, lavoro, etc.) e la tentazione di erigere barriere localistiche; la garanzia dei diritti sociali su base universalistica e il ritorno dello Stato rispetto al mercato[9].

La Legge di cui stiamo parlando, sin da subito, ha assunto un grande significato: essa, comunemente indicata come legge di riforma dell'assistenza, ha una valenza maggiore, in quanto non si è limitata a trattare l'assistenza sociale e socio-assistenziale, bensì ha dettato i principi "per la realizzazione del sistema integrato

[9] NOCERA S., *La legge di riforma dei sevizi sociali*, I Quaderni de "Il Melograno", n. 3.

di interventi e servizi sociali" rivolti a soddisfare esigenze plurime in una realtà caratterizzata sempre più dalla complessità.

Già l'esplicitazione normativa del significato dell'accezione "servizi sociali" dà l'idea dell'ampiezza del target di riferimento: in effetti, il testo normativo chiarisce che per essi si intendono tutte le attività relative alla predisposizione e all'erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita.

Tra le altre consistenti realtà che hanno inciso nel settore formativo è da annoverare il Sistema integrato, attivato dalla legge, per la costruzione di un progetto globale di vita a favore di ogni soggetto disabile, che, soprattutto dopo l'età della scolarizzazione, non può gravare sulla famiglia o, peggio, su se stesso.

Per il funzionamento del Sistema integrato delle prestazioni e dei servizi la legge ha prefigurato specifici strumenti, tra cui il "Piano nazionale", il "Piano sociale regionale" e il "Piano di zona" con riferimento ad un assetto della Repubblica che andava sempre più segnatamente nella direzione del decentramento amministrativo, sulla base di una tendenza che, seguendo la scia della Legge delega n. 59 del 15 marzo 1997, sarebbe sfociata nella riforma del Titolo V della Costituzione (Legge n. 3 del 18 ottobre 2001).

Il quadro prospettico tracciato dalla normativa veniva letto anche tenendo in buon conto ciò che era emerso sul versante del privato-sociale e su quello del volontariato, specialmente dopo l'approvazione della Legge-quadro n. 266 dell'11 agosto 1991 riguardante quest'ultimo settore, inteso come un punto di forza per l'erogazione dei servizi alla persona.

Anche il Progetto globale di integrazione e di vita, di cui all'art. 14, è stato considerato strumento di coagulo di tutte le opportunità a favore dell'integrazione programmata.

La ricaduta in campo formativo riguardava il superamento del ristretto ambito scolastico e del segmento specifico dell'età della scolarizzazione del soggetto disabile; ancora oggi a tale progetto viene attribuito il merito di aver fatto spazio ad una concezione di progettazione integrata superiore rispetto a quella meramente "tripartita" (magari frutto di una distorta interpretazione) del Progetto educativo, riabilitativo e sociale per gli alunni disabili di cui parlava l'art. 3 della Legge n. 104/1992[10].

È stato già rilevato che al testo normativo in questione bisogna riconoscere

[10] Milito D., *Il progetto globale di integrazione quale sintesi dei progetti educativo- didattico, riabilitativo e di socializzazione*, in Esposito A. (a cura di), *Il lungo cammino dell'integrazione*, Anicia, Roma, 2002, pag. 66.

tra i tanti meriti pure quello di avere ampliato il raggio di azione nel considerare gli allievi con bisogni educativi speciali, prendendo in considerazione oltre che i disabili anche quelli ospedalizzati.

Lo sviluppo delle scuole in ospedale e dell'istruzione domiciliare

Il taglio espositivo adottato, per ritornare a disquisire di quest'ultima tipologia di utenza, da inglobare nella macrocategoria con BES, ci induce a fare una succinta e veloce disamina della scuola in Ospedale (a cui si è aggiunta poi l'istruzione domiciliare).

I primi interventi educativi negli ospedali risalgono agli anni Sessanta del secolo scorso, allorquando in alcune città dotate di grandi nosocomi (come Genova con il Gaslini), le amministrazioni comunali se ne sono fatte promotrici, accollandosi gli oneri connessi con le prestazioni del personale educativo, i servizi strumentali e i materiali didattici occorrenti.

Bisogna premettere, comunque, che l'istituzionalizzazione del servizio scolastico in ospedale si inserisce nel quadro dell'evoluzione psicopedagogica sottesa alle trasformazioni culturali e politico-istituzionali della società.

Basti pensare che l'idea di affiancare figure educative volontarie (in possesso di un corso biennale di soccorso medico-sociale) a quelle sanitarie è stata espressa sin dal 1936 nell'ambito del primo convegno nazionale sulla scuola in ospedale dove alcuni pediatri proposero tale soluzione allarmati dallo stato di abbandono psichico e di trascuratezza emotiva ed intellettuale dei bambini ricoverati, considerati solo come "oggetto di cure fisiche".

Il 1939, poi, segna la data in cui attraverso un'apposita proposta di legge, rimasta disattesa a causa dello scoppio della prima guerra mondiale, si prevedeva di estendere la scuola pubblica anche all'interno degli ospedali.

Ci sono voluti gli anni Cinquanta per vedere nascere alcune iniziative specifiche come "il corso di differenziazione didattica per insegnanti di scuole all'aperto e annesse all'ambito ospedaliero".

Fu anche quello l'anno in cui sorsero "scuole speciali e scuole annesse agli istituti ospedalieri".

A seguire, permarrà la difficoltà di attribuire alle esperienze educativo-didattiche in ospedale una specifica identità (magari suffragata normativamente); in effetti tale carenza assumeva un risvolto negativo anche sul versante dell'identità giuridica e operativa di quanti intervenivano per garantire il servizio formativo ai piccoli degenti.

Verso la fine degli anni Settanta il processo di democratizzazione e una più diffusa volontà di partecipazione hanno fatto registrare una maggiore consapevolezza da parte dell'opinione pubblica, che, sensibilizzata al problema della tutela dei minori, ha cominciato a chiedere più incisive forme di tutela a livello legislativo dei diritti violati.

La diffusione delle scuole in ospedale, nel prosieguo, è stata favorita dal sorgere delle Regioni e dal graduale processo di decentramento amministrativo dello Stato: la prima legge regionale a tutela del bambino ricoverato è stata quella della Campania, datata 1978, seguita nell'arco di quindici anni da tutte le altre regioni italiane.

Come si è già avuto modo di accennare, i risultati nel campo della ricerca scientifica (anche quelli sulla correlazione fra sistema nervoso, endocrino e immunitario), nonché l'affermarsi di una visione olistica dell'esistenza, proiettata alla voglia di vivere, al miglioramento della qualità della vita, alla valorizzazione delle energie psichiche, hanno determinato la riorganizzazione dei reparti ospedalieri di Pediatria, aperti all'esterno per favorire i contatti del bambino malato con i familiari, il personale educativo e i volontari.

