

## **Il senso della Diagnosi funzionale**

Nella tesi che vorremmo sostenere in questo libro c'è l'idea che una buona Diagnosi funzionale debba essere un percorso di conoscenza approfondita e utile di un alunno; utile principalmente per realizzare buone prassi di integrazione scolastica e corretti interventi psicoeducativi, abilitativi e di sviluppo di competenze. Un percorso che segue l'alunno nella sua evoluzione, che non si cristallizza in un «destino», come ebbe a dire Sergio Neri, in un marchio che struttura in modo statico la realtà e le potenzialità dell'alunno.

In un percorso di conoscenza ci possono essere varie tappe, con contenuti e finalità diverse, con strumenti e apporti professionali anche molto differenti. Credo che, proprio per questo, dovremmo avere le idee ben chiare sul senso di ogni operazione conoscitiva che facciamo su quel bambino.

Discutendo dunque di Diagnosi funzionale ci si imbatte subito in una domanda chiave: che tipo di diagnosi dovrebbe essere? Poi ci si chiede a cosa dovrebbe essere «funzionale», ma di questo discuteremo più avanti nel capitolo.

### **Che tipo di diagnosi è la Diagnosi funzionale?**

Proviamo a ripercorrere una tipica storia di diagnosi-valutazione di una situazione problematica che spesso gli insegnanti incontrano a scuola: un alunno con deficit di attenzione e comportamenti esuberanti, irregolari e poco controllati.

Il percorso di conoscenza dell'alunno inizia tipicamente in maniera naïf: gli insegnanti e i genitori si accorgono che c'è qualcosa che non va, in misura sfumata o grave, ovviamente, dipende dai casi. Essi osservano deficit, difficoltà, li confrontano con la propria esperienza di altri alunni, ne discutono tra di loro, li classificano raggruppandoli in categorie più utili alla loro analisi, ecc.

Questo è il primo livello di conoscenza della situazione di un alunno, e può essere molto attento, accurato, profondo, frutto di osservazione diretta e quotidiana, nei contesti reali di vita, con la motivazione diretta di capire e rendersi conto. In questa prima fase non si usano strumenti standardizzati, ma le capacità cliniche di osservazione dei vari adulti che circondano il bambino.

A questo punto però può fare la sua comparsa uno strumento standardizzato (test, scheda di osservazione, questionario, ecc.) usato dagli insegnanti stessi o da uno specialista psicologo, pedagogista, neuropsichiatria, logopedista, fisioterapista, ecc.

Lo strumento standardizzato ha una sua funzione primaria: consente al suo utilizzatore di formarsi un giudizio più sicuro e una valutazione più completa della situazione del soggetto, ma da che punto di vista? Credo che esistano fondamentalmente due grandi punti di vista:

- il possesso dei segni obiettivi (o di sintomi) che rispondono a criteri accettati scientificamente e che consentono di classificare correttamente una situazione in una certa sindrome;
- il funzionamento del soggetto in alcune componenti fondamentali o sottostanti che spiegano o completano l'analisi del manifestarsi del suo deficit o della sua situazione.

#### *La diagnosi come corretta classificazione e riconoscimento di una sindrome*

Nella situazione sopra accennata, l'uso ad esempio della scala SDAI, che sarà riportata più avanti nel volume, consente di valutare se quel bambino può legittimamente essere classificato-diagnosticato con *Sindrome ipercinetica* (Codice F90 secondo l'ICD-10) o *Disturbo dell'attività e dell'attenzione* (Codice F90.0). La scala è infatti costruita sulla base dei criteri standard riconosciuti a livello internazionale, i famosi DCR-10, che servono proprio per delimitare e chiarire i confini di questa diagnosi. Di seguito si riportano i criteri diagnostici dell'ICD-10 per le Sindromi ipercinetiche.

Come si vede, in questo modo chi valuta può ridurre la possibilità di commettere errori di falsi positivi e di falsi negativi, e la sua conoscenza dell'alunno si può arricchire di altri particolari o dettagli a cui non aveva in un primo momento pensato. Può avvenire il riconoscimento di una «sindrome» o di un

## DCR-10

### **Criteria diagnostici dell'ICD-10 per le Sindromi ipercinetiche**

(Tratto da: OMS, *ICD-10*, 1996, pp. 268-270)

La diagnosi per la ricerca di sindrome ipercinetica richiede la chiara presenza di marcati livelli di disattenzione, iperattività e irrequietezza, che sono evidenti in diverse situazioni e persistenti nel tempo e che non dipendono da altri disturbi quali l'autismo o le sindromi affettive.

