



Istituto Comprensivo "G. Cardelli"
Mosciano S.A.
Teramo

*Scuola Polo formazione
docenti specializzati
in attività di sostegno*
A.S. 2006-07 — A.S. 2007-08

Tel Fax 085-8061889
www.moscianoscuola.it
info@moscianoscuola.it

COMMISSIONE
FORMAZIONE e
AGGIORNAMENTO

DISPENSA

CORSO DI AGGIORNAMENTO

*La nuova Diagnosi Funzionale
Educativa secondo il modello ICF
(OMS, 2002).*

*Dal PEI- Piano Educativo
Individualizzato al progetto di vita*

Relatrice: Dott.ssa **Sabrina Fusar Poli**
Centro Studi Erickson

A cura di
Maria Di Cesare
Adriana Sigismondi



7,8,9 Novembre
C/O SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO "G. PASCOLI"
VIA CARDUCCI, 2 -SILVI (TE)

Sommario

INTRODUZIONE.....	3
UN ALUNNO CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI.....	4
DIFFICOLTA' DI APPRENDIMENTO.....	4
Le difficoltà scolastiche	4
DISTURBI IN ETA' EVOLUTIVA	4
Gli strumenti classificatori	5
CATEGORIE DIAGNOSTICHE PRINCIPALI	5
RITARDO MENTALE.....	5
Livelli relativi al grado di compromissione intellettiva	6
Disturbi generalizzati dello sviluppo	6
Autismo.....	6
Compromissione interazione sociale.....	6
Compromissione della comunicazione	7
Alcuni problemi emotivi/psicologici associati	7
Disturbi dell'apprendimento.....	7
Disturbo nella comprensione del linguaggio	9
Disturbo di sviluppo della coordinazione	9
. Disturbi del comportamento	9
Disturbo oppositivo-provocatorio.....	9
Disattenzione:	9
Si manifesta	10
Patologie riferibili a disturbi organici	10
Il modello ICF.....	12
NORMATIVE DI RIFERIMENTO ALL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA	13
La Diagnosi Funzionale ICF.....	16
Aree principali e Strumenti di Diagnosi funzionale	16
Aree della diagnosi funzionale	16
Riguarda la situazione fisica-organica dell'alunno :	16
Informazioni clinico-mediche.....	16
Definizioni operative per l'insegnante:	17
2 Area: Funzioni Corporee	17
Area delle Funzioni mentali Attività e Partecipazione	17
Definizioni:	17
Criteri di valutazione	17
Ambito di valutazione delle funzioni corporee:	18
<i>VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' PERSONALI E DELLA PARTECIPAZIONE SOCIALE</i>	19
Ambiti di rilevazione delle informazioni	19
Abilità motorie	22
Abilità percettivo-motorie	22
5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA.....	23
La valutazione	24
7. Interazioni e relazioni personali.....	24
I comportamenti di interazione	24
Dalle Attività alla Partecipazione sociale	25
La Valutazione	26
Valutazione dei fattori contestuali.....	27
Aspetti psicologici affettivi e comportamentali	28
Dal Piano educativo individualizzato al Progetto di vita	31
FASE 1: Sintetizzare i risultati della Diagnosi funzionale nelle aree significative del modello ICF (condizioni fisiche, funzioni e strutture corporee, attività personali, ecc.)	31
FASE 2: Definire gli obiettivi a lungo termine.....	31
FASE 3: Scegliere gli obiettivi a medio termine	31
FASE 4. Definire gli obiettivi a breve termine e le sequenze di sotto- obiettivi	31

INTRODUZIONE

Il presente lavoro scaturito dal corso di aggiornamento **“LA NUOVA DIAGNOSI FUNZIONALE EDUCATIVA SECONDO IL MODELLO ICF”** ha lo scopo di contribuire all’elaborazione di strategie e metodologie utili al miglioramento della qualità dell’integrazione scolastica degli alunni disabili, nella prospettiva della loro piena integrazione sociale e di una buona qualità della vita.

Un’ integrazione scolastica di qualità ha bisogno di molti processi che vedono coinvolte le politiche scolastiche, le istituzioni, gli enti locali, i docenti, gli alunni, le famiglie, gli operatori sociali e sanitari, le culture e gli approcci metodologici nell’educazione e nella didattica.

L’approccio diagnostico proposto, cerca di costruire una diagnosi funzionale collaborativa. Alla base vi è la necessità di rivalutare in un’ottica di empowerment e di corresponsabilizzazione, la famiglia e di attribuire un ruolo centrale agli insegnanti ritenuti in grado di osservare l’alunno, di usare strumenti valutativi di taglio psicoeducativo come prescritto dall’ICF. Tale strumento aiuta i docenti a collocare le loro rilevazioni in un sistema complesso di descrizione, comprensione e funzionamento delle persone disabili.

Attenzione particolare viene attribuita ai bisogni educativi speciali derivati da patologie chiare, da situazioni psicoaffettive negative o da esperienze di vita problematiche.

Il modello ICF e il nuovo tipo di diagnosi funzionale costituiscono la chiave di lettura per comprendere questi alunni riconoscendoli titolari del diritto a risorse aggiuntive di individualizzazione, abilitazione e riabilitazione.

I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

(Special Educational Needs)

Il concetto di Bisogni Educativi Speciali è presente nella letteratura scientifica anglosassone e nelle politiche educative e sanitarie di molti Paesi

UN ALUNNO CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

- lesione cerebrale grave
- la sindrome di Down
- una lieve disfunzionalità cerebrale e percettiva
- gravi conflitti familiari
- background sociale e culturale diverso o deprivato
- reazioni emotive e/o comportamentali disturbate, ecc.

DIFFICOLTA' DI APPRENDIMENTO

Qualsiasi difficoltà riscontrata da uno studente durante la sua carriera scolastica **(Cornoldi, 1999.)**

Le difficoltà scolastiche

Sono di tanti tipi diversi e spesso non sono la conseguenza di una causa specifica ma sono dovute al concorso di molti fattori

Ostacoli nell'apprendimento e nello sviluppo

- ORGANICO
- BIOLOGICO
- FAMILIARE
- SOCIALE
- AMBIENTALE
- CONTESTUALE

DISTURBI IN ETA' EVOLUTIVA

- possono essere globali e pervasivi (autismo)
- specifici (dislessia)
- settoriali (disturbi del linguaggio, disturbi psicologici d'ansia)
- gravi o leggere, permanenti o transitorie

INTERVENTI

- **su misura rispetto alla situazione di difficoltà**
- **sui fattori che la originano e/o mantengono**
- Piano educativo individualizzato-Progetto di vita
- attenzioni psicologiche
- uno specifico intervento psicoeducativo

Osservazioni nella scuola

- **Gli alunni che avrebbero bisogno di attenzioni più specifiche sono ben di più di quel 2-3% in possesso di certificazione medica di disabilità**
- **Almeno un 10-15% di alunni hanno vari Bisogni Educativi Speciali**

Gli strumenti classificatori

- DSM-IV/Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association (1996)
- ICD-10/Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali OMS(1992)

