


# Il Deficit di Attenzione/Iperattività

DDAI (italiano) – ADHD (inglese): Attention Deficit Hyperactivity Disorder

[donatella.fantozzi@unipi.it](mailto:donatella.fantozzi@unipi.it)

a.a. 2019/2020



Bambini e adulti che manifestano difficoltà nel mantenere l'attenzione nel tempo, nel controllare l'impulsività e nel regolare il proprio livello di attivazione fisiologica.

Disturbo complesso che comporta disfunzioni a carico di diverse aree:

- Cognitiva
- Motoria
- Comportamentale-relazionale

# Le prime descrizioni

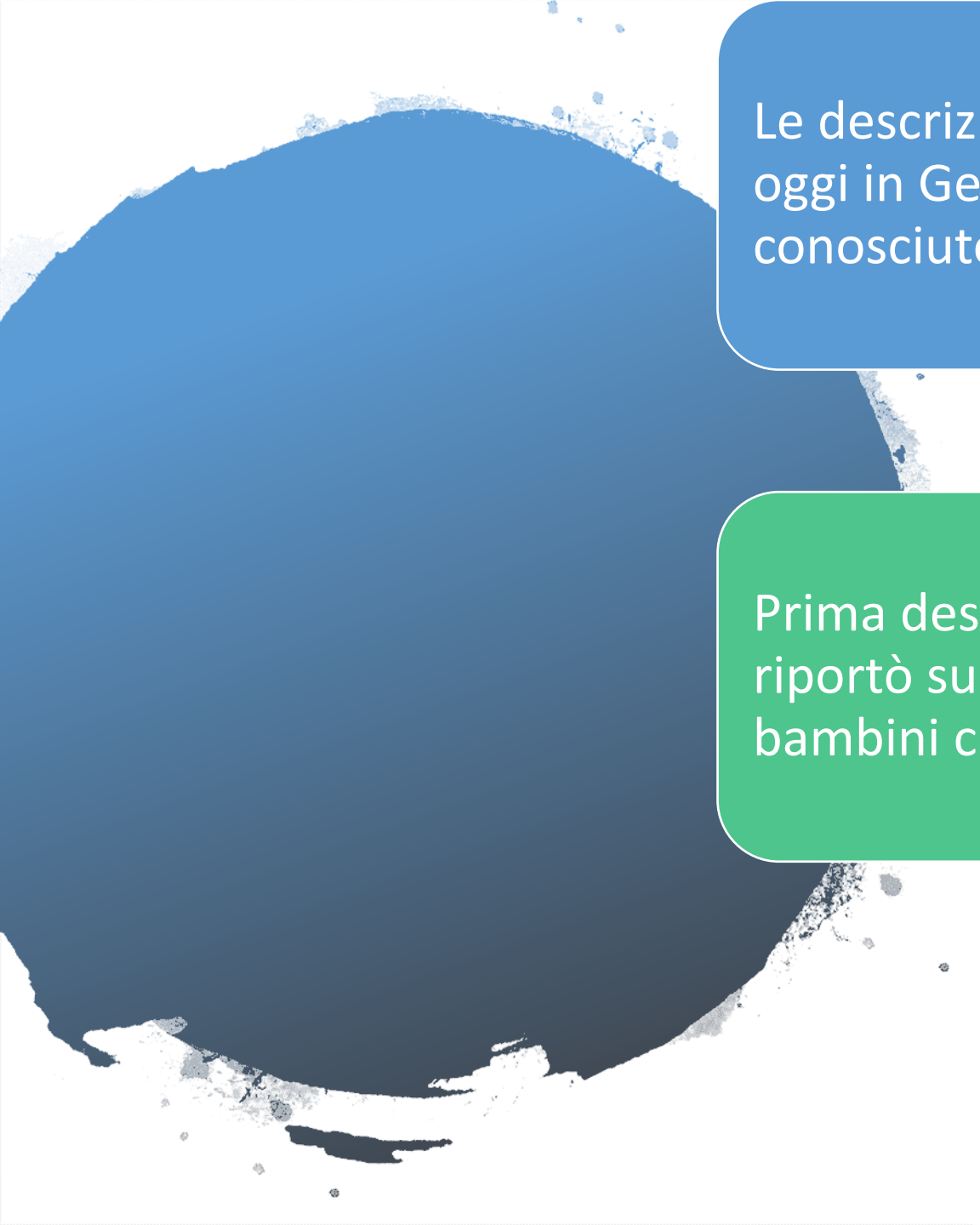
Oh, che schifo quel bambino!  
È Pierino il Porcospino.  
Egli ha l'unghie smisurate  
Che non furon mai tagliate;  
I capelli sulla testa  
Gli han formata una foresta  
Densa, sporca, puzzolente.  
Dice a lui tutta la gente:  
Oh, che schifo quel bambino!  
È Pierino il Porcospino.

