

Il modello concettuale della Diagnosi funzionale

La nuova Diagnosi funzionale, per come l'abbiamo pensata nelle pagine precedenti, deve fondarsi su un modello potente e moderno, elaborato in modo collettivo sulla base delle varie istanze, tecniche, sociali, culturali e associative, un modello che sia in grado di mettere d'accordo professionalità diverse e culture, storie e rappresentazioni sociali diverse. Questo modello è l'ICF (*Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*) che rappresenta il nuovo strumento elaborato nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per descrivere e misurare la salute e la disabilità della popolazione.

Il suo scopo generale è quello di fornire un linguaggio comune e unificato che serva da riferimento per la descrizione della salute e degli stati a essa correlati. Ma l'ICF non è solo un linguaggio comprensibile a livello mondiale, rappresenta anche una importante evoluzione del modello concettuale dell'OMS del 1980. Non si trovano più, infatti, i termini *disabilità* e *handicap*, che sono stati sostituiti da *attività* e *partecipazione sociale*. I termini con una connotazione negativa hanno così acquisito una valenza positiva e le interazioni fra i vari fattori che costituiscono la salute o la disabilità sono diventate più complesse, rendendo possibile la comprensione anche delle situazioni più particolari e attribuendo il giusto peso ai fattori contestuali, sia ambientali che personali. La valutazione di uno stato di salute non si potrà più effettuare ignorando i complessi rapporti esistenti tra corpo, mente, ambiente, contesti e cultura.

L'ICF appartiene alla «famiglia» delle classificazioni internazionali sviluppate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La famiglia delle classificazioni internazionali dell'OMS fornisce un modello di riferimento che consente di codificare un'ampia gamma di informazioni relative alla salute (ad esempio diagnosi, funzionamento e disabilità, ragioni del contatto con i servizi sanitari, ecc.) e usa finalmente un linguaggio comune standardizzato, che permette la comunicazione in materia di salute e di assistenza sanitaria in tutto il mondo e tra varie scienze e discipline (OMS, 2002).

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni, ecc.) vengono classificate principalmente dall'*ICD-10* (acronimo di *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), che fornisce un modello di riferimento nosografico (OMS, 1992). Nell'ICF, invece, vengono descritti il funzionamento e la disabilità associati alle varie condizioni di salute. Pertanto, l'*ICD-10* e l'ICF sono complementari e dovrebbero essere utilizzati insieme. L'*ICD-10* fornisce una «diagnosi» classificatoria delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute, eventualmente con eziologie organiche — ma non solo — e questa informazione si arricchisce poi delle informazioni ricavate dall'ICF, relative al funzionamento reale e quotidiano del soggetto.

Lo schema presentato nella figura 2.1 può essere utile per visualizzare il modello attuale dell'interazione fra le varie componenti.

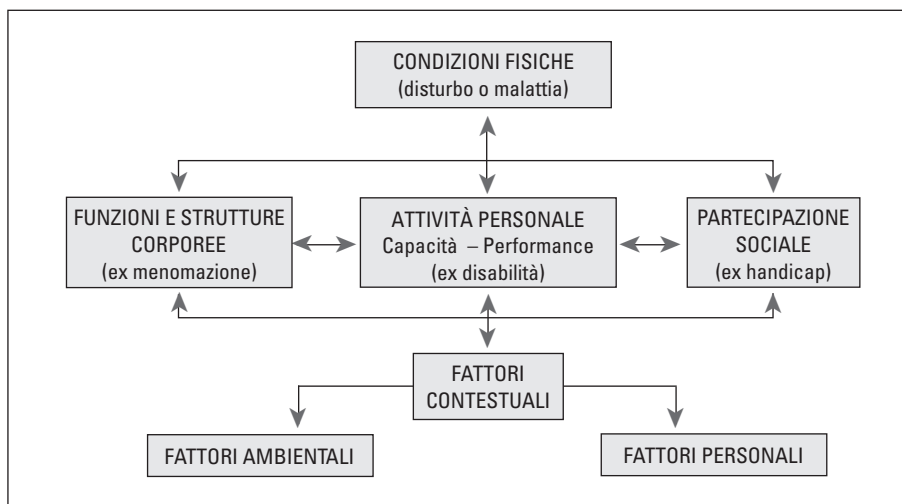


Fig. 2.1 Interazioni tra le componenti dell'ICF.