CATEGORIE DIAGNOSTICHE PRINCIPALI

- Ritardo mentale
- Disturbi generalizzati dello sviluppo
- Disturbi dell'apprendimento, del linguaggio e della motricità
- Disturbi del comportamento

RITARDO MENTALE

- Funzionamento intellettivo
al di sotto della media: un QI di circa 70 o inferiore
- Importante compromissione del
comportamento adattivo

Compromissioni del comportamento adattivo in almeno due aree:

- Comunicazione
- Cura della propria persona
- Vita in famiglia
- Capacità sociali/interpersonali
- Uso delle strutture della comunità
- Autodeterminazione
- Capacità di funzionamento scolastico
- Lavoro
- Tempo libero
- Salute e sicurezza

Livelli relativi al grado di compromissione intellettiva

Ritardo mentale lieve (QI 50-55 e 70)

Ritardo mentale medio (QI 35-40 e 50-55)

Ritardo mentale grave (QI 20-25 e 35-40)

Ritardo mentale gravissimo (QI < a 20-25)

Disturbi generalizzati dello sviluppo

Disturbo Autistico

Autismo

Una menomazione qualitativa:

- nell'interazione sociale
- nella comunicazione
- nel comportamento, interessi e attività

Compromissione interazione sociale

- Mancanza di comportamenti interattivi anche non verbali
Incapacità di sviluppare relazioni coi coetanei
- Incapacità di condivisione emotiva

Compromissione della comunicazione

- Ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio verbale e non verbale
- Uso ripetitivo e stereotipato del linguaggio
- Incapacità di iniziare o sostenere una conversazione

Restrizione del repertorio di comportamenti

- interessi e attività ripetitivi e stereotipati
- persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti
- manierismi motori (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo)
- sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici

Alcuni problemi emotivi/psicologici associati

- fobie
- disturbi del sonno
- aggressività
- sensibilità carente o esagerata agli stimoli sensoriali
- comportamenti autolesionistici
- Esordio entro il terzo anno di vita
- Il decorso è cronico

Disturbi dell'apprendimento

Disturbo della lettura

Incapacità di acquisire i livelli prevedibili per quel che riguarda: l'accuratezza della lettura, la velocità o la comprensione

Si manifesta con una incapacità:

- **nel riconoscere e ricordare le lettere**

- nell'analizzare e categorizzare i suoni
- omissioni,distorsioni di parole
- esitazioni
- inversioni di lettere
- difficoltà di lettura ad alta voce
- difficoltà di comprensione del testo scritto

Disturbo della scrittura

Incapacità di acquisire i livelli prevedibili per quel che riguarda la scrittura:

- scrittura a mano deficitaria
- incapacità nella composizione di testi scritti
- molteplici errori grammaticali,di spelling e di punteggiatura

Disturbo del calcolo

Incapacità di acquisire la competenza nel calcolo e nel ragionamento matematico

- Si manifesta con deficit:
- nel capire i termini,le operazioni e i concetti matematici di base(addizione,sottrazione..)
- di soluzione dei problemi
- difficoltà nel contare,imparare le tabellone
-

Disturbo dell'espressione del linguaggio

Lo sviluppo della espressione del linguaggio sono sostanzialmente inferiori al prevedibile

Si manifesta:

- limitata gamma di vocabolario
- limitata acquisizione di parole
- errori di coniugazione dei verbi
- difficoltà nel comporre frasi lunghe
- omissioni
- sviluppo ritardato del linguaggio
-

Disturbo nella comprensione del linguaggio

Si evidenziano difficoltà nella comprensione del linguaggio verbale:
capire parole, frasi o tipi specifici di parole, come termini spaziali.

Disturbo di sviluppo della coordinazione

- La coordinazione risulta marcatamente inferiore rispetto al livello di sviluppo prevedibile:
- notevole ritardo nel raggiungimento delle tappe motorie fondamentali (camminare, gattonare, star seduti...)
- far cadere gli oggetti, goffaggine, scadenti prestazioni sportive o con calligrafia deficitaria.

. Disturbi del comportamento

Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
Disturbo della Condotta

Disturbo oppositivo-provocatorio

- Disturbo da deficit di attenzione / iperattività
- Presenza di disattenzione persistente e intensa che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo
- attività motoria eccessiva e inappropriata rispetto alle circostanze

Disattenzione:

una persistente incapacità a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici o in altre attività

- non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente
 - spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici o le incombenze quotidiane
 - ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto
- L'iperattività-impulsività

- Difficoltà a rimanere seduti sulla sedia
- Correre e arrampicarsi
- Irrequietezza nel gioco
- Parlare troppo

- Difficoltà nell' attendere il proprio turno
 - Interrompere gli altri
 - Invadenza
- Disturbi della condotta

•Una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età vengono violati.

- condotte antisociali, aggressive e provocatorie.

•

Si manifesta

- aggressioni a persone o animali
- prepotenze, minacce
- colluttazioni fisiche, furti , fughe
- menzogne
- interruzioni della frequenza scolastica
- vandalismo

Sono associate difficoltà

- Adattamento sociale e familiare
- Esperienze sessuali precoci
- Bassa autostima e resistenza alla frustrazione
- Tendenza abuso di sostanze
- Instabilità

- Esordio nella pubertà

Disturbo oppositivo-provocatorio

Modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio, rivolto di solito verso le figure che rappresentano qualche modo l'autorità.

Spesso va in collera ,litiga è rancoroso,dispettoso e vendicativo.

Patologie riferibili a disturbi organici

- deficit motori
Paralisi Cerebrali Infantili (Spasticità)
- deficit sensoriali:
cecità, sordità o pluriminorazioni sensoriali

- disturbi neurologici
(traumi o epilessia, malattie metaboliche)
- patologie organiche
(patologie respiratorie, digestive, allergie)

diagnosi medica

Alunni in difficoltà MA SENZA DIAGNOSI MEDICA
COMPRENDONO ALUNNI

- In situazioni di svantaggio e deprivazione sociale**
- Con bagaglio linguistico e culturale diverso**
- Che vivono in una famiglia difficile**
- Con difficoltà psicologiche e comportamentali**

La nuova diagnosi funzionale

Uno sfondo per integrare

Indispensabile che la famiglia, la scuola, il Servizio Sanitario, gli Enti Locali e in generale, la comunità, collaborino insieme

Obiettivo

- analizzare i bisogni**
- individuare possibili obiettivi comuni**
- **armonizzare gli interventi**

**Spostare l'attenzione
Dalla disabilità ® al soggetto**

All'identificazione dei bisogni educativi per accompagnarlo nel suo percorso scolastico concorre l'ICF

ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, OMS 2002)

- Il modello parla di salute e di funzionamento globale, non di disabilità o patologie
- un buon quadro di riferimento teorico ed operativo per la lettura dei bisogni educativi speciali

“la situazione di una persona va letta e compresa profondamente in modo olistico e complesso, da diverse prospettive, e in modo interconnesso e reciprocamente causale”.