*Pierino Porcospino*

Titolo originale	<i>Der Struwwelpeter</i>
------------------	--------------------------



<a href="#">Heinrich Hoffmann</a>	
1ª ed. originale	<a href="#">1845</a>
1ª ed. italiana	<a href="#">1882</a>



Le descrizioni di Hoffman erano così precise che ancora oggi in Germania così come nel resto d'Europa, il libro è conosciuto come il paradigma del bambino con DDAI


Prima descrizione scientifica: 1902 George Still (pediatra) riportò sulla rivista *Lancet* osservazioni su un gruppo di bambini che presentavano:

- Deficit nel controllo morale
- Eccessiva vivacità
- Eccessiva distruttività

Da qualche  
decennio ampio  
dibattito  
internazionale sulle  
cause del disturbo

- Microdanno cerebrale
- Anomalie biochimiche
- Complicanze neonatali
- Fattori genetici
- Fattori ambientali
- Effetti di diete particolari

Ciò spiega il motivo per cui non sia stato  
trovato il modo di intervenire  
efficacemente e si sia ricorsi alla terapia  
farmacologica, notevolmente discussa  
in Italia



U.S.A.: il paradosso: da un lato si ritiene che venga sottostimato, dall'altro, viene fatta una diagnosi sbagliata nei 2/3 dei casi

I medici statunitensi non tengono conto dei criteri diagnostici dettati dal DSM (4° e 5°)

Europa: l'uso di diversi criteri di classificazione dei disturbi psichici fa sì il DDAI venga diagnosticato raramente e che venga trattato in modo non efficace

Trascurare tale disturbo predispone il soggetto ad una patologia psichiatrica o comunque a disagio sociale in età adulta

Comorbidità con altre patologie quali il disturbo della condotta e il DOP (30-50% dei casi).



## PROBLEMI PERSISTENTI:



Nel mantenere l'attenzione

A concentrarsi



A stare fermi per più di qualche minuto



Disturbo molto più complesso della fisiologica capacità di distrarsi del bambino, deve presentarsi per almeno sei mesi in maniera continuativa, deve provocare disagio fino ad una vera e propria compromissione delle attività scolastiche e/o delle relazioni familiari e sociali



I soggetti con questo disturbo presentano soprattutto problemi a mantenere l'attenzione nel tempo e a passarla rapidamente da un compito all'altro. Ciò è dovuto non ad una carenza di risorse attentive, quanto ad una incapacità di gestire adeguatamente l'attenzione secondo le richieste dell'ambiente.

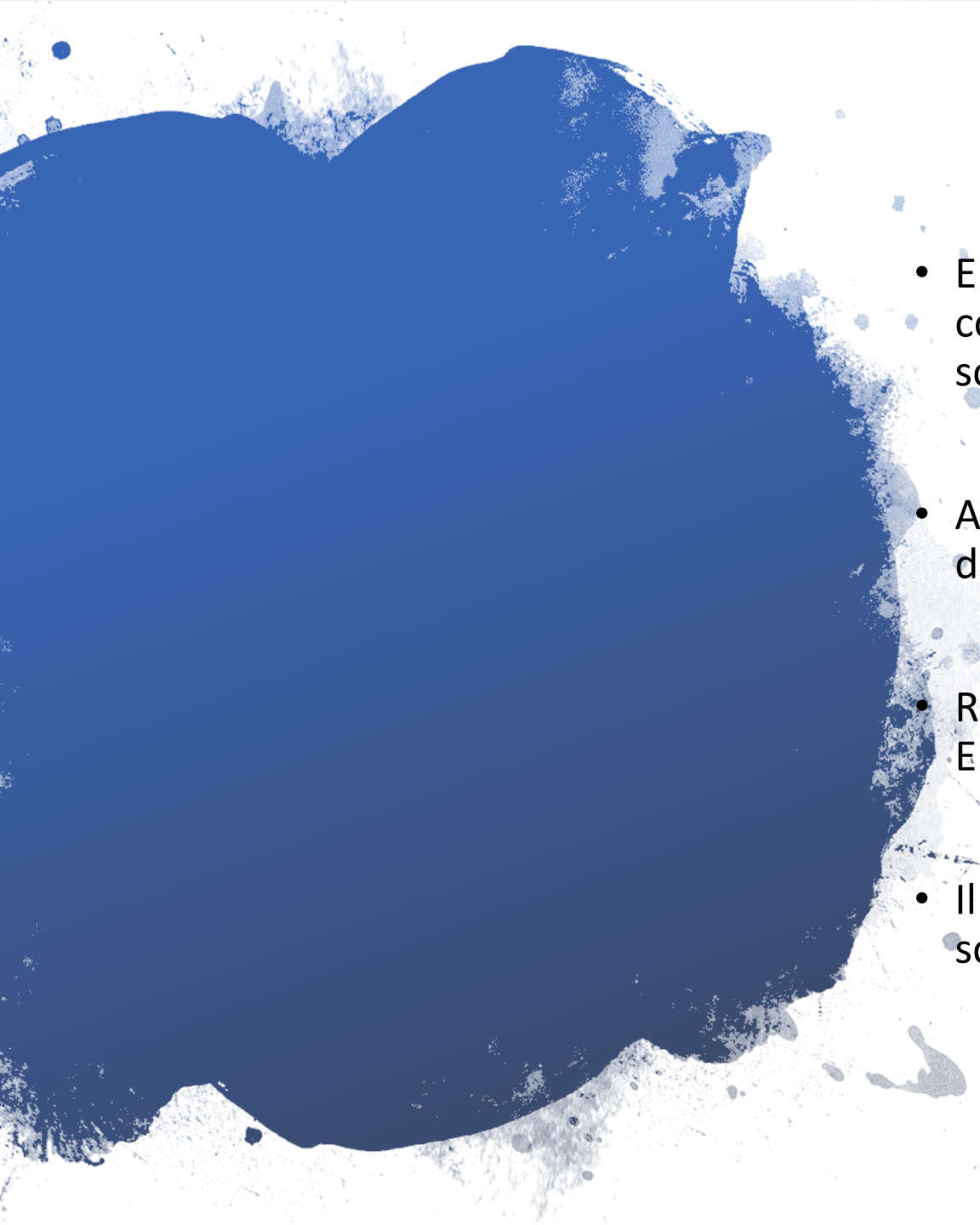
- Manca l'autocontrollo e l'autoregolazione dell'attenzione
- Comportamento incontrollato, caotico, che rende complesso seguirli anche da parte dei genitori
- Talvolta anche per gli stessi genitori è difficile discriminare fra un'estrema vivacità e un disturbo dell'attenzione



