

Dispensare o educare? I Bisogni Educativi Speciali a Scuola

Di Roberto Franchini

Nel passato la disabilità era compresa a partire da modelli concettuali di natura medica o di natura sociale, secondo visioni largamente contrapposte tra loro. Secondo il modello medico, la disabilità è la conseguenza di una menomazione, che richiede assistenza medica sotto forma di trattamenti terapeutici individuali erogati da professionisti. Sia la diagnosi (o classificazione) che l'intervento sulla disabilità sono legati ai protocolli tipici della clinica, tesi a identificare le cause e ad intervenire su di esse. Molto meno affermato, almeno nelle politiche pubbliche, era il modello sociale, che vede la disabilità semplicemente come risultante dell'interazione tra l'individuo e il suo ambiente, o per lo meno riconduce l'intervento semplicemente alla questione dell'integrazione sociale, potendo sottovalutare la necessità di interventi clinici e professionali.

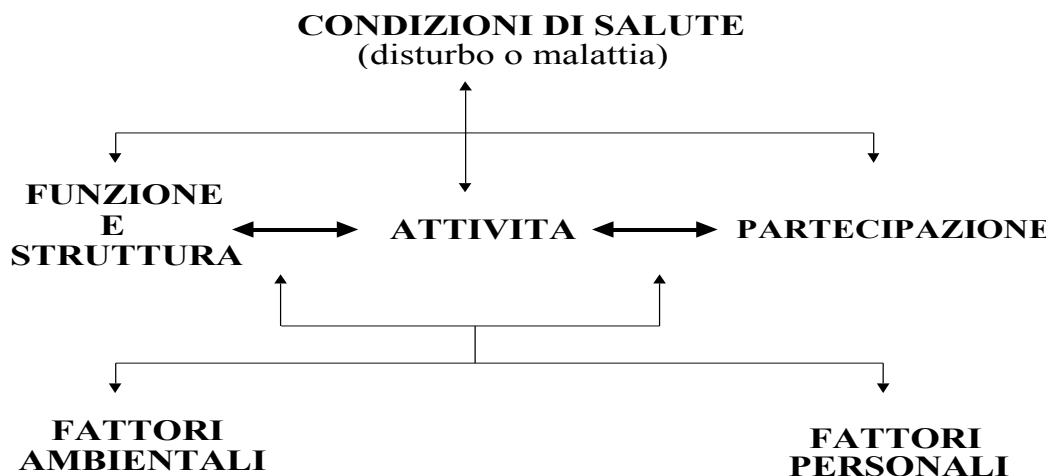
Il sistema ICF, poiché scaturisce da una visione bio-psico-sociale del funzionamento umano, supera questo dualismo, proponendo una comprensione sintetica dei vari fattori che influiscono sulla salute (o sulla disabilità). Il prefisso *bio* richiama la componente corporea della salute, che assume rilevanza per la classificazione sotto forma di menomazione della struttura e/o della funzione corporea. Il sostantivo *sociale* evoca il ruolo determinante dei fattori ambientali e personali (come ad esempio barriere fisiche o elementi emotivi) nell'influenzare l'assetto concreto del funzionamento umano. Il prefisso *psico* indica l'elaborazione dinamica (o statica) che il singolo individuo opera sia degli elementi biologici che di quelli contestuali dentro al profilo attuale delle sue attività.

Nessuno dei tre elementi può assumere un carattere assoluto. Anche in presenza di una menomazione della struttura e/o della funzione corporea non è possibile prevedere il funzionamento concreto dell'individuo (come invece asseriva l'ICIDH), in quanto i fattori ambientali, che possono essere facilitanti o ostacolanti, insieme alla diversa capacità di elaborazione psicologica che le persone possiedono, producono di fatto funzionamenti anche radicalmente diversi: questa è la ragione per la quale l'ICF afferma che due persone con la stessa patologia possono avere un funzionamento diverso. Allo stesso tempo, è improbabile che il solo influsso dei fattori ambientali, per quanto sfavorente, possa determinare difficoltà importanti nelle attività scolastiche o della vita quotidiana, se non preesistono nell'assetto biologico della persona dei fattori predisponenti, che possono essere compresi in termini di vulnerabilità a specifici disturbi.

Il sistema concettuale che ha ispirato la legge 104/92, ovvero il classificatore ICIDH, è stato dunque abolito con la promulgazione del sistema ICF dell'OMS. Come tale, la legge 104 è da ritenersi superata, in particolare per quel che riguarda il punto cruciale, ovvero le modalità di individuazione (classificazione) della persona disabile, ai fini dell'attribuzione di una serie di diritti, tra i quali l'intervento educativo speciale.

La disabilità nell'ICF è da intendersi non come conseguenza di menomazione, ma come il termine ombrello che include "menomazioni, limitazione delle attività e restrizioni della partecipazione", indicando "l'aspetto negativo dell'interazione tra un individuo e i fattori contestuali dello stesso individuo". In questo modo, la definizione di disabilità copre (è un termine ombrello, appunto) tutte le cosiddette componenti della salute, ovvero le menomazioni corporee, la sfera delle attività, l'ambito della partecipazione e il ruolo multiforme dei fattori contestuali. Pertanto, la disabilità non è più riconducibile in modo univoco al solo elemento clinico (la patologia), come sua conseguenza, ma è la risultante delle interazioni complesse e bidirezionali tra più componenti, come è visibile nello schema riportato di seguito.