(OMS, 2002)

La nuova classificazione ICF

Mette a disposizione degli operatori della sanità e della scuola, della famiglia e, in ultima analisi, della persona in senso lato, uno "sfondo per integrare" ampio, fortemente connotato in termini dinamici e funzionali.

Il modello ICF

Una visione fortemente

non discriminatoria dove è possibile rintracciare molte consonanze con gli orientamenti e con i principi espressi nella legislazione in vigore nel nostro paese

NORMATIVE DI RIFERIMENTO ALL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

- Legge 104 art.12
- Atto di indirizzo alle aziende ASL 1994

STRUMENTI DI DOCUMENTAZIONE OSSERVATIVA E PROGETTUALE PER LA FREQUENZA SCOLASTICA DELLO STUDENTE IN DIFFICOLTA'

Legge 104 - 5 febbraio 1992

"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"

Obiettivo dell'integrazione scolastica

- Lo sviluppo delle potenzialità ai fini:
 - Dell'apprendimento
 - Della comunicazione
 - Delle relazioni
 - Della socializzazione
 - Dell'autonomia

Art.12 punto 5 lter previsto

- Individuazione dell'alunno come "persona handicappata"
- definizione della "diagnosi funzionale"
- predisposizione di un "profilo dinamico funzionale"
- formulazione di un "piano educativo individualizzato"
- occasioni di verifica degli interventi realizzati e di aggiornamento della documentazione (comma 6 e 8)

Coinvolgimento e integrazione:

- Scuola (dirigente scolastico, docenti curricolari, di sostegno, insegnanti utilizzati con funzioni psicopedagogiche, collaboratori scolastici)

- Operatori della ASL, della famiglia, dell'alunno disabile, degli altri alunni (quest'ultimo, sancito all'art.15, comma 2)

- L'intervento va posto sul piano educativo- didattico più che su quello medico, nel rispetto e nella valorizzazione delle caratteristiche della persona e della famiglia, con obiettivi progettuali

**“Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali in materia di alunni portatori di handicap”
DPR del 24 febbraio 1994**

DPR 1994

Vengono definiti i compiti in relazione alla predisposizione:

- dell'iter per l'Individuazione della situazione di handicap
- della Diagnosi funzionale
- del Profilo dinamico funzionale
- del Piano educativo individualizzato

Art. 3 Diagnosi Funzionale

- Competenza degli Operatori Sanitari
- Descrive la compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno
- Diagnosi clinica
- E' finalizzata al recupero funzionale
- Potenzialità registrabili:
cognitivo, affettivo-relazionale, linguistico
sensoriale, motorio-prassico neuropsicologico, autonomia personale e sociale

La diagnosi funzionale

CM. 250 del 1985

«Richiama il concetto di Diagnosi funzionale a un intervento educativo e didattico adeguato, alla cui definizione provvederanno, ognuno per la parte di competenza, gli operatori sanitari, degli enti locali e della scuola con la collaborazione dei genitori...»

Continua....

« La diagnosi funzionale dovrà porre in evidenza.. il profilo dell'alunno dal punto di vista fisico psichico, sociale ed affettivo, comportamentale e dovrebbe mettere in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alle situazioni di handicap e le relative possibilità di recupero, sia le capacità ed abilità possedute, che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate. »

Continua...

« I successivi itinerari di preparazione dell'attività scolastica saranno indirizzati a rendere gli obiettivi e gli interventi educativi e didattici quanto più possibile adeguati alle esigenze e potenzialità evidenziate nella diagnosi funzionale dell'alunno e daranno luogo alla elaborazione di un progetto educativo individualizzato ben inserito nella programmazione educativa e didattica».

Questi aspetti positivi-pedagogici non sono stati interpretati bene dalla Legge 104 e sono rimasti fuori nello spirito e nell'Atto di indirizzo DPR 1994

La diagnosi funzionale
nel DPR 1994

I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

- Deriva da una cultura medica tradizionale
- Dà esclusiva attribuzione di competenze al personale sanitario
- Scarsamente legata alle necessità degli insegnanti

La nuova diagnosi funzionale educativa

- Cerca di raggiungere la conoscenza più approfondita ed estesa di un alunno
- "Funzionale"-di immediata utilità per l'insegnante (nella scelta di obiettivi appropriati e metodi di lavoro efficaci)
Utile per costruire un buon PEI

La nuova diagnosi funzionale

- Amplia le collaborazioni
- Coinvolge in primo luogo gli insegnanti e poi anche la famiglia nel momento diagnostico

Coinvolgimento

Insegnanti

Specialisti Sanitari-Sociali

Famiglia

Alunno(nei casi possibili)

Prospettive e metodologie di valutazione diverse che si integrano e completano

Scuola -ruolo di regia

- Organizzare e coordinare la raccolta di dati finalizzandola al miglioramento della prassi scolastica
- Attivare collaborazioni con diverse figure professionali (psicologo scolastico,pedagogista,educatore sociale, riabilitatore..)

La nuova diagnosi funzionale

- Richiede una visione ed una azione collaborativa e condivisa

- Valorizza i ruoli,trasmette consapevolezza,competenze,definisce regole e accordi

Il modello ICF

Modello di riferimento concettuale e di linguaggio comune che contribuisce all'elaborazione di una conoscenza condivisa della situazione del soggetto

La Diagnosi Funzionale ICF

Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute
,OMS 2002

Aree principali e Strumenti di Diagnosi funzionale

Aree della diagnosi funzionale

- condizioni fisiche/di salute
- funzioni corporee
- strutture corporee
- attività personali
- partecipazione sociale
- fattori contestuali ambientali
- fattori contestuali personali

Riguarda la situazione fisica-organica dell'alunno :

?caratteristiche della sua sindrome

?necessità terapeutiche e riabilitative

Sono richieste professionalità specialistiche nel campo medico:

- neurologico
- neuropsichiatrico
- pediatrico ortopedico,riabilitativo,biomedico,ecc.

Informazioni clinico-mediche

- storia clinica

- diagnosi clinica

- effetti operativi sulla prassi scolastica

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Definizioni operative per l'insegnante:

1. Precauzioni per l'alunno, es. alimentazione, posture, movimenti particolari, ecc.
2. La necessità di assumere farmaci (e il loro vero effetto diretto e collaterale).
3. La necessità e il tipo di interventi riabilitativi extrascolastici di varia natura.
4. La programmazione nel tempo di visite e controlli.
5. Le persone specifiche di riferimento tecnico nei vari ambiti.

2 Area: Funzioni Corporee

«Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei vari sistemi corporei (comprese le funzioni mentali). Le menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa». (OMS, 2002)

Ambito di valutazione funzioni corporee

■ Funzioni mentali

Area delle Funzioni mentali Attività e Partecipazione

Bisogna ricercare i punti di forza dell'alunno

Definizioni:

■ **capacità** : quello che il soggetto è in grado di fare senza alcuna influenza, positiva o negativa, di fattori contestuali, ambientali o personali.

■ **performance** : quello che invece il soggetto fa sotto l'influenza dei fattori contestuali.