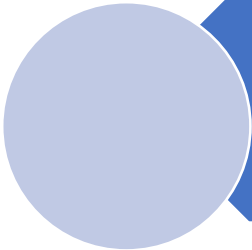
# LE CAUSE

- Anni '60: un gruppo di bambini con scarsa coordinazione motoria, disturbi dell'apprendimento e labilità affettiva, ma senza danni neurologici specifici, fu definito con l'etichetta diagnostica di *minimal brain damage* (danno cerebrale minimo)
- Anni '70 - U.S.A.: fu definito disturbo da deficit dell'attenzione
- Anni '80: disturbo da deficit dell'attenzione con o senza iperattività

Sebbene la definizione del disturbo abbia subito e continui a subire modificazioni, da alcuni decenni negli USA costituisce la diagnosi psichiatrica più frequente in età evolutiva.

- 
- Europa - anni '70: situazione diversa poiché gli psichiatri la consideravano una sindrome marginale non frequente, scarsamente trattabile e classificabile.
  - Anni '80: studiosi inglesi (M. Rutter) hanno dato una definizione più accurata del disturbo.
  - Recentemente è stato confermato che la discrepanza fra Europa e U.S.A. dipendeva dai diversi metodi diagnostici.
  - Il disturbo oscilla fra il 2% e il 9,5 % dei ragazzi in età scolare.

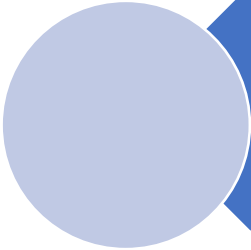
## CRITERI DIAGNOSTICI



Persistente disattenzione e/o iperattività più frequente e più grave di quanto si osservi tipicamente in soggetti con un livello di sviluppo paragonabile



Insorgenza dei sintomi entro i 7 anni



La compromissione deve manifestarsi in almeno due contesti di vita (a casa e a scuola o al lavoro) e deve risultare un'interferenza col funzionamento sociale scolastico o lavorativo



L'anomalia non deve manifestarsi durante il decorso di un altro disturbo

# I SINTOMI

**1. Mancanza di attenzione in almeno sei dei seguenti atteggiamenti, ripetuti e persistenti per almeno sei mesi che si presentano con una intensità tale da essere incompatibili col livello di sviluppo:**