Tra l'altro, in Europa la concezione secondo cui la guarigione potesse essere determinata dalla sola somministrazione di farmaci o dalle sole cure mediche veniva gradualmente superata dall'idea che l'accettazione del ricovero e della stessa malattia, nonché i tempi della guarigione risultano prevalentemente influenzati da fattori di natura psicologica.

La nuova strategia, quindi, induceva a trasformare i reparti di Pediatria rendendoli attraenti mediante colori vivaci, disegni fantastici e oggetti creati da bambini.

Le attività praticate nella quotidianità diventavano la musica, il canto, i giochi, lo studio, l'uso dei sussidi e delle tecnologie.

In tale contesto, le iniziative poste in essere dallo Stato sono decollate soprattutto a far seguito dalla citata Legge-quadro n. 104 del 1992, anche se, qualche anno prima, la Circolare Ministeriale n. 345 del 1986 era intervenuta per cercare di superare gli aspetti di isolamento e di episodicità che fino a quel momento avevano caratterizzato l'istruzione ospedaliera, tendendo alla trasformazione dell'esistente in servizio permanente rivolto agli alunni ammalati attraverso una didattica specifica in sostituzione di quella ordinaria[11].

È appena il caso di ricordare che la C.M. n. 345 del 2 dicembre 1986 fu emanata

[11] MILITO D. (a cura di), *Scuola in ospedale e istruzione domiciliare*, Anicia, Roma, 2007, pag. 90.

con la volontà di rendere più funzionale e incisivo il servizio scolastico in settori specifici dell'istruzione: in particolare, con l'intento di verificare l'applicazione dei programmi didattici appena entrati in vigore (D.P.R. n. 104 del 12 febbraio 1984) l'Amministrazione decise di prendere in esame la situazione delle scuole elementari statali funzionanti presso i presidi sanitari e di verificarne l'organizzazione e migliorarne il funzionamento.

Agli ispettori tecnici era assegnato incarico di effettuare la ricognizione dei posti funzionanti e di accertare, previe opportune intese con i responsabili dei presìdi sanitari, l'eventualità di nuove istituzioni.

Per la prima volta veniva sottolineata l'importanza dell'azione educativa rivolta ai bambini ospedalizzati, soprattutto se affidata a docenti dotati di una qualificazione professionale adeguata, caratterizzata da una preparazione psicopedagogica contraddistinta dalla padronanza di metodologie diversificate da utilizzare nella prassi didattica, da un consapevole uso delle nuove tecnologie dell'informazione e dei sussidi didattici, da una specifica conoscenza dell'organizzazione ospedaliera, della vita di reparto e degli effetti, temporanei o definitivi, che alcune particolari patologie o terapie possono provocare sul processo di apprendimento.

Si sarebbe dovuto aspettare altri dodici anni per l'emanazione di un ulteriore testo normativo dedicato al servizio scolastico nelle strutture ospedaliere. Il riferimento è alla C.M. n. 353 del 7 agosto 1998. Essa ha il merito di avere inquadrato il servizio scolastico presso le strutture ospedaliere alla luce della normativa internazionale riguardante i diritti del bambino malato (Risoluzione del Parlamento Europeo: Carta europea dei bambini degenti in ospedale, maggio 1986; Convenzione sui diritti del fanciullo, ONU, New York, novembre 1989; Documento europeo conclusivo del seminario dell'OCSE, Stoccarda 1991).

L'ottica seguita è stata quella di assicurare, nella misura massima possibile, l'esercizio dei diritti all'istruzione e alla salute, attraverso l'affermazione della cultura e della solidarietà a favore dei più deboli.

La fase storica di riferimento è quella che ha visto attribuire l'autonomia funzionale alle istituzioni scolastiche nell'ambito di un più complesso processo di decentramento amministrativo con il passaggio, come si diceva prima, di particolari poteri dallo Stato alle Regioni e alle realtà locali.

Pertanto, la Circolare n. 353 del 7 agosto 1998, interveniva sollecitando il superamento dell'assetto legato, soprattutto per la scuola media, a interventi di tipo sperimentale, con l'organizzazione di nuove strutture scolastiche di scuola di base nei presìdi ospedalieri da progettare e realizzare nell'ambito dell'ampliamento dell'offerta formativa.

L'ipotesi organizzativa, nel quadro di una logica interistituzionale, espressa formalmente attraverso specifici protocolli d'intesa stipulati tra Ministero della Pubblica Istruzione, Ministero della Sanità e Ministero degli Affari sociali, tendeva a orientare l'attività didattica svolta nei nosocomi verso il potenziamento e la qualificazione dell'offerta di integrazione scolastica.

Il diritto alla salute e all'istruzione del bambino malato cominciavano ad essere sostenuto, a livello normativo, nella sua globalità, configurando due elementi cardine quali la progettazione integrata e la collaborazione fra tutti i soggetti, istituzionali e non, interessati alla promozione dei diritti e delle opportunità dell'infanzia e dell'adolescenza malata.

Particolarmente significativo appare, ancora oggi, un progetto ministeriale culminato in un convegno intitolato "Scuola fuori dalla scuola", svolto a Castel San Pietro Terme (BO) nei giorni 1, 2 e 3 marzo 2001.

Lo scopo era quello di monitorare le diverse scuole attive nelle strutture ospedaliere e portare alla luce le esperienze effettuate in tutto il territorio nazionale ed europeo, dando vita ad una prima forma attendibile di censimento delle risorse impiegate, delle attività espletate, dei rapporti esistenti con le altre istituzioni territoriali.

In quello stesso anno attraverso i resoconti di esperienze particolari, quali quelle dei "maestri di strada", della "scuola nelle comunità terapeutiche", del Centro Italiano della Solidarietà (CeIS) di Roma e della "scuola in carcere" venivano evidenziati gli aspetti innovativi di flessibilità organizzativa e didattica emergenti da queste nuove realtà indicate, nel loro insieme, con la definizione di "scuola altrove".

A Castel San Pietro Terme si affermò l'idea delle scuole ospedaliere in rete, da cui è derivata la formalizzazione del progetto intitolato "La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione"; veniva attivato, così, il coordinamento permanente del Miur con le scuole ospedaliere al fine di fornire i feed-back necessari al sostegno dei soggetti impegnati in una realtà ritenuta di confine.

Era quella l'epoca in cui il Dipartimento di Tecnologie della Informazione del Polo di Crema provvedeva alla realizzazione di uno specifico portale web telematico (www.scuolainospedale.indire.it).

La rete si arricchiva, subito dopo, dell'istituzione delle scuole polo: infatti, nel 2001, il Miur, con nota n. 23 del 27 giugno, ha invitato gli Uffici Scolastici Regionali a individuare una scuola polo per ogni regione, con l'incarico di coordinare le attività e di raccogliere le esperienze didattiche di tutte le scuole ospedaliere

presenti nel territorio di pertinenza; più specificamente i compiti assegnati alle scuole polo, nel primo anno di attività, risultavano quelli elencati nella successiva nota ministeriale prot. n. 868 del 13 dicembre 2001.