Se le capacità e le performance non raggiungono le aspettative si viene ad evidenziare una difficoltà, un deficit, una restrizione di attività e/o partecipazione.

Criteria di valutazione

confronto con quello che l'alunno teoricamente e idealmente «dovrebbe» saper fare, data la sua età anagrafica → diagnosi di sviluppo

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

?si effettua con test e schede di osservazione di tipo «normativo»

Criteri di valutazione

■confrontare le capacità/performance concretamente manifestate dall'alunno con quanto uno specifico ambiente di vita richiede

■si determina il livello di adattamento positivo rispetto ad autonomia e qualità della vita

■Schede di osservazione

Ambito di valutazione delle funzioni corporee:

FUNZIONI MENTALI

«Questa parte riguarda le funzioni del cervello e comprende sia funzioni mentali globali come la coscienza, l'energia e le pulsioni, che funzioni mentali specifiche, come la memoria, il linguaggio e il calcolo» . (OMS, 2002)

La valutazione

valutare il funzionamento intellettivo dell'alunno attraverso il suo modo abituale e quotidiano di operare nelle principali funzioni cognitive

Nel lavoro didattico

E' utile suddividere il funzionamento cognitivo in specifiche funzioni "semplici" ben identificabili e valutabili per individuare deficit specifici e punti di forza

Processi cognitivi

■attenzione

■memoria

■capacità di risoluzione dei problemi (Problem solving)

Strumenti

Scala SDAI

Scala per l'individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività

Test Lap/Stanford e Zelman

Valutazione globale dello sviluppo mentale

3 Area: Strutture Corporee

«Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti. Le menomazioni sono problemi nella struttura del corpo, intesi come deviazioni o perdite significative» . (OMS, 2002)

VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' PERSONALI E DELLA PARTECIPAZIONE SOCIALE

Attività personali

«L'attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Le limitazioni dell'attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgimento delle varie attività». (OMS,2002)

Ambiti di rilevazione delle informazioni

1. Apprendimento e applicazione delle conoscenze
2. Compiti e richieste generali
3. Comunicazione
4. Mobilità
5. Cura della propria persona
6. Vita domestica
7. Interazioni e relazioni interpersonali

1. Apprendimento e applicazione delle conoscenze

«Questa parte riguarda l'apprendimento, l'applicazione delle conoscenze acquisite, il pensare, il risolvere problemi e il prendere decisioni».

“percepire”

costruirsi un'immagine mentale il più possibile fedele e utilizzabile dei vari aspetti della realtà che ci circonda e del nostro stesso corpo

La “nostra” percezione

E' un processo attivo e costruttivo

?funzionalità biologica degli organi di senso ,di trasmissione ed elaborazione a livello del SNC

?Bagaglio di esperienze e conoscenze

Valutazione della percezione

Materiali strutturati specifici

- Test specifici di *Percezione visiva e integrazione motoria* TPV (Frostig)
- per valutare le competenze immaginative-spaziali
Benedan Antonietti 1997 *Pensare le immagini*

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

- Acquisizioni delle abilità
- Il gioco dell'occhio (Erickson 2000)

Osservazione del gioco

- Le attività ludiche sono spontanee nei primi anni di vita e sono alla base dello sviluppo cognitivo

↓

nel bambino con ritardo mentale grave o difficoltà motorie si presentano deficitarie

Nella valutazione delle abilità del gioco osservare:

Come interagisce l'alunno con i materiali ludici e manipolativi (di vari livelli)

il tempo di gioco autonomo

livello di competenza motoria

livello di abilità cognitive, di attenzione e comprensione

Se il livello dell'alunno è più elevato

- quanto le sue attività sono appropriate alla sua età, normalizzanti e integrate in un contesto di partecipazione sociale.
- Quali sono i suoi interessi e le sue preferenze per il suo tempo libero

■ La valutazione dovrebbe considerare il livello di gioco attualmente presente e le potenzialità, in relazione ai deficit del bambino, alle sue abilità e alle circostanze ambientali

2. Compiti e richieste generali

«Questa parte riguarda gli aspetti generali dell'eseguire compiti singoli o articolati, organizzare la routine e affrontare lo stress. Questi item possono essere usati in congiunzione con compiti o azioni più specifici per identificare le caratteristiche sottostanti all'esecuzione dei compiti in circostanze diverse». (OMS, 2002)

- valutazione delle competenze nella risoluzione dei problemi
- per le componenti routine si fa riferimento alle abilità di autonomia personale/sociale
- La gestione della tensione nel contesto della diagnosi funzionale educativa non è applicabile ma sono queste competenze sono importanti nel Pdv: devono essere descritte e valutate

3. Comunicazione

« Questa parte riguarda le caratteristiche generali e specifiche della comunicazione attraverso il linguaggio, i segni e i simboli, inclusi la ricezione e la produzione di messaggi, portare avanti una conversazione e usare strumenti e tecniche di comunicazione ». (OMS, 2002)

Comunicazione

■ **volontà**

(motivazione e disponibilità)

■ **capacità**

(di entrare in contatto con altre persone emettendo e ricevendo messaggi)

Valutazione

Intento comunicativo

la volontà di entrare in rapporto comunicativo con altre persone per inviare messaggi rispetto ai suoi desideri o essere disponibile a comprendere i messaggi inviati da altre persone

In alcuni casi di autismo grave o di ritardo mentale gravissimo, manca questa volontà di entrare in contatto comunicativo con un'altra persona

Valutare

La padronanza

dei vari e diversi «mezzi» tecnici di Comunicazione

Motoria, gestuale, vocale, figurale, scritta Verbale

↓

Scegliere il sistema più adatto per l'alunno

la valutazione del linguaggio

La valutazione dello sviluppo del linguaggio è un'operazione lunga e complessa: necessario un lavoro interdisciplinare con il logopedista.

Altri aspetti della valutazione

la capacità di padroneggiare il corretto significato di un patrimonio lessicale adeguato per l'età dell'alunno

Aspetti pragmatici: capacità di usare il linguaggio per esprimere opinioni, fare richieste, offrire aiuto, dare informazioni ecc.

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Strumenti di valutazione

- strumenti strutturati specifici (test o parti di batterie)
- modalità informali di osservazione per gli aspetti pragmatici e di contenuto nel linguaggio

Schede di osservazione

- modello TEEACH (Watson et.al.1997)
- Per la valutazione della comunicazione spontanea del bambino artistico

4.MOBILITA'

«Questa parte riguarda il muoversi cambiando posizione del corpo o collocazione o spostandosi da un posto all'altro, portando, muovendo o manipolando oggetti, camminando, correndo o arrampicandosi e usando vari mezzi di trasporto».
(OMS, 2002)

Abilità motorie

■ **abilità grosso-motorie** (camminare, stare seduti, tenere il capo eretto, lanciare una palla, ecc.)

■ **abilità fino-motorie** (movimenti delle dita nella prensione e nella manipolazione, l'articolazione dei suoni nel linguaggio, ecc.).