- Incapacità di prestare attenzione ai particolari, oppure errori di distrazione nell'esecuzione dei compiti scolastici, lavoro o altre attività;
- Difficoltà a mantenere l'attenzione nelle incombenze o nelle attività di gioco
- Dare l'impressione di non ascoltare quando si è interpellati
- Incapacità di seguire le istruzioni fino in fondo e incapacità di portare a termine il lavoro scolastico, le faccende domestiche o i compiti assegnati sul posto di lavoro
- Difficoltà di organizzare attività e incarichi
- Tendenza ad evitare gli incarichi e repulsione per gli incarichi che richiedono uno sforzo mentale continuo come i compiti a casa
- Perdita frequente degli oggetti necessari allo svolgimento di attività e incombenze
- Facilità a distrarsi
- Mancanza di memoria nelle attività quotidiane

## 2. Iperattività/impulsività con almeno sei dei seguenti atteggiamenti ripetuti e persistenti per un periodo di almeno sei mesi, ad un grado tale da risultare disadattati e incompatibili con il livello di sviluppo

### *Iperattività:*

- Incapacità di stare fermi con le mani o con i piedi o continuo dimenarsi sulla sedia
- Alzarsi dal proprio posto in situazioni in cui si richiede di stare seduti
- Correre o arrampicarsi in situazioni non appropriate
- Difficoltà a partecipare ad attività ludiche in modo tranquillo e adeguato
- Agire come *'spinti da un motore'*
- Loquacità eccessiva

### *Impulsività:*

- Rispondere in modo affrettato alle domande prima che queste siano terminate
- Difficoltà nell'attendere il proprio turno
- Interrompere spesso gli altri o intromettersi nelle attività altrui

La neuropsicologia ci permette di individuare quali aree del cervello sono responsabili dell'esecuzione di determinati comportamenti e processi cognitivi; in questo caso: la corteccia prefrontale, parte del cervelletto, almeno due gangli basali

Metodiche utilizzate: Risonanza magnetica, Tomografia a emissione di positroni, Risonanza magnetica funzionale, Elettroencefalogramma

- Il livello di dopamina e di norepinefrina nelle regioni cerebrali anteriori dei bambini con DDAI è inferiore rispetto a quello dei bambini senza questo disturbo, se vengono somministrati dei farmaci che rallentano l'assorbimento di tali sostanze si verifica una riduzione sostanziale dei sintomi.
- La terapia negli USA si basa su un paradosso:  
vengono somministrati dei potenti stimolanti perché in situazione di stimolo costante l'induzione di uno stimolo ulteriore sembra avere il potere di disorientare il segnale primario.

La ricerca genetica imputa la causa al 70% di fattori di natura genetica al 30% a fattori ambientali fra cui:

- **Fattori prenatali**: abuso di alcool e fumo, ansia
- **Fattori perinatali**: basso peso del nascituro, episodi emorragici poco prima del parto, indice di Apgar inferiore alla norma nel primo minuto di vita
- **Fattori postnatali**: esposizione a elevate quantità di piombo nella prima infanzia, lesioni cerebrali soprattutto della corteccia prefrontale



Tutti questi fattori tuttavia possono spiegare appena il 20-30% dei casi tra i maschi e ancora meno nelle femmine

Non è stata dimostrata nessuna correlazione fra stili educativi e DDAI, né con fattori dietetici

Ovviamente il bambino con questi disturbi, accumulando insuccessi e frustrazioni, può manifestare disturbi comportamentali secondari su base psico-emotiva.

# L'EVOLUZIONE



L'età media di insorgenza del DDAI è individuata fra i 3-4 anni



La disattenzione compare intorno ai 6-7 anni



Spesso persiste nell'adolescenza e in età adulta: il disturbo si manifesta con un senso interiore di irrequietezza piuttosto che come iperattività motoria. Sono soggetti che avranno difficoltà ad organizzare le proprie attività o a coordinare le proprie azioni con conseguenti difficoltà scolastiche e sociali.

## TRE POSSIBILI EVOLUZIONI



40%: continuano a mostrare i segni di non attenzione e iperattività accompagnati talvolta da difficoltà sociali ed emozionali



30%: mostrano una sorta di 'cicatrice': oltre ai sintomi tipici, mostrano altri disturbi psicopatologici come l'alcolismo, la tossicodipendenza, il disturbo di personalità antisociale. Il campanello d'allarme in età scolare è rappresentato da disturbi della condotta associati



30%: ritardo nello sviluppo delle funzioni esecutive, ma in età adulta non si manifestano più i sintomi; ciò dimostrerebbe che il disturbo era legato ad un ritardo dello sviluppo delle funzioni attentive

# La didattica



Offrire informazioni di ritorno: spiegare perché si verifica una determinata conseguenza, dando indicazioni sul grado di correttezza del suo comportamento



Instaurare delle routines: lo aiutano a tenere presenti i suoi impegni e a pianificarli



Stabilire regole: segnalarle anche concretamente, in diversi modi: ciò aiuta lo studente ad organizzare la propria attività in relazione a spazi e tempi e a sapere in anticipo quali sono le azioni da non compiere