Il tutto è riconducibile al Progetto Pilota di sperimentazione su "La scuola in ospedale come laboratorio per le innovazioni nella didattica e nell'organizzazione".

Fin dal primo anno della sperimentazione, i compiti assegnati alle scuole polo sono stati ulteriormente specificati e ampliati in riferimento ad ambiti estesi al di là delle azioni connesse con il progetto di ricerca.

Soprattutto veniva affrontata l'annosa questione del reperimento delle risorse finanziarie e della loro destinazione: la C.M. n. 149 del 20 ottobre 2001 è stata la prima a prevedere l'assegnazione di risorse finanziarie, ricavandole dal fondo della famosa Legge n. 440/1997, da destinare agli Uffici Scolastici Regionali per la realizzazione delle attività di potenziamento e di qualificazione dell'offerta di integrazione scolastica degli alunni ricoverati in ospedale o seguiti in regime di day hospital.

La Circolare, oltre che fissare parametri per la ripartizione dei finanziamenti, definiva determinati ambiti operativi (ivi compreso quello della formazione in servizio del personale) assegnati alle competenze delle scuole polo.

Si è parlato prima del **servizio di istruzione domiciliare** inteso come una fattispecie aggiuntiva rispetto alle iniziative poste in essere per il soddisfacimento del diritto allo studio dell'allievo ospedalizzato.

Esso deriva dalla Carta europea per il diritto allo studio dei minori malati in ospedale e a domicilio approvata dall'Associazione Europea dei Pedagoghi Ospedalieri (HOPE) a Barcellona il 2° maggio 2000.

In Italia il servizio di istruzione domiciliare è stato istituzionalmente recepito nella normativa emanata dal 2000 ad oggi in favore del diritto all'istruzione del minore malato.

In effetti, è stato il Protocollo d'Intesa sulla tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione e al mantenimento delle relazioni affettive e amicali dei cittadini di minore età malati, stipulata in data 27 settembre 2000 dai Ministri dell'Istruzione, della Sanità e della Solidarietà sociale, che ha previsto, per la prima volta, la tutela dei diritti fondamentali oltre che per gli allievi ospedalizzati anche per quelli costretti a lunghi periodi di degenza domiciliare.

Con il suddetto Protocollo l'Amministrazione scolastica si impegnava a considerare la scuola ospedaliera tra gli interventi prioritari previsti in applicazione della Legge n. 440 del 18 dicembre 1997 riguardante l'ampliamento dell'offerta formativa e l'innalzamento del successo scolastico.

In corrispondenza a tale vincolo, dal 2001 in poi sono state emanate circolari che hanno disposto il ricorso al fondo quantificato annualmente nel bilancio dello Stato in applicazione della suddetta legge al fine di dare impulso non solo alle attività per la scuola in ospedale, ma anche agli interventi, non programmabili all'inizio dell'anno scolastico, in tema di istruzione domiciliare per gli insegnamenti delle scuole di ogni ordine e grado.

Appare evidente che il servizio di istruzione domiciliare è considerato come una prosecuzione naturale della scuola in ospedale, giacchè esso, in base a quanto previsto dalla normativa, viene erogato nei confronti di alunni, iscritti a scuole di ogni ordine e grado, i quali, già ospedalizzati a causa di gravi patologie, siano sottoposti a terapie domiciliari che impediscono la frequenza della scuola per un periodo di tempo non inferiore a trenta giorni.

L'istruzione domiciliare viene assicurata nel rispetto degli orientamenti espressi nell'Intesa stipulata il 24 ottobre 2003 fra il Miur e il Ministero della Salute.

Nel documento le parti contraenti, in adesione alla tendenza del piano sanitario nazionale di ridurre i tempi di degenza favorendo l'assistenza sanitaria domiciliare, si sono impegnate a promuovere, sostenere e sviluppare iniziative volte a garantire la presa in carico globale dei minori malati, sia sotto l'aspetto sanitario che scolastico, assicurando la continuità dell'intervento a domicilio.

E proprio attraverso tale documento il Miur si è impegnato a favorire l'integrazione tra l'istruzione domiciliare e l'assistenza sanitaria dell'alunno malato, prevedendo l'uso di strumenti telematici per coniugare l'istruzione a domicilio con l'istruzione a distanza.

A dare nuova linfa a un'idea di scuola che eroga il servizio al di fuori dei canoni tradizionali è intervenuta, dopo breve tempo, la Convenzione dell'ONU sui diritti delle persona con disabilità.

La recente normativa internazionale, europea e nazionale sulle disabilità

Com'è noto, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità è stata approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU a New York il 13 dicembre 2006.

Si tratta di un evento epocale che ha posto le basi per garantire, a livello internazionale, il passaggio dei soggetti interessati "dalla segregazione alla vita indipendente".

In effetti il Trattato è da considerare uno strumento concreto finalizzato a neutralizzare ogni discriminazione ritenuta "violazione della dignità e del valore connaturati alla persona umana".

L'evento particolarmente importante in quanto si configura come il primo Trattato sui diritti umani del ventunesimo secolo, ha voluto esprimere l'attenzione dei Governi e dei Potenti della terra verso la condizione di discriminazione che, seppure con differenti diffusione e profondità, tuttavia accomuna lo status sociale degli individui portatori di deficit, viventi nei territori dei diversi continenti[12].

È importante rilevare che in diversi punti della Convenzione il soddisfacimento dei diritti umani è riferito alla categoria dei disabili, interpretata richiamando parametri molto ampi.

Non per niente, nel preambolo si riconosce che "la disabilità è un concetto in evoluzione e che essa è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali e ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri".

Del resto, tra i principi generali si ritrovano il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale (compresa la libertà di compiere le proprie scelte) e l'indipendenza delle persone, la non discriminazione, la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società, la parità di opportunità, l'accessibilità, la parità tra uomini e donne, il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa.

In ordine a tali principi, i diritti richiamati sono quelli riconducibili alla Convenzione sui diritti del fanciullo, espressamente citata dallo Statuto, sottolineando gli obblighi assunti dagli Stati Parti.

I diritti sono esplicitati nell'ambito dei primi trenta articoli, mentre quelli seguenti fissano i termini degli interventi che gli Stati Parti sono chiamati a realizzare.

È così che modalità strategica è ritenuta la cooperazione internazionale, impegnando gli Stati Parti, in conformità al proprio sistema di governo, a dare vita a uno o più punti di contatto per le questioni relative all'attuazione della Convenzione, creando o individuando in seno alla propria amministrazione una specifica struttura di coordinamento.

Tra i processi da porre in essere, particolare rilevanza assume la realizzazione di statistiche e la raccolta dei dati e dei risultati di ricerche per la formulazione e l'attuazione di politiche finalizzate a dare piena attuazione alla Convenzione.