Componenti del sistema ICF



Rispetto al sistema ICIDH, occorre rilevare tre fondamentali novità, presenti già nella mappa concettuale:

- I termini negativi, che indicavano il danno alla persona come conseguenza di un evento lesivo, scompaiono, lasciando il posto a componenti neutre, delle quali occorre misurare il funzionamento: alla menomazione, pertanto, si sostituisce la funzionalità e

la struttura corporea, alla disabilità il grado di attività, all'handicap la partecipazione sociale;

- Le frecce sono bidirezionali, evidenziando la complessità del costrutto di disabilità, risultante dall'interazione di più componenti. La logica clinica ed eziologica dell'ICIDH è dunque definitivamente superata;
- La presenza dei fattori contestuali (ambientali e personali) come determinanti del funzionamento umano.

La concezione semplice, categoriale, del concetto di disabilità è superata da una concezione complessa e multidimensionale. Allo schema clinico, che interpreta il concetto di disabilità come un costrutto di natura digitale (vale a dire disabile-sì/disabile-no: o si è in salute per una completa assenza di malattie, o non lo si è, per la presenza di una o più patologie), si sostituisce una concezione funzionale, dove il concetto di disabilità si articola non solo nelle varie componenti (funzioni e strutture corporee, attività, partecipazione, fattori contestuali), ma anche, come vedremo, nella misura analogica dei livelli di gravità del disturbo di funzionamento.

Alla luce del sistema ICF, è possibile affermare che in ambito evolutivo, e scolastico in particolare, il concetto di disabilità è assimilabile a quello di Bisogno Educativo Speciale (BES), o per lo meno che il concetto di BES include, superandolo, il concetto di disabilità. Il Bisogno Educativo Speciale, infatti, può essere definito come “qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e apprenditivo, espressa in funzionamento (nei vari ambiti della salute secondo il modello ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) problematico anche per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia, e che necessita di educazione speciale individualizzata”¹.

Tutte le limitazioni importanti nelle attività essenziali per la vita quotidiana, ed in particolare tutte le difficoltà che ostacolano il funzionamento nel contesto scolastico, possono dunque essere definite come Bisogni Educativi Speciali, o anche come disabilità, nel significato che a questo termine viene dato dal sistema ICF. Il concetto di BES, tuttavia, aiuta ad andare oltre al concetto tradizionale di disabilità (conseguenza di menomazione), risultando più equilibrato e inclusivo, e consentendo di avere attenzione ad ogni condizione di

¹ La definizione è di Ianes, in D.IANES, *Bisogni educativi speciali e inclusione*, p.29. Nel 1997 l'UNESCO nel classificatore dei sistemi scolastici (ISCED, International Standard Classification of Education), aveva affermato: “il concetto di bisogno educativo speciale si estende al di là di quelli che sono inclusi nelle categorie di disabilità, per coprire quegli alunni che vanno male a scuola (failing) per una varietà di ragioni che sono note nel loro impedire un progresso ottimale.”

concreto svantaggio, a prescindere se essa sia o non sia riconducibile ad una sindrome definita.

Il nodo della questione consiste nel mettere a punto un sistema di riconoscimento per così dire a bassa soglia, che consenta alle agenzie educative di essere sensibili ad ogni tipo di problematica che interferisce con il funzionamento della persona, mettendo così in moto le strategie e le risorse opportune. Svincolandosi dal già più volte criticato meccanismo eziologico, il concetto di BES sembra essere utile allo scopo, risultando più ampio e sovraordinato rispetto a quello tradizionale di disabilità.

Oltre a possedere la caratteristica della *sensibilità*, il concetto di BES riveste inoltre anche un'altra importante proprietà, che consiste nella sua *reversibilità*. Mentre le etichette diagnostiche risultano per lo più essere rigide e stabili nel tempo, essendo la conseguenza di una condizione patologica, il riconoscimento di un disturbo del funzionamento inclina ad immaginare e a progettare un possibile miglioramento, essendo la premessa per interventi educativi tesi a ridurlo se non persino ad annullarlo.

Occorre infine precisare che non sempre il riconoscimento di un BES deve tradursi nella predisposizione di risorse aggiuntive (ad esempio, nella scuola, nella nomina di un insegnante specializzato): in presenza di questo automatismo, infatti, la natura maggiormente inclusiva del BES rispetto alla certificazione medica creerebbe non pochi problemi, in tempi in cui l'utilizzo di risorse limitate sembra essere *rebus* tra i più complicati in assoluto. E' infatti possibile pensare che ad un BES sia possibile rispondere in primo luogo secondo la logica della personalizzazione, che per principio assicura ad ogni individuo, nell'ambito delle *normali* risorse degli ambienti educativi, un trattamento differente, sulla scorta del Piano Educativo Personalizzato. Solo in presenza di un'intensità particolare del BES, o di una sua particolare configurazione, si rende in seguito necessario dotarsi di una specializzazione ulteriore, sino alla scelta di avvalersi della collaborazione di ulteriori competenze ed operatori.

L'impostazione attuale, tuttavia, che prevede solo per gli alunni certificati (ovvero portatori di una disabilità che è conseguenza di una menomazione, nel senso tradizionale di disabilità) l'uso di risorse aggiuntive, mentre per gli alunni con Bisogno Educativo Speciale *soltanto* un Piano Personalizzato, non è da ritenere accettabile; questa impostazione, infatti, presuppone impropriamente una differenza tra le due condizioni di vita (Disabilità e Bisogno Educativo Speciale), non raggiungendo il piano concettuale previsto dal classificatore ICF, all'interno del quale, invece, i due concetti finiscono per coprire lo stesso campo semantico, ovvero quello del disturbo del funzionamento, a prescindere dalla causa.