# Linee Guida SINPIA



Informare sulle caratteristiche del DDAI e sul trattamento proposto



Fornire appositi strumenti di valutazione



Mettere gli insegnanti nella condizione di potenziare le proprie risorse emotive e migliorare la relazione con lo studente



Spiegare come utilizzare specifiche procedure di modificazione del comportamento all'interno della classe



Informare su come strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni e alle caratteristiche dello studente con DDAI



Suggerire particolari strategie didattiche



Spiegare come lavorare per migliorare la relazione fra lo studente con DDAI e i compagni

# Linee Guida SINPIA



Programmare attività in cui il ragazzo possa dare il suo contributo



Programmare attività di apprendimento cooperativo e in cui la riuscita dipenda dalla collaborazione fra gli alunni



Rompere i raggruppamenti fissi fra i ragazzi



Assegnare al ragazzo con DDAI compiti di responsabilità commisurati alle sue potenzialità



Rinforzare gli altri studenti quando includono il compagno con DDAI

# In sintesi:



Al soggetto vanno date regole chiare, concise e numerose. Si può applicare un foglio sul banco con le regole di base. È opportuno esprimere le regole in forma positiva



Le istruzioni dovrebbero essere concise. I compiti più lunghi dovrebbero essere suddivisi in step, permettendo feedback più ravvicinati, con la possibilità di elogiare dopo ogni successo



Le conseguenze, sia positive sia negative di un comportamento devono essere rese note immediatamente e con maggior frequenza rispetto a quanto si farebbe in condizioni normali



Utilizzare sempre strategie positive anziché tecniche di punizione



Gli interventi verbali (lode o punizione) dovrebbero iniziare con il nome dello studente e includere i riferimenti al comportamento in questione

# **DALLA NORMATIVA ALLA PROGETTAZIONE INCLUSIVA**

UNIFI

a.a. 2019/2020 - P.F. 24

Donatella Fantozzi - [donatella.fantozzi@unifi.it](mailto:donatella.fantozzi@unifi.it)



## **DAL DOCUMENTO FALCUCCI (1975)-(RITENUTO LA 'MAGNA CARTA' DELL'INTEGRAZIONE)**

Il superamento di qualsiasi forma di emarginazione degli handicappati passa attraverso un nuovo modo di concepire e di attuare la scuola, così da poter veramente accogliere ogni bambino ed ogni adolescente per favorirne lo sviluppo personale, precisando peraltro che la frequenza di scuole comuni da parte di bambini handicappati non implica il raggiungimento di mete culturali minime comuni. Lo stesso criterio di valutazione dell'esito scolastico, deve perciò fare riferimento al grado di maturazione raggiunto dall'alunno sia globalmente sia a livello degli apprendimenti realizzati, superando il concetto rigido del voto o della pagella.

Fondamentale è l'affermazione di un più articolato concetto di apprendimento, che valorizzi tutte le forme espressive attraverso le quali l'alunno realizza e sviluppa le proprie potenzialità e che sino ad ora sono stati lasciate prevalentemente in ombra.

## **DAL DOCUMENTO FALCUCCI (1975)**

In una scuola che, organizzandosi organicamente in forme operative più ricche e più varie di quelle offerte dall'insegnamento tradizionale, offre agli alunni una possibilità di maturazione attraverso una pluralità di linguaggi e di esperienze, è difficile ed artificioso distinguere tra attività "didattiche", da intendersi come insegnamento delle "materie principali", ed attività "integrative", tra l'insegnamento "normale" ed attività di recupero e di sostegno.

Le diverse attività scolastiche non sono di per se "primarie" o "integrative", "normali" o di "recupero", ma lo diventano quando un progetto didattico le valuta in rapporto al livello di maturazione o alle esigenze di un singolo o di un gruppo.

L'ingresso di nuovi linguaggi nella scuola, se costituisce infatti un arricchimento per tutti, risulta essenziale per gli alunni che non rispondono alle richieste di un lavoro formale, in quanto offre loro reali possibilità di azione e di affermazione.

Si dovrebbe giungere per questa via ad allargare il concetto di apprendimento affinché, accanto ai livelli di intelligenza logica-astrattiva, venga considerata anche l'intelligenza sensorio-motrice e pratica e siano soprattutto tenuti presenti i processi di socializzazione.