Nell'ambito dell'ONU è istituito un Comitato sui diritti delle persone con disabilità, formato da dodici esperti, a cui l'art. 34 del Trattato affida specifiche azioni da svolgere.

---

[12] PAVONE M., *Approvata dall'ONU la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità*, in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 6/1 febbraio 2007, Erickson, Trento, pag. 53.

In particolare si impegna a promuovere l'applicazione effettiva della Convenzione e a incoraggiare la cooperazione internazionale nel settore richiamato dal testo.

È prevista, poi, la Conferenza degli Stati Parti, che, convocata dal Segretario Generale dell'ONU con cadenza biennale, esamina ogni questione concernente l'applicazione della Convenzione.

Essa configura obblighi internazionali alquanto impegnativi per ottemperare ai quali, sicuramente, si renderà necessaria la revisione della normativa esistente (a livello comunitario e di singoli Stati) a partire dalla Direttiva n. 2000/78/CE.

È lecito considerare che ci si trovi all'inizio di un lungo cammino proteso alla ricerca di nuove opportunità per una soddisfacente attuazione del "modello sociale di tutela della disabilità" delineato nel Trattato.

La **Convenzione dell'ONU** sui diritti delle persone con disabilità è stata **ratificata dall'Unione Europea il 30 marzo 2007** a seguito di una procedura complessa che ha comportato, tra l'altro, la definizione di un preventivo accordo con cui sono stati stabiliti i compiti del Consiglio, della Commissione e degli Stati membri.

Poiché la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità è il primo Trattato generale sui diritti umani che l'Unione Europea, *de jure et de facto,* abbia ratificato nella sua storia, la procedura adottata costituisce un importante precedente che apre la via all'attuazione di quanto previsto dall'art. 6 del TUE.

Entrando nel merito della ratifica, poiché come è stato rilevato prima, la Convenzione chiede agli Stati Parti di creare uno o più *focal points* a livello governativo per risolvere tutte le questioni attinenti alla questione della Convenzione, la ratifica dell'UE ha individuato la Commissione come *focal point* ed esplicita la richiesta agli Stati membri di comunicare i propri *focal points.*

Il monitoraggio della realizzazione di quanto previsto nella Convenzione Onu avverrà tanto da parte dell'Unione Europea quanto da parte degli Stati membri in base alle specifiche competenze.

Spetta all'UE monitorare l'attuazione di quanto previsto nella Convenzione (per i settori che non rientrino nelle competenze specifiche) e ad elaborare il Rapporto da presentare in sede internazionale.

In **Italia** la **ratifica** è avvenuta con **Legge n. 18 del 3 marzo 2009** (pubblicata sulla G. U. del 14.03.2009).

Il testo normativo apre con l'autorizzazione rivolta al Presidente della Repubblica a ratificare la Convenzione (art.1) e prefigura l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (art. 3).

Tale organismo, composto da un massimo di quaranta membri divisi paritariamente per appartenenza sessista e presieduto dal Ministro del Lavoro, assume i compiti di promuovere l'attuazione della Convenzione, predisporre un programma d'azione biennale, per la promozione dei diritti dell'integrazione, nonché una relazione sullo stato di realizzazione delle politiche sulle disabilità, promuovere la realizzazione di appositi studi e ricerche.

In ogni caso, per disciplinare più a fondo la composizione, l'organizzazione e il funzionamento dell'Osservatorio Nazionale, è preannunciato un apposito regolamento da emanare ai sensi della Legge n. 400, art. 17, del 23 agosto 1998.

A seguito della Legge di ratifica n. 18 del 3 marzo 2009, il **Miur** in data 4 agosto 2009 ha emanato le **Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità.**

La formalizzazione del testo si è venuta a determinare dopo la discussione all'interno della Consulta nazionale e la formulazione di specifiche istanze e dopo le osservazioni espresse dalle associazioni.

Le Linee guida, dopo la Premessa, si suddividono in tre parti così intitolate: I – Il nuovo scenario. Il contesto come risorsa; II – L'organizzazione; III – La dimensione inclusiva della scuola.

La prima parte (Il nuovo scenario. Il contesto come risorsa) contiene un excursus riguardante l'evoluzione della normativa sull'integrazione scolastica in Italia, dalle origini ai giorni nostri, riportando gli interventi legislativi ritenuti particolarmente importanti.

La novità consiste nell'assumere un'ottica interpretativa diversa rispetto al passato, perché vengono presi in considerazione fenomeni ed eventi che hanno radicalmente trasformato i canoni tradizionali: ci si riferisce all'autonomia funzionale che, attribuita alle scuole con l'art. 21 della Legge delega n. 59/1997 (Bassanini uno), è assurta a dignità costituzionale, traducendosi in principio regolatore con la Legge di riforma del Titolo V della Costituzione, n. 3 del 18 ottobre 2001.

Altro fattore rilevante tenuto in considerazione è proprio l'approvazione della Convenzione mondiale sui diritti delle persone con disabilità, avvenuta il 13 dicembre 2006, ratificata dall'Unione Europea il 23 dicembre 2010 e dall'Italia con Legge n. 18 del 3 marzo 2009, così come abbiamo testè richiamato.

La nuova modalità, assunta dalle Linee guida, di inquadrare i problemi connessi con l'integrazione e l'inclusione degli alunni disabili, è ispirata anche al "modello sociale della disabilità" (secondo cui la disabilità è dovuta all'interazione fra il deficit di funzionamento della persona e il contesto sociale), suffragato dai

presupposti scientifico-culturali su cui si basano i nuovi sistemi di classificazione riconosciuti dall'OMS, come l'ICF, contraddistinti da un approccio bio-psico-sociale e affrancati dalla prevalenza, come in passato accadeva, degli aspetti eziologici e nosografici.

In effetti, le Linee guida al punto 3) della I parte segnalano l'opportunità che "il personale scolastico coinvolto nel processo di integrazione, sia a conoscenza del modello sociale della disabilità recepito pienamente dall'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)", approvato dall'Assemblea Mondiale dell'OMS nel 2001.

La II parte, intitolata "L'organizzazione", evidenzia la volontà di indirizzare l'azione delle strutture di cui è costituita oggi l'Amministrazione scolastica e delle singole scuole autonome nel rispetto del decentramento, dell'autonomia e della sussidiarietà.

Tanto perché, dopo lo smantellamento dell'impianto verticistico e piramidale delle pubbliche amministrazioni (per una volontà politica finalizzata a garantire l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dei servizi resi ai cittadini) ed il subentrare di un'organizzazione reticolare e policentrica, sono le Amministrazioni centrali a dovere indicare gli obiettivi da perseguire, ritenuti imprescindibili e ad offrire indicazioni congrue e pertinenti.

In base a tale presupposizione l'Amministrazione scolastica centrale (il Miur) si è posto il problema di rendere sinergici a livello organizzativo i molteplici soggetti e strutture per l'attivazione dei processi, considerati, anche normativamente, funzionali al raggiungimento dei traguardi stabiliti, tenendo in buon conto quanto di nuovo emerso anche a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione.