In questo schema il funzionamento (e la salute in senso generale) risulta da un'interazione o una relazione complessa fra le condizioni fisiche e i fattori contestuali (cioè i fattori ambientali e personali). Tra queste entità c'è un'interazione dinamica: gli interventi a livello di un'entità possono apportare modifiche in una o più altre entità. L'interazione opera sempre in due direzioni. Tutte le componenti possono essere utili per descrivere e comprendere la complessità di una condizione di salute globale. È possibile, ad esempio:

- avere menomazioni a livello corporeo senza limitazioni di capacità (ad esempio una deturpazione dovuta a un'ustione può non produrre effetti sulla capacità di una persona);
- avere problemi di partecipazione sociale e limitazioni della capacità senza menomazioni evidenti (ad esempio *performance* ridotta in attività quotidiane associate con molte malattie);
- avere problemi di partecipazione sociale senza menomazioni o limitazioni della capacità (ad esempio una persona sieropositiva o un ex paziente psichiatrico che devono affrontare stigmatizzazione o discriminazione nelle relazioni interpersonali o sul lavoro);
- avere limitazioni della capacità senza assistenza e tuttavia nessun problema di *performance* e di partecipazione sociale nell'ambiente attuale (ad esempio la società può fornire a chi presenta limitazioni motorie tecnologie di assistenza per spostarsi nell'ambiente);
- assistere a un certo grado di influenza causale in direzione inversa (ad esempio il mancato uso degli arti può causare atrofia; l'istituzionalizzazione può provocare una perdita di abilità sociali).

Lo schema della figura 2.1 mostra anche il ruolo che i fattori contestuali (ovvero i fattori ambientali e personali) rivestono nel processo. Questi fattori interagiscono con l'individuo in una particolare condizione di salute e determinano il livello e il grado del suo funzionamento personale e sociale. I fattori ambientali sono estrinseci all'individuo (ad esempio gli atteggiamenti della società, gli aspetti architettonici, il sistema normativo e delle leggi). I Fattori Personali comprendono il sesso, la razza, l'età, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, la capacità di adattamento e vari fattori psicologici (ad esempio autostima, identità, immagine di sé, ecc.).

Molto spesso si ritiene erroneamente che l'ICF riguardi soltanto le persone con disabilità, ma in realtà esso riguarda *tutti gli individui*. Tutti gli stati di salute e quelli a essa correlati, possono trovare la loro descrizione nell'ICF. In altre parole, l'ICF ha un'applicazione universale.

Le informazioni fornite dall'ICF consentono di effettuare una descrizione delle situazioni che riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni, e la

classificazione serve da modello di riferimento per l'organizzazione di queste informazioni, strutturandole in modo significativo, interrelato e facilmente accessibile.

L'ICF organizza le informazioni in due parti. La Parte 1 si occupa di Funzionamento e Disabilità, mentre la Parte 2 riguarda i Fattori Contestuali (vedi figura 2.2).

La componente *Corpo* comprende due classificazioni, una per le *funzioni* dei sistemi corporei e una per le *strutture* corporee. I capitoli delle due classificazioni sono organizzati in base ai vari sistemi corporei.

La componente *Attività e Partecipazione* comprende la gamma completa degli aspetti del funzionamento da una prospettiva sia individuale che di integrazione sociale.

La prima componente dei *Fattori Contestuali* è un elenco di *Fattori Ambientali*. I fattori ambientali hanno un impatto su tutte le altre componenti e sono organizzati secondo un ordine che va dall'ambiente più vicino alla persona a quello più generale.