Parametri di valutazione

- **«come»** si manifesta il movimento, in termini di precisione e di accuratezza.
- **l'intensità** di un movimento, cioè la quantità di forza finalizzata che l'alunno produce.
- la **durata** dello sforzo prodotto, ossia la resistenza che l'alunno può dimostrare in un certo movimento o postura.
- La **capacità di coordinare** i movimenti di diverse parti del corpo (con precisione, sincronia equilibrio, velocità).

Abilità percettivo-motorie

i movimenti sono continuamente guidati orientati e corretti da indicazioni e feedback percettivi

5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA

«Questa parte riguarda la cura di sé, lavarsi e asciugarsi, occuparsi del proprio corpo e delle sue parti, vestirsi, mangiare e bere, e prendersi cura della propria salute». (OMS, 2002)

La valutazione dell'autonomia personale

abilità di base nella cura di sé del proprio benessere e del proprio corpo

Autonomia personale

Componenti di base:

- controllo degli sfinteri (Iter specifico)
- alimentazione
- igiene personale
- vestirsi e svestirsi

Bisogna avere nei confronti dell'alunno aspettative di autonomia personale adeguate all'età

Autonomia personale

Valutazione /strumenti

- fare un confronto con le tappe di sviluppo nelle varie componenti dell'autonomia
- Per valutare il grado di autonomia si possono costruire schede di osservazione

Realizzazione di una scheda di osservazione

«analisi del compito descrittiva»

(Task analysis sequenziale)

profilo qualitativo delle capacità dell'alunno

Altri elementi di valutazione

- La generalizzazione (situazioni e contesti diversi)
- Aspetti psicologici
(Presenza di conflitti personali e familiari)

6. Vita domestica

«Questa parte riguarda l'esecuzione di azioni e compiti domestici e quotidiani. Le aree della vita domestica includono procurarsi un posto in cui vivere, cibo, vestiario e altri beni di prima necessità, le pulizie della casa e sistemare e aver cura degli oggetti personali e di altri oggetti casalinghi, e assistere gli altri». (OMS, 2002)

La valutazione

- E' appropriata per un numero più limitato di alunni, per la complessità delle abilità in questione
- Stessa metodologia di valutazione dell'autonomia personale ma non test di sviluppo
- Abilità richieste nel quotidiano

7. Interazioni e relazioni personali

«Questa parte riguarda l'esecuzione delle azioni e dei compiti richiesti per le interazioni semplici e complesse con le persone (estranei, amici, parenti, membri della propria famiglia, partner e persone amate) in un modo contestualmente e socialmente adeguato». (OMS, 2002)

I comportamenti di interazione

Sono adeguati e positivi :

- se consentono di raggiungere gli obiettivi posti in una situazione
- se non ostacolano (o meglio facilitano) gli altri nel raggiungimento dei loro obiettivi

Abilità relazionale

una modalità di rapportarsi che tiene equamente conto degli obiettivi propri ma anche di quelli altrui

Abilità relazionale

Interconnessa con dimensioni psicologiche fondamentali

l'emotività, la sicurezza personale, il grado di sviluppo dell'identità autonoma

Interconnessa con il livello cognitivo dell'alunno le situazioni interpersonali richiedono **strategie relazionali**

Comprendere l'altro empatia

A livello corporeo

La comunicazione non verbale:

Espressioni del viso, lo sguardo, la gestualità, il contatto, la vicinanza...

Deficit relazionali

- Ritardo mentale e nel disturbo autistico
- Nei comportamenti problema (aggressività o negativismo, opposizione e rifiuto)

Strumenti

- Per una valutazione globale del comportamento interpersonale
- Il Test SIB (Arrindel et al. 2004)

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Aree

«Funzioni mentali»«Attività personali»

della Diagnosi funzionale

■Si valutano i livelli di competenza dell'alunno in aree generali ma fondamentali per il suo sviluppo, apprendimento e socializzazione.

■Si esplorano i suoi punti di forza e di debolezza in questi ambiti.

■Si usano test o analisi più o meno informali

■di valutazione

Dalle Attività alla Partecipazione sociale

Partecipazione sociale

«La partecipazione è il coinvolgimento attivo in una normale situazione di vita integrata. Le restrizioni della partecipazione sono i problemi che un individuo può incontrare nel coinvolgimento nelle normali situazioni di vita». (OMS,2002)

Ambiti della Partecipazione

1. Aree di vita principali

2. Vita sociale, civile e di comunità

1. Aree di vita principali

«Questa parte riguarda lo svolgimento dei compiti e delle azioni necessarie per impegnarsi nell'educazione, nel lavoro e nell'impiego e per condurre transazioni economiche». (OMS,2002)

La valutazione dell'alunno

Punti di forza e deficit rispetto alla partecipazione attiva agli obiettivi e alle attività previsti dalla normale programmazione della sua classe

La Valutazione

valutazione è **funzionale**

individuazione di obiettivi riferiti all'attività di classe

Valutazione delle competenze

se le abilità possedute dall'alunno anche se deficitarie sono di buon livello

Se la situazione è difficile

trovare obiettivi e attività che :

- siano molto vicini ai punti di forza
- facciano parte integrante della disciplina in questione

metodologie

■ conoscere sempre più approfonditamente le abilità e deficit dell'alunno

■ Adattare, semplificare e ridurre gli obiettivi che si stanno proponendo alla classe

Vita sociale, civile e di comunità (d910-d950)

«Questa parte riguarda le azioni e i compiti richiesti per impegnarsi nella vita sociale fuori dalla famiglia, nella comunità, in aree della vita comunitaria, sociale e civile». (OMS, 2002)

Valutazione

Bisogna tracciare una mappa degli ambienti in cui vive l'alunno per definire le autonomie sociali che gli richiede ognuno degli ecosistemi di vita e di relazione.

Abilità e contesti

■ Scuola

arrivare a scuola da soli, a piedi o con mezzi pubblici ,riconoscere la propria aula, ecc.

■ Quartiere/città

la mobilità, l'orientamento, abilità pedonali l'uso dei negozi e del denaro, la lettura di insegne, la gestione del tempo, ecc.

Strumenti

■ schede per l'osservazione specifiche o globali

■ Scheda di valutazione sulle abilità di sicurezza personale

Valutazione dei fattori contestuali

ambientali e personali

Fattori contestuali ambientali

«I fattori contestuali ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui la persona vive». (OMS,2002)

Ambiti di Fattori contestuali ambientali

- Prodotti e tecnologia
- Ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo
- Relazioni e sostegno sociale
- Atteggiamenti
- Servizi, sistemi e politiche

1. Prodotti e tecnologia

«Questa parte riguarda i prodotti o sistemi di prodotti, naturali o fatti dall'uomo, gli strumenti e la tecnologia esistenti nell'ambiente circostante di un individuo, che vengono raccolti, creati, prodotti e fabbricati (ogni prodotto, strumento, apparecchiatura o tecnologia adattato o progettato appositamente per migliorare il funzionamento di una persona con disabilità)».

(OMS,2002)

2. Ambiente naturale e cambiamenti effettuati dall'uomo

«Questa parte riguarda gli elementi animati e inanimati dell'ambiente naturale o fisico, e le parti di quell'ambiente che sono state modificate dall'uomo, così come le caratteristiche delle popolazioni umane all'interno di quell'ambiente ».