# LEGGE 517/1977

*Stabilisce con chiarezza presupposti e condizioni, strumenti e finalità per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità:*

## ARTICOLO 2

- Ferma restando l'unità di ciascuna classe, al fine di agevolare l'attuazione del diritto allo studio e la promozione della piena formazione della personalità degli alunni, la programmazione educativa può comprendere **attività scolastiche integrative** organizzate per gruppi di alunni della classe oppure di classi diverse anche allo scopo di realizzare interventi individualizzati in relazione alle esigenze dei singoli alunni.
- Nell'ambito di tali attività la scuola attua forme di integrazione a favore degli alunni portatori di handicap con la prestazione di insegnanti specializzati assegnati ai sensi dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 31 ottobre 1975, n. 970, anche se appartenenti a ruoli speciali, o ai sensi del quarto comma dell'articolo 1 della legge 24 settembre 1971, n. 820.
- Devono inoltre essere assicurati la necessaria integrazione specialistica, il servizio socio-psicopedagogico e forme particolari di sostegno secondo le rispettive, competenze dello Stato e degli enti locali preposti, nei limiti delle relative disponibilità di bilancio e sulla base del programma predisposto dal consiglio scolastico distrettuale.

## LEGGE 104/1992

Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate

***Il diritto soggettivo al pieno sviluppo del potenziale umano della persona con disabilità non può dunque essere limitato da ostacoli o impedimenti che possono essere rimossi per iniziativa dello Stato***

si traduce in un

**percorso formativo individualizzato**

al quale partecipano, nella condivisione e nell'individuazione di tale percorso,

**più soggetti istituzionali, scardinando l'impianto tradizionale della scuola ed inserendosi nel proficuo filone dell'individualizzazione e dell'attenzione all'apprendimento piuttosto che all'insegnamento**

## **LEGGE 104/1992**

### ***Il Profilo Dinamico Funzionale e il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.)***

*sono per la Legge in questione i momenti concreti in cui si esercita il diritto all'istruzione all'educazione e alla formazione dell'alunno con disabilità*

Sulla base del **P.E.I.**

**i professionisti delle singole agenzie, ASL, Enti Locali e Istituzioni scolastiche, delineano il profilo progettuale che deve essere unico, deve puntare agli stessi obiettivi che ciascun attore coinvolto deve perseguire con i propri strumenti, le proprie competenze professionali, i propri doveri deontologici**

Si riconosce la

**responsabilità educativa e formativa di tutto il personale della scuola**

e si ribadisce la

**necessità della corretta e puntuale progettazione individualizzata per l'alunno con disabilità, in accordo con gli Enti Locali, l'ASL e le famiglie**

# ***ICF: INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING (2001)***

## ***Dalla prospettiva sanitaria alla prospettiva bio-psico-sociale***

si propone come un modello di

### **classificazione bio-psico-sociale**

interazione fra la capacità di funzionamento di una persona e il contesto sociale, culturale e personale in cui essa vive

### **modello sociale della disabilità**

secondo cui la disabilità è dovuta dall'interazione fra il deficit di funzionamento della persona e il contesto sociale

Assume dunque, in questa prospettiva, carattere determinante per definire il grado della

### **Qualità della Vita**

delle persone con disabilità

# ***ICF: INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING (2001)***

## ***Dalla prospettiva sanitaria alla prospettiva bio-psico-sociale***

Recepisce pienamente il modello sociale della disabilità, considerando la persona non soltanto dal punto di vista sanitario:

**PROMOZIONE** di un approccio globale,

**ATTENZIONE** alle potenzialità complessive e alle risorse del soggetto,

**CONSAPEVOLEZZA** che il contesto, personale, naturale, sociale e culturale,

**INCIDE DECISAMENTE NELLA POSSIBILITÀ CHE TALI RISORSE HANNO DI ESPRIMERSI**

# ***ICF: INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING (2001)***

## ***Dalla prospettiva sanitaria alla prospettiva bio-psico-sociale***

Nella prospettiva dell'ICF, la partecipazione alle attività sociali di una persona con disabilità è determinata da:

**interazione della sua condizione di salute** (a livello di strutture e di funzioni corporee) **con le condizioni ambientali, culturali, sociali e personali (definite *fattori contestuali*)** in cui essa vive

Il modello bio-psico-sociale introdotto dall'ICF prende quindi in considerazione i molteplici aspetti della persona, correlando la condizione di salute e il suo contesto, pervenendo così ad una

**definizione di “disabilità” come ad “una condizione di salute in un ambiente sfavorevole”**



## ***ICF: INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING (2001)***

***Dalla prospettiva sanitaria alla prospettiva bio-psico-sociale***

Assume valore prioritario **il contesto**, i cui molteplici elementi possono essere qualificati come

### **"BARRIERA"**

qualora ostacolino l'attività e la partecipazione della persona, o

### **"FACILITATORI"**

nel caso in cui, invece, favoriscano le attività e la partecipazione

## **CONVENZIONE ONU PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ- 2006**

Con la Legge n. 18 del 3 marzo 2009, il Parlamento italiano ha ratificato la *Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità del 2006*

Superamento dell'