Componenti	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
	Funzioni e Strutture Corporee	Attività e Partecipazione	Fattori Ambientali	Fattori Personali
Domini	Funzioni corporee Strutture corporee	Area di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
Costrutti	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità Eeguire compiti senza mediatori Performance Eeguire compiti nell'ambiente attuale (mediatori)	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
Aspetto positivo	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	Facilitatori
	Funzionamento			
Aspetto negativo	Menomazione	Limitazione dell'attività Restrizione della partecipazione	Barriere/ostacoli	Barriere/ostacoli
	Disabilità			

Fig. 2.2 Visione globale dell'ICF.

Anche i *Fattori Personali* rappresentano una componente dei Fattori Contestuali.

Le componenti del Funzionamento e della Disabilità nella Parte 1 dell'ICF possono essere espresse in due modi. Da un lato possono essere usate per indicare problemi (ad esempio menomazioni, limitazione dell'attività o restrizione della partecipazione, raggruppati sotto il termine «ombrello» *disabilità*); dall'altro possono indicare aspetti non problematici (neutri) della salute e degli stati a essa correlati, raggruppati sotto il termine «ombrello» *funzionamento*.

Queste componenti del funzionamento e della disabilità vengono interpretate attraverso quattro *costrutti* separati ma correlati. Questi costrutti vengono resi operativi, nella descrizione, utilizzando i *qualificatori*. Le funzioni e le strutture corporee possono essere classificate attraverso *cambiamenti* nei sistemi fisiologici o in strutture anatomiche. Per la componente Attività e Partecipazione sono disponibili due costrutti: *capacità e performance*.

Il funzionamento e la disabilità di una persona sono concepiti dunque come un'interazione dinamica e complessa (multidirezionale) tra le condizioni fisiche (malattie, disturbi, lesioni, traumi, ecc.) e i fattori contestuali. Il costrutto di base dei Fattori Ambientali è la funzione facilitante o ostacolante che il mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti può esercitare sulle persone (OMS, 2002).

Esempio 1: una menomazione che non porta a limitazioni nella capacità né a problemi di partecipazione.

Un bambino nasce privo di un'unghia in una mano. Questa malformazione è una menomazione strutturale, ma non interferisce con la funzionalità della mano né con le azioni che il bambino può compiere con essa, pertanto non sono ravvisabili limitazioni nella capacità. Allo stesso modo, può non verificarsi un problema di partecipazione sociale — come, ad esempio, subire derisioni o essere esclusi dal gioco con gli altri bambini — a causa di questa malformazione. Il bambino, quindi, non ha limitazioni di capacità o problemi nella partecipazione.

Esempio 2: una menomazione che non porta a limitazioni nella capacità ma provoca problemi di partecipazione.

Un bambino diabetico ha una menomazione funzionale: il pancreas non produce insulina. Il diabete può essere controllato con la somministrazione di farmaci (cioè di insulina). Quando le funzioni corporee (i livelli di insulina) sono sotto controllo, alla menomazione non viene associata alcuna limitazione della capacità. Tuttavia, il bambino diabetico può sperimentare un problema di partecipazione nel socializzare con amici o compagni in situazioni che coinvolgono la sfera dell'alimentazione, dato che dovrà limitarsi nell'assunzione di zuccheri. L'assenza di cibo adatto a lui può creare una barriera alla piena partecipazione sociale. Per questa ragione il bambino non riuscirà a socializzare a pieno nell'ambiente

attuale, a meno che non vengano presi dei provvedimenti per assicurare che gli venga fornito cibo appropriato, nonostante l'assenza di limitazioni nella capacità.

Esempio 3: una menomazione che porta a limitazioni nella capacità e, a seconda delle circostanze, può produrre o no problemi di partecipazione.