(OMS,2002)

3. Relazioni e sostegno sociale

«Questa parte riguarda le persone o gli animali che forniscono concreto sostegno fisico o emotivo, nutrimento, protezione, assistenza, e riguarda anche le relazioni con altre persone, nella loro abitazione, nel luogo di lavoro, a scuola, nel gioco, o in altri aspetti delle loro attività quotidiana»

(OMS,2002)

4. Atteggiamenti

«Questa parte riguarda gli atteggiamenti che sono le conseguenze osservabili di costumi, pratiche, ideologie, valori, norme, convinzioni razionali e convinzioni religiose. Questi atteggiamenti influenzano il comportamento individuale e la vita sociale a tutti i livelli, dalle relazioni interpersonali e associazioni comunitarie alle strutture politiche, economiche e giuridiche;

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Continua..

gli atteggiamenti individuali o della società nei riguardi dell'affidabilità e del valore di una persona possono ad esempio motivare pratiche positive, onorifiche o invece pratiche negative e discriminanti (ad es. stigmatizzazione, stereotipizzazione e marginalizzazione o abbandono della persona)». (OMS,2002)

5.Servizi, sistemi, politiche

«Questa parte riguarda:

- 1. Servizi che forniscono programmi strutturati e interventi, in vari settori della società, pensati al fine di rispondere alle necessità degli individui.*
- 2. Sistemi che sono meccanismi amministrativi di controllo e organizzati e sono stabiliti a livello locale, provinciale, nazionale e internazionale, dai governi o da altre autorità riconosciute.*
- 3. Politiche costituite da regole, ordinamenti, convenzioni e norme stabiliti a livello locale, provinciale, nazionale e internazionale, dai governi o da altre autorità riconosciute». (OMS,2002)*

7. Fattori contestuali personali

«I fattori contestuali personali sono il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo e rappresentano quelle sue caratteristiche individuali che non fanno parte della condizione fisica. Questi fattori comprendono il sesso, la razza, l'età, lo stile di vita, modelli di comportamento generali e stili caratteriali». (OMS,2002)

Fattori contestuali personali

Devono essere privilegiati gli aspetti psicologici, affettivi e comportamentali

Aspetti psicologici affettivi e comportamentali

1. Stili di attribuzione
2. Autoefficacia
3. Autostima
4. Emotività
5. Motivazione
6. Comportamenti problema

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Influenza dei fattori contestuali ambientali sulle capacità

■ connessi con la realtà di integrazione scolastica: tecnologie di ausilio all'apprendimento e al comportamento, relazioni e sostegno sociale, atteggiamenti e culture.

■ Sullo sfondo, con effetti indiretti :l'Ambiente naturale e prodotto dall'uomo e i Sistemi di servizi con le rispettive politiche.

Ruolo della famiglia

■ La conoscenza della situazione familiare è essenziale per creare un collegamento forte e collaborativo, un'alleanza psicoeducativa tra scuola, Servizi e famiglia.

■ Competenza primaria dell'assistente sociale

I vissuti e gli atteggiamenti familiari diventano fattori contestuali ambientali che incidono direttamente sull'alunno sulla sua crescita e il suo benessere psicologico

■ Come la famiglia si pone rispetto al figlio:

■ Autonomia

■ Obiettivi

■ Progetti di vita

Bisogna conoscere

Gli aspetti psicologici e comportamentali che influenzano talvolta in modo determinante il benessere psichico dell'alunno, il suo apprendimento e le sue possibilità di una socializzazione soddisfacente

Valutazione

■ Dell'alunno della sua "immagine di sé come persona che apprende", dei suoi atteggiamenti e idee sul suo lavoro scolastico, del suo senso di autoefficacia e livello di autostima, della sua identità autonoma, della maturità relazionale ed eventuali problemi comportamentali e psicopatologici.

■ Questi aspetti si sviluppano e regolano sulla base delle esperienze personali dell'alunno e attraverso i messaggi diretti e indiretti che invia l'ambiente culturale, familiare e scolastico.

L'autostima

Il complesso di percezioni, valutazioni e sentimenti di valore che abbiamo verso molti aspetti della nostra persona

■ Scolastico

■ Relazionale

■ Familiare

■ Emozionale

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Aspetti emotivi

- Paura (della separazione dai genitori)
- Ansia (per l'insuccesso e situazioni nuove)
- Rabbia/collera
- Eccitazione positiva/gioia
- Depressione, dolore da fallimento, perdite e conflitti

Comportamenti problema

- Autolesionismo
- Aggressività
- Stereotipie

RICHIEDONO INTERVENTI PSICOEDUCATIVI
SPECIFICI

■ *Manuale di psicologia per insegnanti*
(Fontana, 1994)

Vengono trattati i temi dell'interazione tra insegnante e alunno.

Dal Piano educativo individualizzato al Progetto di vita

Componenti fondamentali di un PEI-Pdv

La Diagnosi funzionale

Fornisce un quadro articolato dei punti forza e deficit dell'alunno sul quale costruire gli obiettivi e le attività concrete per quell'alunno, in quella specifica situazione e con le risorse realisticamente a disposizione

Il Profilo dinamico funzionale funge da strumento di raccordo tra la conoscenza dell'alunno, prodotta dalla Diagnosi funzionale educativa, e la definizione di attività, tecniche, mezzi e materiali per la prassi didattica di ogni giorno

Le fasi operative del Profilo dinamico funzionale

FASE 1: Sintetizzare i risultati della Diagnosi funzionale nelle aree significative del modello ICF (condizioni fisiche, funzioni e strutture corporee, attività personali, ecc.)

Le informazioni dovrebbero essere così sintetizzate e integrate :

1. Punti di forza: livello raggiunto, abilità possedute adeguatamente (capacità ICF).
2. Punti di forza, livelli raggiunti, abilità manifestata grazie alla mediazione positiva di fattori contestuali (performance ICF) (specificando il ruolo giocato dalla mediazione positiva o negativa dei fattori contestuali).
3. Deficit: cioè carenza, mancanza, incapacità o sviluppo inadeguato rispetto ai criteri e alle aspettative.
4. Relazioni di influenza tra vari ambiti di funzionamento dell'alunno (soprattutto quelle più utili per gli obiettivi dell'integrazione scolastica).

FASE 2: Definire gli obiettivi a lungo termine

FASE 3: Scegliere gli obiettivi a medio termine

FASE 4. Definire gli obiettivi a breve termine e le sequenze di sotto- obiettivi

Uno dei compiti «collegiali» della Diagnosi funzionale sarà proprio quello di equilibrare i bisogni di individualizzazione verso la partecipazione piena alle

normali attività della classe con i bisogni di personalizzazione delle opportunità educative verso competenze utili in un'ottica di Progetto di vita adulta.