Ciò premesso, l'integrazione è stata collocata nel nuovo contesto caratterizzato dalla presenza degli Uffici Scolastici Regionali e delle loro articolazioni territoriali (dotate dei GLIP), rivolgendo l'attenzione verso strumenti imprescindibili quali i Piani di zona e i Progetti globali di integrazione e di vita introdotti dalla Legge istitutiva del Sistema Nazionale dei Servizi Sociali n. 328 dell'8 novembre 2000.

Il raccordo più significativo è stato configurato in ciò che le scuole sono in grado di realizzare in virtù dei rapporti di rete da instaurare ai sensi dell'art. 7 del Regolamento dell'autonomia ex D.P.R. n. 275 dell'8 marzo 1999.

Ricorrendo a specifici protocolli d'intesa e convenzioni, tale raccordo può investire le attività didattiche, di ricerca, sperimentazione e sviluppo, di formazione e aggiornamento, di amministrazione e contabilità, ferma restando l'autonomia dei singoli bilanci.

La III parte, intitolata "Ruolo inclusivo della scuola", tratta gli aspetti organizzativi,

didattici e operativi connessi con l'integrazione e, conseguentemente, chiama in causa i soggetti a cui sono assegnate specifiche attribuzioni dall'ordinamento in vigore.

Chiaramente, in regime di autonomia amministrativa e gestionale i margini di discrezionalità sono tanti, con le connesse responsabilità, che, come è ovvio, risultano riconducibili al dirigente scolastico.

Per questo motivo, effettuata una premessa da cui si evince che l'autonomia non può essere che giuridicamente subordinata al rispetto dei principi normativi vigenti in materia di integrazione, viene dedicato ampio spazio al ruolo strategico del dirigente scolastico, al quale, tra l'altro, competono i compiti fondamentali relativi alla formazione delle classi, alla costituzione del Gruppo di lavoro d'Istituto (art. 15, comma 2, Legge n. 104/1992) e dei gruppi di lavoro sui singoli casi (art. 12, comma 2, Legge n. 104/1992), alla promozione di iniziative di formazione del personale sulle problematiche dell'integrazione, alla stipula di Accordi di programma a livello di Piani di zona.

Compete al dirigente scolastico sollecitare, sin dall'iscrizione degli allievi disabili, la formulazione di un PEI (Piano Educativo Individualizzato) che contenga il Progetto di vita e che preveda anche possibili sbocchi dopo la scuola.

Il dirigente scolastico viene chiamato in causa per la sua funzione di coordinamento di tutti gli organi (sia quelli collegiali statutari sia quelli frutto dell'autonomia organizzativa) e di garante della flessibilità organizzativa e didattica, ponendo l'accento su alcune questioni cogenti come quella della previsione nel POF dei criteri organizzativi di accoglienza degli alunni con disabilità, quella relativa alla corresponsabilità e al coordinamento dell'attività di programmazione del Consiglio di classe fino ad arrivare alla partecipazione delle famiglie, alla formulazione e verifica del Profilo Dinamico Funzionale e del PEI, da assicurare attraverso una convocazione che avvenga "previo opportuno accordo" nella definizione dell'orario.

Non poteva certo mancare la segnalazione circa l'importanza di promuovere reti di scuole al fine di dare vita ad un punto di riferimento comune per la formazione permanente dei docenti, per la raccolta della documentazione di buone prassi, per consulenza agli operatori e per contatti non occasionali con le famiglie.

Le Linee guida rivolgono, poi, l'attenzione alla corresponsabilità di tutti i docenti assegnati nella classe frequentata da un alunno con disabilità.

A tal proposito viene sottolineata l'importanza che determinate strategie e metodologie rivestono in seno ad una progettualità didattica orientata all'inclusione, citando esplicitamente l'apprendimento organizzativo, il lavoro di gruppo e/o a coppie, il tutoring, l'apprendimento per scoperta, la suddivisione del tempo

in tempi, l'utilizzo di mediatori didattici, di attrezzature e ausili informatici, di software e sussidi specifici.

Proprio in riferimento a quest'ultimo settore il documento insiste sulla necessità che i docenti curricolari si aggiornino sulle nuove tecnologie in modo da potere realizzare interventi didattici nelle proprie discipline anche in assenza del docente di sostegno.

Specifiche direttive vengono rivolte anche ai collaboratori scolastici, a cui spettano i compiti di assistenza per l'igiene personale degli alunni con disabilità in applicazione della nota ministeriale prot. n. 3390/01, del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto scuola (CCNL) e della contrattazione decentrata.

Il documento ministeriale esplicita indicazioni chiare e cogenti sul versante della **valutazione degli apprendimenti degli alunni disabili** e lo fa in data di poco successiva rispetto all'emanazione dell'apposito Regolamento di cui al D.P.R. n. 122 del 22 giugno 2009, che aveva trattato in una sezione specifica tale problematica.

Le Linee guida compendiano i contenuti del citato Regolamento, affrontando esaustivamente alcune questioni prima rimaste irrisolte: muovendo dal presupposto che il PEI deve essere impostato esclusivamente sulle "effettive capacità e potenzialità dell'alunno" e non già secondo standard (come espressamente stabilito dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 215/87), viene precisato che la valutazione in decimi è da rapportare al PEI, considerato "il punto di riferimento per le attività educative a favore dell'alunno con disabilità", rammentando che la valutazione deve essere sempre intesa come valutazione dei processi e non solo come valutazione della performance.

Gli studiosi della materia sostengono che il documento ministeriale contenente le Linee guida rappresenta non già "un punto di arrivo delle politiche scolastiche, quanto un punto di partenza per il rilancio di una maggiore qualità dell'integrazione scolastica"; viene, altresì, rilevato che, dopo il fondamentale documento Falcucci del 1974, il Ministero non aveva emanato altri documenti organici sul tema dell'integrazione[13].

I progetti promossi dall'Amministrazione scolastica

Assumendo come linea di demarcazione la data dell'entrata in vigore della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità è facile rilevare che la strategia della progettazione, adottata dall'Amministrazione scolastica a supporto delle

[13] NOCERA S., *Linee guida per l'integrazione degli alunni con disabilità*, in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 8/5 novembre 2009, Erickson, Trento, pag. 525.

scuole autonome impegnate nei processi funzionali all'integrazione e all'inclusione degli allievi disabili, è stata contrassegnata da una certa continuità, a prescindere dall'alternarsi delle maggioranze parlamentari e dei governi.

Uno dei progetti ritenuti particolarmente significativi è quello intitolato "Nuove Tecnologie e Disabilità", promosso dal Miur nel 2005.