Una variazione significativa nello sviluppo intellettuale rappresenta una menomazione mentale (ritardo), che può portare a una certa limitazione in varie capacità della persona. I fattori ambientali, tuttavia, possono influire sul grado di partecipazione dell'individuo in diverse sfere di vita. Ad esempio, un bambino con una menomazione mentale potrebbe sperimentare uno svantaggio ridotto in un ambiente in cui le aspettative non sono elevate per tutta la popolazione in generale e in cui viene dato al bambino un insieme di semplici compiti da portare a termine. In questo ambiente il bambino avrà buone performance in diverse situazioni di vita (cioè avrà buona partecipazione sociale). Un bambino con una menomazione simile, che cresce invece in un ambiente competitivo e con aspettative di rendimento scolastico elevate e rigide, potrebbe sperimentare maggiori problemi di partecipazione in varie situazioni di vita rispetto al bambino la cui condizione è stata esaminata precedentemente.

«L'OMS con l'ICF propone un modello universale di salute e disabilità, con ricadute di grande portata sulla pratica medica e sulle politiche sociali e sanitarie internazionali. Quello di salute è infatti un concetto multidimensionale, così come quello di disabilità. Salute e disabilità condividono le stesse dimensioni concettuali. La disabilità non è il problema di un gruppo minoritario all'interno della comunità, quanto piuttosto una condizione che ognuno può sperimentare durante la propria vita. L'ICF quindi non è una classificazione che riguarda un «gruppo» ma riguarda tutti poiché tutti possono avere una condizione di salute che, in un contesto ambientale sfavorevole, causa disabilità. L'ICF non classifica le persone ma gli stati di salute ad esse correlati». (Leonardi, 2003, p. 26)

Naturalmente, i problemi applicativi di questo modello concettuale e di questo linguaggio non sono di semplice soluzione ma lentamente si arriverà a usare un sistema universalmente condiviso di comunicazione e di valutazione.

«Senza l'ICF la disabilità è una torre di Babele. La mancanza di un linguaggio comune ha portato allo sviluppo di numerosi problemi in campo, ad esempio, di certificazioni, di valutazione degli interventi, ecc. Qualora gli operatori e gli Stati arrivassero a capire che in alcuni settori non può che venirne un vantaggio, allora il linguaggio ICF diverrà un linguaggio condiviso. Non dimentichiamo che l'OMS ha fatto questa classificazione per i 191 Paesi Membri che la compongono e che tutti questi, ratificandolo nel 2001, hanno accettato formalmente di utilizzarlo nei loro sistemi nazionali». (Leonardi, 2003, p. 27)

Un tentativo concreto di muoversi in questa direzione è appunto questo, del nostro modello di Diagnosi funzionale, che riprende e completa quello già pubblicato in Ianes, Celi e Cramerotti (2003). Vale la pena ricordare che l'ICF non suggerisce alcun strumento di valutazione o di osservazione e raccolta di dati: non è infatti uno strumento di valutazione, anche se dall'ICF si sono generati due strumenti di valutazione, la *Checklist ICF* e il *WHO-DAS (Disability Assessment Schedule)*, di prossima pubblicazione in Italia. Accanto a questi, o in alternativa, o come completamento di essi, chi fa la Diagnosi funzionale utilizza le sue modalità, formali o informali, di raccolta di dati, che integra, discute, media ed elabora insieme agli altri attori del processo. Gli esiti di questa elaborazione trovano un'adeguata rappresentazione nei vari descrittori, codici e qualificatori dell'ICF. Dunque una massima libertà nella scelta dei vari strumenti, i cui esiti riempiranno di informazioni le varie voci dell'ICF, come si vedrà nei prossimi capitoli, dove si discuteranno i vari ambiti, proponendo diversi strumenti di valutazione e raccolta di dati.