Le attività, i materiali e i metodi di lavoro

- si elaborano soluzioni operative nella dinamica insegnamento-apprendimento per favorire il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Profilo dinamico funzionale.
- si identificheranno : spazi, tempi, le persone e le altre risorse materiali, organizzative, strutturali e metodologiche che serviranno per realizzare attività didattiche, educative e di stimolazione

- C'è bisogno di un repertorio ampio di attività, situazioni, modelli di lavoro, sequenze di obiettivi articolate per difficoltà crescente e che si siano dimostrate efficaci.

- in funzione delle caratteristiche dell'alunno, delle risorse della situazione e della competenza e preferenza didattica

Le verifiche e le valutazioni

- sulla base degli esiti oggettivi delle attività di insegnamento

- come una prassi costante delle varie attività realizzate (non solo a fine anno scolastico)

- riferite al grado di generalizzazione delle abilità, di mantenimento nel tempo delle competenze acquisite e di livello raggiunto rispetto alle capacità di autoregolazione autonoma di una data abilità

- sulla appropriatezza e validità degli obiettivi

Il Progetto

- Deve rivolgersi in una prospettiva temporale più lunga e più ampia, coinvolgendo la famiglia, la comunità, i vari ecosistemi di vita e relazione, nella prospettiva dell'integrazione sociale e lavorativa. Ne esce una progettualità integrata, globale, orientata alla complessità e molteplicità delle dimensioni della vita adulta.

Il progetto di vita

progetto di vita è innanzitutto un «pensare» in prospettiva futura nelle dimensioni dell'essere adulto, con i vari ruoli sociali

- è utile pensare al Progetto di vita come un «orientamento di prospettiva», interno alle varie attività, continuo e costantemente attivo nella definizione degli obiettivi a lungo termine nella scelta dei criteri per gli obiettivi a medio termine, nelle attività di valutazione autentica, di sviluppo psicologico, ecc.

Piano tecnico

— scegliere obiettivi orientati alla vita adulta

— usare modalità «adulte» di lavorare verso gli obiettivi

DAL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO AL PROGETTO DI VITA

- competenze di gestione del tempo libero, sia in casa che fuori;
- competenze -di gestione autonoma e/o assistita di un proprio luogo di vita;
- competenze di sviluppo/mantenimento di una rete di supporto sociale informale;
- competenze di gestione delle proprie risorse economiche;
- competenze affettive e sessuali;
- competenze per realizzare una propria vita familiare.

Modalità di insegnamento
apprendimento

- esperienze dirette nel vivo della situazione reale le situazioni di simulazione e *role playing*

•il contatto coinvolgimento-formazione-supervisione di risorse informali di insegnamento

•Se prendiamo come fondamento del PEI il modello concettuale dell'ICF, valutando la situazione dell'alunno nel suo complesso e proponendo obiettivi nelle varie dimensioni del modello, sappiamo che questa articolazione varrà anche per la vita adulta.

•Avere un approccio rivolto al Progetto di vita richiede necessariamente anche un ampliamento di orizzonte rispetto agli «attori» di questo processo. Dovrà essere coinvolta la scuola, certo, ma anche la famiglia, i Servizi (socio-sanitari, sociali, per l'impiego, educativi, domiciliari, ecc.), le risorse relazionali informali della rete familiare (parenti, amici, ecc.), le risorse associative, ricreative e culturali di un territorio e di una comunità, i vicini di casa, i negozianti, il barista, i vigili urbani, ecc.

•La condizione adulta richiede una complessa «maturazione» psicologica e affettiva

•la persona diventerà adulta nella misura in cui la sua identità sarà autonoma e stabile

•Aiutiamo dunque la persona con ritardo mentale a non restringere la sua identità su alcuni elementi soltanto: gli aspetti funzionali o strutturali del corpo, le sue capacità, la sua famiglia.

•i successi/ fallimenti in alcune capacità, i limiti funzionali/strutturali del corpo, le difficoltà di partecipazione sociale, gli atteggiamenti sociali e familiari costituiscono parti significative del contenuto del Sé e dell'identità, attraverso il rispecchiarsi nell'Altro.

come funziona psicologicamente l'identità

•l'identità si sviluppa, si modifica attraverso il lavoro interconnesso di quattro dimensioni mentali, a cui è utile dedicare un'attenzione specifica.

•Nella dimensione *valori, obiettivi, motivazioni* noi collochiamo tutto ciò a cui attribuiamo un valore positivo (obiettivi da raggiungere) o valore negativo (situazioni da evitare): in positivo desideri, aspirazioni, bisogni, modelli da imitare, fonti di gratificazione e successo. Questa dimensione ci spinge a un'azione, orientata a fare quello che siamo capaci per raggiungere i risultati desiderati.

•Ma le nostre azioni, spinte dalla motivazione, sono sottoposte alla mediazione positiva o negativa di altre due dimensioni identitarie: *l'autoefficacia* («Sono in grado di fare quell'azione che vorrei fare?») e *le attribuzioni* su di esso fatte.

Azioni e strategie dell'apprendimento-insegnamento

•Nell'agire didattico quotidiano, qualunque siano gli obiettivi che cerchiamo di raggiungere, dobbiamo muoverci sempre su tre piani:

•la relazione con l'alunno,

• la dimensione metodologico-didattica, organizzata in concrete attività,

• la gestione, delle dinamiche di comunicazione e mediazione didattica

La relazione alunno -insegnante

•la qualità della relazione insegnante alunno è la cornice indispensabile di ogni attività di sviluppo e apprendimento, e lo è ancora di più se l'alunno presenta delle difficoltà.

• Se la relazione è carente o disturbata, i successivi livelli di azione sono compromessi, e il disagio che si crea può portare allo sviluppo di disturbi o problemi anche gravi.

•Bisogna facilitare lo sviluppo di una relazione buona e significativa
attraverso la quale

• Cerchiamo di facilitare lo stabilizzarsi di un «legame»

La relazione

•produce benessere psicologico, ci arricchisce in quanto tale ci motiva, ci fa sentire pieni di relazioni di amicizia, di vicinanza, di supporto, di condivisione

•è utile, serve a farci raggiungere degli scopi, a farci funzionare più efficacemente in un contesto come quello dell'apprendimento, del gioco o del lavoro

•

La relazione insegnante-alunno

•Il potere e l'asimmetria nella relazione sono una grande responsabilità: per l'altro e anche per sè E' essenziale sfuggire a due rischi: la manipolazione e il controllo dell'altro per propri bisogni (di approvazione, di sentirsi indispensabili, amati, efficaci, ecc.) e il non sentirsi responsabili (e cioè in ascolto continuo) delle proprie emozioni, dubbi, difficoltà.

La relazione d'aiuto

Una buona relazione di aiuto ha bisogno :

- di tempo ,di occasioni e di incontri ripetuti
- di accompagnamento
- di guida
- di lavoro sulle resistenze

Una relazione si avvia a diventare buona quando

•ci si accetta profondamente per quello che si è, quando l'altro «mi va bene» al di là delle sue capacità, competenze, stato di salute, età, comportamento, ecc.