Lo scopo principale è stato quello di organizzare le realizzazioni già presenti e di rendere disponibili agli utenti (scuole, insegnanti, alunni) le risorse tecnologiche utili all'integrazione, disseminando sul territorio alcuni centri specializzati, i Centri Territoriali di Supporto (CTS), e sostenendo l'iniziativa con piattaforme informatiche (il portale Handitecno e SD2) per fornire conoscenze e informazioni e consulenze scientifiche[14].

L'articolazione del progetto, rivolta a porre i docenti nelle condizioni di conoscere e sapere utilizzare proficuamente le nuove tecnologie per l'integrazione, è contraddistinta da sette azioni riguardanti, rispettivamente, la ricerca sulle tecnologie disponibili e sulle esperienze condotte, la realizzazione di un sistema di condivisione e gestione delle conoscenze, l'accessibilità del software didattico, la rete territoriale di supporto, gli interventi locali di formazione, i progetti di ricerca per l'innovazione e l'intervento per gli alunni con dislessia.

Non va sottovalutato il fatto che i 98 CTS sono stati configurati come soggetti fondamentali del progetto, a cui sono stati destinati consistenti finanziamenti dal Miur (in particolare dalla Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione) per il funzionamento e l'applicazione delle finalità ad essi attribuite.

Merita una menzione particolare il **Progetto "I Care"**, avviato nel 2007 in concomitanza con il quarantesimo anniversario della pubblicazione della famosa "Lettera ad una professoressa" scritta dalla scuola di Barbiana di Don Milani.

Il progetto, inizialmente di durata biennale, si è occupato della formazione non solo degli insegnanti specializzati, bensì di tutti i membri della scuola, puntando al raggiungimento di determinati obiettivi quali: la promozione della cultura dell'inclusione attraverso il coinvolgimento dell'intera comunità scolastica; l'implementazione delle competenze professionali in materia di integrazione scolastica attraverso l'apprendimento attivo; la rivitalizzazione dell'organizzazione a supporto delle politiche dell'integrazione, attraverso la movimentazione dei gruppi di lavoro, del rapporto con le associazioni e delle collaborazioni interistituzionali;

[14] SIMONESCHI G., Il *Progetto "Nuove Tecnologie e Disabilità": risorse territoriali e nuovi ambiti di ricerca* in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 9/5 novembre 2010, Erickson, Trento, pag. 471.

l'acquisizione di un quadro attendibile riguardante la qualità dell'integrazione e nel contempo, di un repertorio di indicatori di qualità.

Partendo dal presupposto che in un quadro di sistema, caratterizzato dall'impianto federalista della Repubblica e da un forte decentramento che vede le scuole dotate di autonomia organizzativa, didattica, di ricerca, sperimentazione e sviluppo, la funzione dell'Amministrazione centrale resta (come si è avuto già modo di ribadire) quella di definire gli obiettivi generali e offrire un impulso promozionale, di coordinamento, di sostegno, di monitoraggio e di valorizzazione in termini nazionali di quanto prodotto a livello locale, le scuole sono state individuate come le vere protagoniste del progetto "I Care".

Tale situazione ha condizionato le scelte metodologiche, nel senso che il riconoscimento del ruolo di centralità della scuola è stato considerato determinante a livello di concreta attuazione delle attività programmate.

Infatti, ogni scuola è stata chiamata ad effettuare l'analisi del proprio contesto per poi scegliere le esperienze vissute ritenute "buone pratiche", da validare e diffondere, ovvero a focalizzare i punti di criticità, per elaborare un piano di miglioramento.

Il tutto in riferimento a quattro grandi filoni considerati strategici, assumendo come punti di riferimento azioni rivolte alla didattica, all'organizzazione, alla corresponsabilità, al progetto di vita.

Ritornando al metodo, il modello formativo prescelto ha previsto la piena responsabilità nella conduzione del percorso dei soggetti interessati, chiamati ad agire sulla propria realtà, facendo sì che al modello dell'aggiornamento di tipo accumulativo-informativo venisse a sostituirsi quello centrato sullo sviluppo professionale improntato alla partecipazione a comunità di pratiche e alla corresponsabilità dei singoli attraverso la promozione di gruppi di lavoro in grado di condividere obiettivi, scopi e strumenti.

La metodologia della ricerca-azione è risultata congeniale rispetto a un percorso nel quale la formazione è stata configurata come ricerca sui temi dell'integrazione scolastica e sociale di persone disabili, considerati all'interno della situazione professionale nella quale si opera[15].

Nel momento in cui ci troviamo ad affrontare, in questa sede seminariale, le questioni connesse con l'integrazione degli alunni con bisogni educativi speciali, spaziando dalle disabilità alle difficoltà e ai disturbi specifici dell'apprendimento fino a giungere agli allievi ospedalizzati e a quelli interessati all'istruzione domi-

[15] Fiorin I., *Il progetto I Care: una leva strategica per l'integrazione* in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 6/5 novembre 2007, Erickson, Trento, pag. 413.

ciliare, il Ministero sta completando la fase di valutazione finale dei progetti, raccordati a livello di singole regioni, facenti parte della cornice progettuale "I Care", superando, tra l'altro, le difficoltà incontrate dalle scuole nell'inserire i dati e nel trasmettere la documentazione e i prodotti.

L'impegno maggiore è stato quello di organizzare i dati attraverso la rilevazione di indicatori di processo per una valutazione sia analitica che complessiva del Piano nazionale di aggiornamento, cogliendo gli aspetti di innovazione, di trasferibilità e di rete[16].

Altra ipotesi progettuale di particolare rilevanza è quella che il Miur ha formalizzato nella fase immediatamente successiva alla ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili (L. n. 18 del 3 marzo 2009) da parte del nostro Paese e all'emanazione delle Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità (4 agosto 2009).

Si tratta del "Progetto ICF- Dal modello ICF dell'OMS alla progettazione dell'inclusione", datato 2 settembre 2010, con cui l'Amministrazione centrale ha dimostrato che le risorse finanziarie disponibili vanno destinate in assonanza con quanto previsto nei due Documenti internazionali e nazionali sopra citati e con gli indirizzi conseguenziali espressi nelle Linee guida.

È appena il caso di precisare che tale indirizzo di politica scolastica è stato assunto anche nell'intraprendere la tradizionale procedura di quantificazione e di distribuzione delle risorse finanziarie da destinare all'integrazione, anche in questo caso attingendo al budget reso disponibile annualmente dal bilancio dello Stato per l'applicazione della Legge n. 440 del 18 dicembre 1997 riguardante l'arricchimento dell'offerta formativa, l'innalzamento del tasso di successo scolastico e gli interventi perequativi.

In questa sede, quindi, è opportuno aprire una parentesi, richiamando la C.M. n. 38 del 15 aprile 2009, concernente proprio il Piano di riparto del finanziamento finalizzato all'integrazione scolastica degli alunni con disabilità.