La Diagnosi funzionale e i «Bisogni Educativi Speciali»

Come ben sa chi vive e opera nella scuola, le prassi di integrazione, inclusione e individualizzazione sulla base di una buona sensibilità ai bisogni e alle differenze si rivolgono a molti più alunni di quei (relativamente) pochi che possono vantare una «certificazione». Si può facilmente immaginare che questi «privilegiati» saranno sempre di meno (per ridurre la spesa pubblica), mentre cresceranno, in numero e complessità, i reali «bisogni educativi speciali». Gli alunni con bisogni educativi speciali vivono tutti una situazione particolare, che li ostacola nell'apprendimento e nello sviluppo: questa difficoltà può originarsi a livello organico, delle capacità, della partecipazione, del contesto familiare, sociale, psicologico-personale o a livello delle tante combinazioni possibili di questi fattori.

Un alunno con bisogni educativi speciali può avere la sindrome di Down, o una lieve disfunzionalità cerebrale, o gravi conflitti familiari, o provenire da un *background* culturale diverso, o deprivato, ecc. Queste (e altre) situazioni causano direttamente o indirettamente, attraverso l'opera mediatrice di altri fattori contestuali, difficoltà, ostacoli o rallentamenti nei processi di apprendimento che dovrebbero svolgersi nei vari contesti.

Le difficoltà possono essere pervasive e globali (autismo, ad esempio) oppure più specifiche (dislessia, ad esempio), settoriali (disturbi del linguaggio, d'ansia, ecc.); gravi o leggere, permanenti o transitorie, ecc.

In questi casi, i normali bisogni educativi che tutti gli alunni hanno (bisogno di sviluppare competenze, bisogno di appartenenza e di normalità, di identità, di valorizzazione, di accettazione, solo per citarne alcuni) si «arricchiscono» di qualcosa di particolare, di «speciale». Il loro bisogno normale di sviluppare competenze di autonomia, ad esempio, è complicato dal fatto che possono esserci deficit motori, cognitivi, oppure difficoltà familiari nel vivere positivamente l'autonomia e la crescita.

In questo senso il Bisogno Educativo diventa «Speciale». Per lavorarci adeguatamente avremo dunque bisogno di competenze e risorse «speciali», migliori, più efficaci.

Ogni insegnante sa bene, per esperienza diretta, che gli alunni che avrebbero bisogno di attenzioni più specifiche sono ben di più di quel 2-3% in possesso di certificazione medica: quelli sono soltanto la punta dell'iceberg; sotto ci sono almeno il 10-15% di alunni che hanno vari Bisogni Educativi Speciali.

Cercare e definire i Bisogni Educativi Speciali non significa «fabbricare» alunni diversi per poi emarginarli o discriminarli in qualche modo, anche nuovo e sottile. Significa invece rendersi bene conto delle loro varie difficoltà, grandi e piccole, per sapervi rispondere in modo adeguato. Non farlo, quello sì che sarebbe discriminante. Come è discriminante dover per forza farsi fare una qualche diagnosi medica per ottenere qualche risorsa in più. È discriminante e penoso, mortificante per le famiglie e per gli alunni stessi, quando se ne rendono conto. Non è invece un'etichetta discriminante «Bisogni Educativi Speciali» perché è amplissima, non fa riferimento solo ad alcuni tipi di cause e non è stabile nel tempo: la si può togliere, infatti, in alcuni casi. Si potrebbe dire che ogni bambino può incontrare nella sua vita una situazione che gli crea Bisogni Educativi Speciali; dunque è una condizione che ci riguarda tutti e a cui siamo tenuti, deontologicamente e politicamente, a rispondere in modo adeguato.

Gli alunni con Bisogni Educativi Speciali hanno bisogno infatti di interventi individualizzati, tagliati accuratamente su misura della loro situazione di difficoltà e dei fattori che la originano e/o mantengono. Questi interventi possono essere ovviamente i più vari nelle modalità (molto tecnici o al contrario molto informali), nelle professionalità coinvolte, nella durata, nel grado di «mimetizzazione» all'interno delle normali attività scolastiche (in questo caso si parla di «speciale normalità»: una normalità educativa-didattica resa più ricca e più efficace dalle misure prese per rispondere ai Bisogni Educativi Speciali) (Ianes, 2001).