**approccio focalizzato solamente sul deficit della persona con disabilità,**

Introduzione di un

**“modello sociale della disabilità”**

Sulla base dei principi di:

**non discriminazione  
parità di opportunità  
autonomia  
indipendenza**

Con l'obiettivo di conseguire la piena inclusione sociale, mediante il coinvolgimento delle stesse persone con disabilità e delle loro famiglie

## **CONVENZIONE ONU PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ- 2006**

Individua nel contesto culturale e sociale un fattore determinante:

**l'esperienza che il soggetto medesimo fa della propria condizione di salute**

Il contesto è una risorsa che, qualora sia ricca di opportunità, consente di raggiungere livelli di realizzazione e autonomia delle persone con disabilità che, in condizioni contestuali meno favorite, sono invece difficilmente raggiungibili.

Modello sociale centrato sui diritti umani delle persone con disabilità:

**la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali**

che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri" (Preambolo, punto e)

... Che le persone con disabilità non siano discriminate, intendendo

**"discriminazione fondata sulla disabilità**

(...) qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo.

**Essa include ogni forma di discriminazione, compreso il rifiuto di un accomodamento ragionevole" (Art. 2)**

## CONVENZIONE ONU PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ- 2006

**È necessario che il contesto** (ambienti, procedure, strumenti educativi ed ausili) **si adatti** ai bisogni specifici delle persone con disabilità, attraverso ciò che la *Convenzione* in parola definisce "accomodamento ragionevole":

**"*Accomodamento ragionevole* indica le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un carico sproporzionato o eccessivo, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per assicurare alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e libertà fondamentali" (Art. 2).**

... garantendo

**un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli** ed un apprendimento continuo lungo **tutto l'arco della vita**, finalizzati:

(a) **al pieno sviluppo del potenziale umano**, del senso di dignità e dell'autostima ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali e della diversità umana;

(b) allo sviluppo, da parte delle persone con disabilità, **della propria personalità, dei talenti e della creatività**, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali, sino alle loro massime potenzialità;

(c) a porre le persone con disabilità **in condizione di partecipare effettivamente a una società libera**". (art 24)

# **LINEE GUIDA SULL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ.- 2009**

L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità è un

## **PROCESSO IRREVERSIBILE**

e proprio per questo non può adagiarsi su pratiche disimpegnate che svuotano il senso pedagogico, culturale e sociale dell'integrazione trasformandola da un processo di crescita per gli alunni con disabilità e per i loro compagni a una

## **PROCEDURA ATTENTA SOLAMENTE ALLA CORRETTEZZA FORMALE DEGLI ADEMPIMENTI BUROCRATICI**

La scuola è una comunità educante, che accoglie ogni alunno nello sforzo quotidiano di costruire condizioni relazionali e situazioni pedagogiche tali da consentirne il massimo sviluppo. **Una scuola non solo per sapere** dunque ma anche per crescere, attraverso l'acquisizione di conoscenze, competenze, abilità, autonomia, nei margini delle capacità individuali, mediante

**INTERVENTI SPECIFICI DA ATTUARE SULLO SFONDO COSTANTE E  
IMPRESCINDIBILE DELL'ISTRUZIONE E DELLA SOCIALIZZAZIONE**

# **LINEE GUIDA SULL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ.- 2009**

Necessità di

## **UGUAGLIANZA "FORMALE"**

avente a contenuto la parità di trattamento davanti alla legge

## **UGUAGLIANZA "SOSTANZIALE"**

che conferisce a ciascuno il diritto al rispetto inerente alla qualità e alla dignità di uomo o di donna, in altri termini di "persona" che può assumere la pretesa di essere messo nelle condizioni idonee ad esprimere le proprie attitudini personali, quali esse siano (Art. 3 ed Art. 34 Costituzione)

# **LA DIMENSIONE INCLUSIVA DELLA SCUOLA**

## **Atti caratterizzati da disparità di trattamento**

Tale violazione è inquadrabile in primo luogo nella  
**mancata partecipazione di tutte le componenti scolastiche al processo di inclusione,**

il cui obiettivo fondamentale è lo sviluppo delle competenze dell'alunno negli apprendimenti, nella comunicazione e nella relazione, nonché nella socializzazione, obiettivi raggiungibili attraverso

**LA COLLABORAZIONE E IL COORDINAMENTO DI TUTTE LE COMPONENTI IN QUESTIONE NONCHÉ DALLA PRESENZA DI UNA PIANIFICAZIONE PUNTUALE E LOGICA DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI, FORMATIVI, RIABILITATIVI COME PREVISTO DAL P.E.I.**

**IL PIANO DELL'OFFERTA FORMATIVA (PTOF)** è inclusivo quando prevede nella quotidianità delle azioni da compiere, degli interventi da adottare e dei progetti da realizzare, **la possibilità di dare *risposte precise ad esigenze educative individuali.***