Puntando all'affermazione del principio dell'inclusione attraverso il potenziamento dell'offerta formativa, le disponibilità finanziarie per l'Esercizio Finanziario 2009 sono state quantificate in 6 milioni di euro, destinati ad interventi a favore degli alunni con disabilità (particolarmente con deficit sensoriali) e alla formazione del personale docente (cinque milioni e mezzo di euro); ai Centri territoriali di Supporto, invece, sono stati assegnati i restanti cinquecentomila euro.

[16] DE ANNA L., *Il progetto "I Care": alcune esperienze e riflessioni* in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 9/1 febbraio 2010, Erickson, Trento, pag. 8.

Il testo segnalava la progettualità delle scuole, singolarmente o in rete, come la condizione ritenuta ottimale per la proficua destinazione delle risorse, evitando la distribuzione a pioggia.

Agli Uffici Scolastici Regionali (USR), comunque, era stata affidata piena discrezionalità nell'utilizzo dei fondi, suggerendo di destinare le risorse finanziarie relative alla somma dei cinque milioni e mezzo di euro soprattutto per: "progetti innovativi" e di sperimentazione atti a promuovere l'effettivo sviluppo di metodologie didattiche e organizzative che, anche grazie all'uso delle nuove tecnologie, realizzino pratiche inclusive, tenuto conto delle esperienze maturate con il Piano di formazione nazionale "I Care"; situazioni di particolare complessità che comportano la prosecuzione di progetti in rete fra scuole o fra scuole, enti locali ed associazioni, anche con il coinvolgimento dei Centri territoriali per la disabilità;progetti che definiscano buone pratiche in relazione al progetto di vita dell'alunno con disabilità, anche mediante l'alternanza scuola-lavoro e un opportuno orientamento scolastico;lo sviluppo di reti di scuole collegate a Scuole Polo o CTS mediante la creazione di siti web, di forum della rete, nonchè mediante la costituzione di gruppi di lavoro in rete, impegnati anche in attività di monitoraggio e di individuazione dei bisogni delle scuole.

Per la formazione, poi, richiamando la procedura contrattuale integrativa decentrata, venivano segnalati gli ambiti contenutistici della cultura dell'integrazione e delle metodologie didattiche specializzate, con particolare riguardo alle tecnologie.

Per la quota di euro cinquecentomila, invece, diventavano destinatari privilegiati i Centri Territoriali di Supporto per il potenziamento delle dotazioni tecnologiche, per le attività di aggiornamento rivolte agli operatori per i supporti, con idonei interventi, alle attività svolte dai C.T.S..

È interessante rilevare che l'aspetto tecnico della distribuzione delle risorse è stato ispirato alle motivazioni di principio poste in apertura della nota ministeriale: si è trattato di mobilitare le disponibilità finanziarie indirizzandole verso l'inclusione scolastica, muovendo dal nuovo concetto di disabilità e da una nuova cultura dell'integrazione, suffragati anche dal modello di classificazione bio-psico-sociale ICF.

Ritornando al "Progetto ICF – Dal modello dell'OMS alla progettazione per l'inclusione", risulta particolarmente interessante l'obiettivo tracciato che consiste nello "sperimentare, in un campione di istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado distribuito a livello nazionale, l'applicazione nella scuola del modello ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'OMS".

L'ambito di riferimento è il risultato scolastico, per focalizzare il ruolo che esso svolge nell'effettiva integrazione degli alunni con disabilità.

Di conseguenza, il progetto "è rivolto all'analisi dei fattori contestuali", con particolare riguardo agli elementi costitutivi della scuola, ai facilitatori e alle barriere che determinano le performances degli alunni con disabilità nelle pratiche di integrazione scolastica.

L'avvio del progetto è relativo all'anno scolastico 2010/11 con completamento nell'anno scolastico 2011/2012.

Appare qui opportuno rilevare la positività di quanto sta avvenendo in chiave progettuale sul versante della diffusione della cultura della disabilità e degli interventi per l'integrazione e l'inclusione degli allievi disabili.

Non di meno, però, va sottolineata l'importanza che le scuole, dotate di autonomia, rivestono per rendere concretamente realizzabile l'integrazione di allievi che rischierebbero l'esclusione dalle opportunità funzionali al loro successo formativo nel rispetto delle peculiarità e delle diversità che li contraddistinguono.

Ne consegue che è, a dir poco, limitativo concentrarsi sulle problematiche degli alunni disabili certificati, considerando che, così come si sottolineava in apertura del presente intervento, oggi è oltremodo opportuno allargare lo sguardo verso tutti coloro che rischiano l'insuccesso scolastico in quanto portatori delle più diversificate forme di disagio e dei più variegati ed eterogenei disturbi e difficoltà di apprendimento.

Si è fatto riferimento alla macro-categoria dei bisogni educativi speciali, proprio perché "comprende dentro di sé tutte le possibili difficoltà educativo-apprenditive degli alunni, ivi comprese sia le situazioni considerate tradizionalmente come disabilità mentale, fisica e sensoriale, sia quelle di deficit in specifici apprendimenti clinicamente significative, la dislessia, il disturbo da deficit attentivo, ad esempio, ed altre situazioni di problematicità psicologica, comportamentale, relazionale, apprenditiva e di contesto socio-culturale"[17].

Se la presa in carico di tale macro-categoria è fondata eticamente e scientificamente, allora anche determinati modelli, come quello bio-psico-sociale (riflettente la concezione attiva e partecipativa del soggetto nel suo ambiente di vita quale condizione essenziale ed imprescindibile per l'apprendimento e lo sviluppo) sono da valorizzare per tutti quei casi che non siano riconducibili soltanto alla disabilità.

Del resto, nel nostro Paese il modello ICF (che considera nella sua globalità

[17] Ianes D.-Macchia D., *La didattica per i Bisogni Educativi Speciali*, Erickson, Trento, 2008, pag. 14.

e complessità il funzionamento della persona, senza concentrarsi esclusivamente sugli aspetti bio-strutturali) gode già di un elevato tasso di popolarità, suffragato da una cultura pedagogica e da una visione antropologica alquanto legate al sociale e ai contesti di vita.

Si parlava in apertura dell'ICF: tale idea è legittimata da quanto asserito nella prefazione all'edizione italiana dell'ICF-CY, International of Functioning, Disability and Haealth- Children & Youth Version dell'OMS-2007, in cui si legge testualmente che tale sistema di classificazione "può essere usato da chi eroga servizi, dagli utenti e da tutti coloro che hanno a che fare con la salute, l'istruzione e il benessere di bambini e adolescenti".

La classificazione fornisce un linguaggio comune e universale che può avere applicazioni relative alla clinica, alla salute pubblica e alla ricerca, così da facilitare la documentazione e la misurazione della salute e della disabilità nei bambini e negli adolescenti[18].

Del resto, l'ICF-CY è complementare ad altri sistemi di classificazione e, in particolare, all'ICD-10, in quanto fornisce un modello di riferimento e un linguaggio standardizzato per la descrizione della salute e degli stati correlati alla salute nei bambini e negli adolescenti.