In alcuni casi questa individualizzazione prenderà la forma di un Piano educativo individualizzato-Progetto di vita, in altri sarà, ad esempio, una «semplice» e informale serie di delicatezze e attenzioni psicologiche rispetto a una

situazione familiare difficile, in altri ancora potrà essere uno specifico intervento psicoeducativo nel caso di comportamenti problema.

In tutti i casi c'è comunque un qualcosa in più, c'è qualcosa di «speciale» che dovrebbe tendere a «farsi normale» il più possibile; anzi, c'è la normalità stessa delle situazioni educativo-didattiche, la grande quotidianità della vita scolastica che abbraccia tutti, che si arricchisce continuamente di quei piccoli-grandi dettagli necessari a qualche alunno, ma utili per tutti.

In questo senso la qualifica «speciale» non ci fa più pensare alle scuole speciali, segreganti ed emarginanti, ma a una buona qualità dei processi di insegnamento-apprendimento, che rende possibile una reale inclusione delle differenze e dei Bisogni Educativi Speciali.

La specialità va dunque rivendicata con orgoglio, sia quando qualifica una differenza (anche se è dolorosa) sia quando si trasforma in risposte migliori.

Ma gli alunni con Bisogni Educativi Speciali hanno veramente diritto a risposte individualizzate? Ne hanno diritto tutti o solo una parte di essi, e cioè quelli che possono fregiarsi di una diagnosi medica «vera»? Noi crediamo che tutti gli alunni, con qualunque tipo di Bisogno Educativo Speciale, abbiano diritto a risposte adeguate alla loro situazione, perché non è giusto «far parti uguali fra disuguali», come ebbe a dire Don Milani.

I Bisogni Educativi Speciali sono molti e diversi: una scuola davvero inclusiva dovrebbe essere in grado di leggerli tutti (individuando così il reale «fabbisogno» di risorse aggiuntive) e su questa base generare la dotazione di risorse adeguata a dare le risposte necessarie. C'è però bisogno di una cornice forte che orienti questa lettura dei bisogni, una cornice concettuale che sia la stessa per cogliere le varie dimensioni dei bisogni «forti» e di quelli «deboli», che rischiano di non essere visibili.

L'ICF è il modello concettuale utile a questa lettura, che proponiamo qui a questo scopo, e che successivamente nel testo sarà utilizzato per la nuova Diagnosi funzionale educativa. È appropriato proporre la struttura concettuale dell'ICF perché questo strumento parla di salute, non di disabilità o patologie.

Crediamo che questo modello sia utile per una lettura funzionale dei Bisogni Educativi Speciali in un'ottica di salute globale, per una comprensione qualitativa degli «ambiti» di difficoltà di un alunno e una definizione dei corrispondenti «ambiti» di risorse compensative.

Abbiamo visto che la situazione di salute di una persona è la risultante globale delle reciproche influenze tra i fattori rappresentati nello schema di fig. 2.1. Condizioni fisiche e fattori contestuali agli estremi del modello: la mia dotazione biologica e l'ambiente in cui cresco, dove i fattori contestuali personali (oltre all'età, al sesso, ecc.) sono anche le dimensioni psicologiche che fanno da «sfondo interno» alle mie azioni (autostima, identità, motivazioni, ecc.). Nella

grande dialettica tra queste due enormi classi di forze si trova il mio corpo, come concretamente è fatto (struttura) e come realmente funziona (funzioni). Ma il mio essere agisce con delle reali capacità (attività personali) e partecipa socialmente (partecipazione sociale). Quando tutto questo va bene e agisce in sinergia, sarò sano, altrimenti malato, o disabile, o con Bisogni Educativi Speciali, oppure emarginato, ecc.