•al di là del suo fare qualcosa che io desidero

Una relazione si avvia a diventare buona quando

•ci si sente ascoltati, compresi profondamente, anche negli aspetti più delicati, quelli emotivi

l' ascolto attivo è centrale in un'alleanza educativa e la alimenta di fiducia

Attiva attesa-attiva condivisione

La comprensione empatica

Rende la relazione «buona» e favorisce molti aspetti dello sviluppo emotivo dell'alunno e dell'insegnante

Un insegnante empatico aiuta l'espressione dell'emozione, eventualmente ne contiene e ne limita i comportamenti conseguenti, se problematici, offre conforto e fornisce etichette verbali per gli stati affettivi.

Una relazione si avvia a diventare buona

•quando ci sentiamo in un progetto di azioni concordemente e coerentemente orientate a degli obiettivi, quando qualcuno, che ci valorizza e ci comprende, ci guida per mano

•Quando le direzioni sono condivise, sono il «nostro» progetto

•L'insegnante che accetta, valorizza, ascolta e comprende ora si assume un'altra responsabilità, quella dell'azione orientata. Questo <fare> essere costantemente monitorato rispetto agli esiti che esso produce in termini di autostima,. identità e sicurezza dell'alunno

Una relazione è buona se

- produce in entrambi aumento di autostima
 - Permette lo sviluppo (in entrambi) di un'identità più autonoma, sempre più articolata e forte
 - genera (in entrambi) sicurezza
 - Crea una «base sicura», il sentirsi protetti per affrontare bene i rischi.
 - La sicurezza, l'identità e l'autostima danno energia alla relazione e alle persone che la costruiscono, e questa energia diventa anche curiosità, interessi, motivazioni voglia di apprendere, creatività.
 - Una relazione è buona e significativa se ci sono accettazione incondizionata, attribuzione di valore positivo, ascolto attivo, conoscenza comprensione empatia, proattività, stimolo, aiuto, accompagnamento, guida, attese.....
- Nessun essere umano riesce a fare bene tutto questo, si commetteranno tanti errori.
- Non dobbiamo stare fermi per timore di sbagliare,
- Per educare bisogna partecipare con energia al processo formativo.** Ognuno deve essere guidato, ma anche aiutato a diventare autonomo.

- Maria Montessori suggeriva di ascoltare il duplice bisogno di ogni persona che cresce:
- *«Aiutami a fare da solo».... «Dammi sostegno, ma stimola anche la mia autonomia. Stammi vicino quando ho bisogno, ma insegnami anche a conoscerla da solo»*

La relazione con i compagni

- Una non accettazione, un rifiuto o l'essere ignorati in questo sistema produrrà disagio e danni significativi.
 - Gli alunni disabili sono più a rischio degli altri compagni di essere oggetto di rifiuto
- molte ricerche dimostrano che le principali determinanti della simpatia sono i comportamenti sociali positivi (come le abilità di conversazione e cooperazione) I bambini individuano i compagni simpatici in quelli disponibili, amichevoli, gentili, generosi, comprensivi e bravi nei giochi.
- Tra i fattori che invece generano antipatia troviamo spesso i problemi di comportamento, sia del genere esternalizzato (disturbo, aggressioni, ecc.) sia del genere evitante/ansioso, oltre a qualche caratteristica fisica e mentale atipica (disattenzione, scarsa autoregolazione, ecc.) (Bierman, 2004).
- Cornice metodologica didattica

•è rivolta allo sviluppo di relazioni pro- sociali e di aiuto reciproco tra gli alunni, su cui innestare soluzioni metodologiche più strutturate come l'apprendimento cooperativo e il tutoring che usano la «risorsa compagni di classe/scuola».

La classe resiliente

•Prendersi cura dell'ecologia della classe, del favorire la sua resilienza :

rendere realmente più resistente la classe agli «urti» dei vari Bisogni Educativi Speciali, delle disabilità, delle necessità di individualizzare. Una classe più forte e ricca di risorse che sappia poi concretamente sostenere strategie didattiche inclusive, talvolta molto impegnative.

Trovare soluzioni

•Per cui gli alunni creano amicizie, rapporti informali di aiuto reciproco, si cercano, si invitano, progettano insieme come passare il tempo libero, ecc. Nel caso degli alunni con disabilità, risulta evidente come questa dimensione debba diventare un obiettivo da perseguire con decisione e sistematicità

Clima positivo

•Se si crea un clima di classe resiliente, si intrecciano aspetti psicologici (autoefficacia, autodeterminazione, autoregolazione) e aspetti relazionali (con gli insegnanti, tra alunni, scuola-famiglia).

Creare reti di sostegno in classe

•Bisogna usare strategie di sostegno alla pro-socialità e alla solidarietà tra studenti

•creare reti informali di amicizia e a aiuto reciproco

Includere programmi di apprendimento rivolti alla pro-socialità

•a lungo termine, le risorse investite per favorire comportamenti prosociali negli studenti facciano risparmiare tempo ed energia, prevenendo l'insorgenza di problemi nell'ambito delle relazioni, ma anche in quello cognitivo.

•Dall'altro lato, dove manca il senso di comunità e di forte appartenenza a un gruppo ci sono problemi crescenti di scarso rendimento, abbandono scolastico, abuso di droghe, emarginazione degli studenti disabili o con Bisogni Educativi Speciali e bullismo

L'adattamento degli obiettivi curricolari e dei materiali su cui si apprende

•In questa ricerca continua del «punto di contatto» diventa utilissima la stretta collaborazione tra gli insegnanti curricolari (che conoscono meglio quel campo di sapere, la sua epistemologia e la sua didattica) e i docenti di sostegno (che conoscono meglio l'alunno, le sue caratteristiche, i suoi bisogni e le dinamiche di insegnamento apprendimento)

•La ricerca del punto di contatto è un processo continuo di avvicinamento e collegamento di obiettivi, in modo che quelli individualizzati per l'alunno disabile rispondano il più possibile, a due criteri:

DAL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO AL PROGETTO DI VITA

- siano nell'ambito disciplinare curricolare
- siano compatibili con i suoi livelli di performance.

•la sequenza dei cinque livelli segue il principio di parsimonia: non cambiare niente che non sia strettamente necessario, modificare il meno possibile, ma se serve per aiutare la risposta all'alunno, dovremmo via via modificare anche profondamente la situazione di apprendimento.

•Le operazioni della fase di «sostituzione» sono necessarie prevalentemente nei casi di difficoltà sensoriali e/o motorie.

•Le fasi della «facilitazione» sono particolarmente appropriate quando le difficoltà non sono troppo forti e sono specifiche e settoriali.

•Quando però i deficit di comprensione, elaborazione e diventano più significativi, si dovrà ricorrere alle varie procedure della fase di «semplificazione», e, nei casi di ancor maggiore difficoltà, dell'alunno o della disciplina, alla «scomposizione in nuclei fondanti» di quel sapere disciplinare o di quell'ambito di apprendimento.

Cornice

•Nel contesto di una buona relazione insegnante -alunno e di una buona metodologia didattica avvengono micro dinamiche che portano ad un accrescimento delle capacità/performance d'azione degli alunni