Ne consegue l'auspicio che le iniziative progettuali ministeriali e delle singole scuole possano essere proiettate verso l'implementazione delle competenze professionali dei docenti su tale versante, dando per scontato che costruire percorsi personalizzati, rispettosi delle peculiarità di soggetti da ritenere unici e irripetibili, comporta l'arricchimento delle conoscenze e competenze professionali e la padronanza di strumenti efficaci per assecondare tempi, stili, ritmi, attitudini, vocazioni e tendenze tanto sul versante dell'apprendimento, quanto su quello dello sviluppo.

Pertanto, l'impegno nella ricerca, l'adozione di specifiche scelte politico-istituzionali e la mobilitazione delle risorse (soprattutto quelle umane e professionali) devono tendere a soddisfare i bisogni educativi speciali per garantire il successo formativo a tutti gli alunni, nessuno escluso, e a prescindere dai luoghi e dalle occasioni in cui venga a inverarsi il processo educativo-didattico.

[18] ICF-CY *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute – Versione per bambini e adolescenti,* Erickson, Trento, 2007, pag. 11.

Indicazioni Bibliografiche

ONFENBRENNER U. (a cura di), *Rendere umani gli esseri umani. Bioecologia dello sviluppo*, Erickson, Trento, 2010.

ANUVOLA P., *Il bambino e l'educazione, fra protezione e marginalità*, Federazione Italiana Medici Pediatri (a cura di), *I diritti del bambino oggi – Il Pediatra per un'assistenza globale all'infanzia*, Anicia, Roma, 1994.

ANNA L., *Il progetto "I Care": alcune esperienze e riflessioni*, in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 9/1 febbraio 2010, Erickson, Trento.

ORIN I., *Il progetto I Care: una leva strategica per l'integrazione*, in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 6/5 novembre 2007, Erickson, Trento.

NES D.- MACCHIA D., *La didattica per i Bisogni Educativi Speciali*, Erickson, Trento, 2008.

CF-CY *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute – Versione per bambini e adolescenti*, Erickson, Trento, 2007.

ENG M., *Introduzione*, in Lodi D., Baratelli Micali C. (a cura di), *I diritti del bambino – riflessioni educative e proposte didattiche*, Anicia, Roma, 1990.

ILITO D. (a cura di), *Scuola in ospedale e istruzione domiciliare*, Anicia, Roma, 2007.

ILITO D., *Scuola e Garante per l'infanzia e l'adolescenza nelle aree a rischio*, in Apprendere Con..., Rivista bimestrale, Anicia, Roma, Anno III, n. 3, febbraio/marzo 2007.

ILITO D., *Il progetto globale di integrazione quale sintesi dei progetti educativo-didattico, riabilitativo e di socializzazione* in Esposito A. (a cura di), *Il lungo cammino dell'integrazione*, Anicia, Roma, 2002.

ILITO D. (a cura di), *L'inserimento e l'integrazione degli handicappati nella famiglia, nella scuola, nel mondo del lavoro, nella società*, Jonia Editrice, Cosenza, 1997.

IOCERA S., *Linee guida per l'integrazione degli alunni con disabilità*, in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 8/5 novembre 2009, Erickson, Trento.

IOCERA S., *La legge di riforma dei sevizi sociali*, I Quaderni "Il Melograno" n. 3.

PAVONE M., TORTELLO M., *Le leggi dell'integrazione scolastica*; Erickson, Trento, 1998.

PAVONE. M., *Approvata dall'ONU la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità*, in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 6/1 febbraio 2007, Erickson, Trento.

SIMONESCHI G., Il *Progetto "Nuove Tecnologie e Disabilità": risorse territoriali e nuovi ambiti di ricerca*, in *L'integrazione scolastica e sociale*, n. 9/5 novembre 2010, Erickson, Trento.

Il titolo stesso di questo lavoro, *I percorsi formativi nella diversità dei luoghi per l'integrazione*, risulta particolarmente eloquente circa le problematiche trattate in seminari di formazione rivolti a personale scolastico e socio-sanitario impegnato a garantire il soddisfacimento del diritto allo studio agli alunni esposti al rischio dell'insuccesso formativo a causa delle situazioni più disparate, ivi comprese quelle connesse con i disturbi e le difficoltà di apprendimento, nonché quelle contraddistinte dal disagio e da particolari condizioni di salute. La sfida di garantire a tutti il successo formativo è stata considerata praticabile a condizione che, sinergicamente, si incontrino le teorie ritenute più feconde, formalizzate nei diversi campi di ricerca: da quello giuridico a quello medico, da quello tecnologico-scientifico a quello più squisitamente pedagogico, docimologico e didattico.

La documentazione prodotta presenta una consistente gamma di riflessioni sui più recenti risultati della ricerca relativa alle questioni trattate e, in tale contesto, risulta significativa anche la rendicontazione delle iniziative poste in essere dall'Amministrazione scolastica in chiave progettuale ai diversi livelli, dal MIUR alle scuole, dotate, queste ultime, di autonomia funzionale e raccordate in rete con la volontà di realizzare valore aggiunto e, quindi, dare risposte sempre più soddisfacenti alle istanze di un'utenza, avveduta ed esigente, collocata a livello politico-istituzionale in una realtà inedita rispetto al recente passato, cioè quella della Repubblica federalista, le cui ripercussioni sul versante formativo e scolastico sono ancora tutte da esperire.

(dalla Prefazione di Achille M. Notti)

DOMENICO MILITO ha espletato la funzione di docente di Pedagogia e didattica speciale presso le Università agli Studi della Calabria e di Salerno, facoltà di Lettere e Filosofia e di Scienze della Formazione per undici anni accademici continuativi fino al 2009/2010.

Idoneo al concorso per professore Associato in Didattica e pedagogia speciale (M Ped 03), bandito dall'Università di Salerno, è membro del CNPI (Consiglio Nazionale della Pubblica Istruzione).

Impegnato nell'associazionismo professionale, svolge il ruolo di dirigente scolastico. Giornalista pubblicista, ha diretto la rivista bimestrale "Apprendere con..." nel quadriennio 2004/2008.

È nel Comitato direttivo de "L'Eco della scuola nuova", organo della FNISM (Federazione Nazionale Insegnanti) di cui è Vice-Presidente Nazionale.

Tra le sue opere si segnalano: La didattica modulare nei suoi itinerari di progettazione e di autovalutazione (2001); La didattica speciale per il decondizionamento e l'integrazione (2002); Problematiche psico-oncologiche negli interventi educativi e psico-pedagogici per l'integrazione degli alunni ospedalizzati (2003); Progettare in rete la qualità della scuola (2004); Organizzazione della didattica e gestione delle risorse umane nella scuola dell'autonomia (2005); Le nuove competenze del dirigente scolastico (2006); Scuola in ospedale e istruzione domiciliare (2007); Scuola e integrazione (2008).

ISBN 978-88-95154-62-6

9 788895 154626

€ 20,00