L'alunno che viene valutato con la Diagnosi funzionale secondo il modello ICF può evidenziare difficoltà specifiche in vari ambiti:

- *Condizioni fisiche*: malattie varie, acute o croniche, fragilità, situazioni cromosomiche particolari, lesioni, ecc.
- *Strutture corporee*: mancanza di un arto, di una parte della corteccia cerebrale, ecc.
- *Funzioni corporee*: deficit visivi, deficit motori, deficit attentivi, di memoria, ecc.
- *Attività personali*: scarse capacità di apprendimento, di applicazione delle conoscenze, di pianificazione delle azioni, di comunicazione, di autoregolazione metacognitiva, di interazione sociale, di autonomia, di cura del proprio luogo di vita, ecc.
- *Partecipazione sociale*: difficoltà a rivestire i ruoli sociali di alunno, a partecipare alle situazioni sociali tipiche, nei vari ambienti e contesti.
- *Fattori contestuali ambientali*: famiglia problematica, cultura diversa, situazione sociale difficile, culture e atteggiamenti ostili, scarsità di servizi e risorse, ecc.
- *Fattori contestuali personali*: scarsa autostima, reazioni emozionali eccessive, scarsa motivazione, ecc.

In uno o più di questi ambiti si può generare un Bisogno Educativo Speciale particolare (o più di uno), che poi interagirà con gli altri ambiti, producendo la situazione globale e complessa di questo alunno. Ovviamente, il peso dei singoli ambiti varierà da alunno ad alunno, anche all'interno di una stessa condizione biologica (non esistono infatti due alunni con Sindrome di Down uguali) o contestuale ambientale (non esistono infatti due alunni figli di immigrati senegalesi uguali).

Con il modello di Diagnosi funzionale secondo l'ICF si viene dunque a creare una modalità che ci aiuta a leggere le diverse situazioni di difficoltà di tutti gli alunni: alcune di esse saranno caratterizzate da problemi biologici, fisici e di capacità; altre da problemi contestuali ambientali, di capacità e di partecipazione; altre primariamente da fattori contestuali ambientali; altre principalmente da difficoltà di partecipazione sociale (esistono ancora situazioni di discriminazione, non dimentichiamolo!) per fattori contestuali ambientali ostili, e così via.

Ci sentiamo allora di sostenere che la Diagnosi funzionale secondo questo modello va applicata, naturalmente con livelli diversi di gradualità ed estensione, a tutte le situazioni di Bisogni Educativi Speciali, perché ogni alunno in difficoltà ha il diritto di essere conosciuto e riconosciuto nella sua peculiarità, al di là delle certificazioni mediche o psicologiche in senso formale. Il fabbisogno di risorse materiali, umane, metodologiche e formative va calcolato su un «paniere» complessivo e realistico di varie difficoltà, dato dalla somma dei vari Bisogni Educativi Speciali, a meno che non si voglia pensare che esistano bisogni di serie A e bisogni di serie B.

Un'alleanza per la Diagnosi funzionale

Credo sia emerso con chiarezza che il nostro modello di Diagnosi funzionale non può essere realizzato da una persona sola, per quanto competente, specializzata e conoscitrice del soggetto. Né da un'Unità multidisciplinare sanitaria che tagli fuori da questo processo di elaborazione il personale della scuola, la famiglia e altre persone rilevanti della comunità. Quella che noi proponiamo è una visione collaborativa di conoscenza elaborata collegialmente e condivisa, distillata insieme, sulla base delle informazioni portate da ognuno, in uno spirito di alleanza.

Chi segue un approccio psicoeducativo ha sempre sostenuto la necessità di coinvolgere il più possibile figure rilevanti nei vari ecosistemi di vita del soggetto, dunque questa necessità di alleanza non è affatto una novità. Ma diventa una reale necessità concreta se si vuole seguire il modello ICF:

«È lecito domandarsi come gli specialisti della sanità potranno soddisfare in modo esaustivo tutti gli elementi personali e contestuali indicati nel nuovo paradigma descrittivo, senza la collaborazione dei genitori e dei professionisti della scuola, per non parlare delle altre professionalità eventualmente coinvolte». (Pavone, 2004, p. 26)