## **IL PROGETTO DI VITA**

parte integrante del P.E.I., riguarda la crescita personale e sociale dell'alunno con disabilità ed ha quale fine principale

**la realizzazione in prospettiva dell'innalzamento della qualità della vita dell'alunno con disabilità anche attraverso la predisposizione di percorsi volti sia a sviluppare il senso di autoefficacia e sentimenti di autostima, sia a predisporre il conseguimento delle competenze necessarie a vivere in contesti di esperienza comuni.**

Il progetto di vita, anche per il fatto che include un intervento che va oltre il periodo scolastico

**APRENDO L'ORIZZONTE DI "UN FUTURO POSSIBILE", DEVE ESSERE CONDIVISO DALLA FAMIGLIA E DAGLI ALTRI SOGGETTI ISTITUZIONALI E NON, COINVOLTI NEL PROCESSO DI INCLUSIONE**



# **LA CORRESPONSABILITÀ EDUCATIVA E FORMATIVA DEI DOCENTI**

La progettazione degli interventi da adottare riguarda

**tutti i docenti**

perché l'intera comunità scolastica è chiamata ad

**organizzare i curricoli in funzione dei diversi stili o delle diverse attitudini cognitive, a gestire in modo alternativo le attività d'aula, a favorire e potenziare gli apprendimenti e ad adottare i materiali e le strategie didattiche in relazione ai bisogni degli alunni.**

**La predisposizione e "l'utilizzo" di interventi didattici non differenziati si configura come una disparità di trattamento nel servizio di istruzione verso coloro che non sono compresi nelle prassi educative e didattiche concretamente realizzate**

**TUTTO CIÒ IMPLICA  
CONTEMPORANEAMENTE:**

**LAVORARE**

**SU**

**DIVERSE**

**DIREZIONI**

## ✓ **IL CLIMA DELLA CLASSE**

Gli insegnanti devono assumere comportamenti non discriminatori, essere attenti ai bisogni di ciascuno, accettare le diversità presentate dagli alunni disabili e valorizzarle come arricchimento per l'intera classe, favorire la strutturazione del senso di appartenenza, costruire relazioni socio-affettive positive.

## ✓ **LE STRATEGIE DIDATTICHE E GLI STRUMENTI**

La progettualità didattica orientata all'inclusione comporta l'adozione di strategie e metodologie quali

**l'apprendimento cooperativo**

**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**

## ✓ **L'APPRENDIMENTO-INSEGNAMENTO**

Un sistema inclusivo considera

**l'alunno protagonista dell'apprendimento qualunque siano le sue capacità, le sue potenzialità e i suoi limiti**

Va favorita la costruzione attiva della conoscenza promuovendo le personali strategie di approccio al "sapere", rispettando e "assecondando" i ritmi e gli stili di apprendimento di ciascuno

## ✓ **LA VALUTAZIONE**

**Valutazione dei processi e non solo valutazione della *performance***

**N.B.:** La metodologia dell'**apprendimento cooperativo** è riconosciuta come la più valida per tutti gli studenti

## IL DOCENTE SPECIALIZZATO PER LE ATTIVITÀ DI SOSTEGNO

Rappresenta la “**vera**” **natura** del ruolo che egli svolge nel processo di inclusione.

Infatti è **l'intera comunità scolastica che deve essere coinvolta nel processo in questione e non solo una figura professionale specifica a cui demandare in modo esclusivo il compito dell'integrazione.**

Il limite maggiore di tale impostazione risiede nel fatto che nelle ore in cui non è presente il docente per le attività di sostegno esiste il concreto rischio che per l'alunno con disabilità non vi sia la **necessaria tutela in ordine al diritto allo studio.**

## **LA LOGICA DEVE ESSERE INVECE SISTEMICA**

ovvero quella secondo cui il docente in questione è "assegnato alla classe per le attività di sostegno", nel senso che

**Oltre a intervenire sulla base di una preparazione specifica nelle ore in classe collabora con l'insegnante curricolare e con il Consiglio di Classe affinché l'iter formativo dell'alunno possa continuare anche in sua assenza**

**Ha funzione di coordinamento della rete delle attività previste per l'effettivo raggiungimento dell'integrazione, è *colui che deve 'fare tendenza'.***

**LA PRESENZA DI ALUNNI DISABILI NON È UN *INCIDENTE* DI PERCORSO, UN'EMERGENZA DA PRESIDARE, MA UN EVENTO CHE RICHIEDE UNA RIORGANIZZAZIONE DI TUTTO IL SISTEMA E CHE RAPPRESENTA UN'OCCASIONE DI CRESCITA PER TUTTI**