L'elemento primario di questa alleanza è senz'altro il modello concettuale dell'ICF, con i suoi ambiti, il suo linguaggio e le sue categorie, che fa da base di lavoro condivisa: ognuno può trovare il suo spazio e il modo per capire lo spazio degli altri. Con un buon modello concettuale condiviso si può cominciare a costruire un'alleanza operativa seria:

«Essere alleati vuol dire avere un fine comune (e questo talvolta non è affatto scontato e semplice, come vedremo), puntare a questo fine con ruoli e mezzi diversi, che reciprocamente vengano rispettati, avere valutazioni e percezioni magari anche molto diverse, ma mediarle in una prospettiva con-

divisa attraverso la comunicazione democratica e una dimensione valoriale concorde. Tutto questo costa fatica, tempo, frustrazioni». (Ianes e Cramerotti, 2002, p. 27)

Una Diagnosi funzionale basata su alleanze cerca di valorizzare i ruoli, trasmettere consapevolezza, competenze, definire regole, accordi; cerca di mettersi nei panni degli altri, incontrandolo, ascoltandolo e negoziando pazientemente e apertamente tutto ciò che serve.

Nell'alleanza per la Diagnosi funzionale dovremmo aver cura di creare delle condizioni di protezione e rassicurazione dei ruoli più esposti, quello dei genitori e degli insegnanti. Nessuno si deve sentire «sotto processo», come buon genitore o come buon insegnante: se partecipare ad un'alleanza per la conoscenza funzionale del soggetto rappresenta una minaccia per la sua sicurezza, questa persona non parteciperà.

Dobbiamo anche pensare a momenti pedagogicamente «istitutivi» di una forte coesione e di uno spirito di collaborazione: la valorizzazione di tutti i punti di vista, la continua sottoscrizione di verbali scritti assieme e firmati, l'ascolto empatico, l'*empowerment* reciproco, momenti di sostegno, di formazione, di elaborazione congiunta e altri «rituali» di riconoscimento reciproco e di coesione operativa ed emotiva (Webster-Stratton e Herbert, 1994; Hatcher e Barends, 1996; Hazan e Shaver, 1994). Una lettura sempre utile per riflettere su come riconoscere e valorizzare la risorsa famiglia anche nelle disabilità più gravi è il testo di Eric Schopler (1998), che documenta nel dettaglio la «saggezza» dei familiari. Sulla stessa lunghezza d'onda troviamo ormai, anche nel nostro Paese, varie proposte per costruire buone alleanze tra operatori e famiglie (Ianes e Cramerotti, 2002; Milani, 1993; 2001; Zanobini, Manetti e Usai, 2002).

Ma non c'è soltanto la difficile alleanza tra operatori e famiglia: le difficoltà esistono anche tra gli operatori della Sanità e della scuola. Leggiamo la testimonianza di uno psicologo del Sistema Sanitario Nazionale, che ha a cuore lo sviluppo di un'alleanza di qualità:

«In sintesi, vedo con preoccupazione il fatto che per motivi diversi i Servizi Specialistici si stiano allontanando dal mondo della scuola. Tuttavia, anche la scuola deve fare la sua parte, e provare a superare le seguenti difficoltà:

- nel trovare un accordo rispetto alle caratteristiche dei bambini problematici e non delegare al tecnico l'interpretazione dei disturbi;
- nel non essere in grado di dare un adeguato riconoscimento al ruolo del sostegno (a volte sovrainvestito, a volte neanche preso in considerazione dai colleghi)». (Vio, 2003, p. 96)

La scuola dovrebbe fare questo, e molto altro, se vorrà seriamente assumere il ruolo di regia della Diagnosi funzionale educativa, coordinando le varie profes-

sionalità e i vari contributi di conoscenza dell'alunno che verranno da tutte le figure coinvolte. Tra l'altro, sarà necessario che attivi collaborazioni qualificate con operatori nell'ambito della psicologia dell'educazione e delle scienze dell'educazione per un adeguato supporto tecnico, cosa ormai realisticamente possibile con l'autonomia delle istituzioni scolastiche.