*G1. Deficit dell'attenzione.* Almeno sei dei seguenti sintomi persistono da almeno sei mesi in una misura che è inadeguata e incompatibile con il livello di sviluppo del bambino:

- (1) spesso non riesce a prestare molta attenzione ai dettagli, o fa errori di negligenza nello svolgimento dei compiti scolastici, nel lavoro o in altre attività;
- (2) spesso non riesce a mantenere l'attenzione nello svolgimento di compiti o di attività ludiche;
- (3) spesso sembra non ascoltare ciò che gli viene detto;
- (4) spesso non segue le istruzioni o non completa i compiti scolastici, i lavori domestici o le mansioni sul luogo di lavoro (non per un comportamento oppositivo o per mancata comprensione delle istruzioni);
- (5) ha spesso difficoltà ad organizzare compiti e attività;
- (6) evita spesso o ha una forte avversione per compiti, quali i compiti a casa, che richiedono un intenso sforzo mentale;
- (7) perde spesso le cose necessarie per alcuni compiti o attività, come le dotazioni scolastiche, matite, quaderni, giocattoli o utensili;
- (8) è spesso facilmente distratto da stimoli esterni;
- (9) è spesso negligente nello svolgimento delle attività quotidiane.

*G2. Iperattività.* Almeno tre dei seguenti sintomi di iperattività persistono da almeno sei mesi in una misura che è inadeguata e incompatibile con il livello di sviluppo del bambino:

- (1) ha frequenti movimenti nervosi delle mani e dei piedi e si dimena sulla sedia;
- (2) si alza spesso dalla sedia in classe o in altre situazioni in cui è il caso di stare seduti;
- (3) spesso corre o si arrampica in situazioni in cui ciò è inappropriato (negli adulti e negli adolescenti può essere presente soltanto una sensazione di irrequietezza);

(continua)

(continua)

- (4) è spesso eccessivamente rumoroso nelle attività ludiche o ha difficoltà a svolgere silenziosamente attività piacevoli;
- (5) presenta un persistente comportamento caratterizzato da eccessiva attività motoria che non viene sostanzialmente modificato dal contesto sociale o dalle richieste.

*G3. Impulsività.* Almeno uno dei seguenti sintomi di impulsività persiste da almeno sei mesi di una misura che è inadeguata e incompatibile con il livello di sviluppo del bambino:

- (1) spesso risponde in maniera sconsiderata a domande non ancora completate;
- (2) non riesce spesso a stare in fila o ad aspettare il proprio turno nei giochi o nelle situazioni di gruppo;
- (3) spesso interrompe o si intromette nelle attività altrui (ad esempio, nelle conversazioni e nei giochi altrui);
- (4) spesso parla eccessivamente senza un'adeguata adesione alle regole sociali.

*G4. Esordio della sindrome entro i 7 anni di età.*

*G5. Pervasività.* I criteri dovrebbero essere soddisfatti in più di una situazione, ad esempio la combinazione di deficit dell'attenzione e di iperattività dovrebbe manifestarsi sia a casa sia a scuola, o sia a scuola sia in un altro ambiente dove i bambini vengono osservati, ad esempio in una clinica. (La dimostrazione che i disturbi sono presenti in più di una situazione richiede di norma che le informazioni siano raccolte da più di una fonte; ad esempio, i resoconti dei genitori sul comportamento in classe difficilmente saranno sufficienti).

*G6.* I sintomi descritti in G1 e G3 causano disagio o compromissioni clinicamente significative nel funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

*G7.* Il disordine non soddisfa i criteri per la sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84.-), per l'episodio maniacale (F30.-), per l'episodio depressivo (F32.-), o per le sindromi ansiose (F41.-).

«disturbo», che sono utilizzati, nei sistemi di classificazione internazionale come l'ICD-10 o il DSM-IV, per indicare l'esistenza, concordata in un sistema standard e accettato, di «un gruppo di sintomi o di comportamenti clinicamente riconoscibili, che nella maggior parte dei casi si associa ad una sofferenza ed a un'interferenza con il funzionamento dell'individuo» (OMS, ICD-10, 1996, p. 328).

Bene, a questo punto è chiaro che questo tipo di diagnosi-riconoscimento certo di sindrome potrebbe al limite essere fatta anche senza la somministrazione di uno strumento standardizzato, se l'esperienza clinica dell'operatore lo consentisse e se non ci fossero possibilità di errori di misura. Ma, in genere, è utile fondare questo tipo di diagnosi su una valutazione obiettiva della situazione, e alcuni strumenti, proprio perché standardizzati, tutelano il diritto del bambino a non subire diagnosi sbagliate, in eccesso o in difetto.

La discussione sui criteri diagnostici solleva anche un altro problema centrale: questo tipo di diagnosi non si avvicina molto alla diagnosi eziologica. «È facile dimenticare che solo una piccola parte delle diagnosi psichiatriche fa riferimento a concetti che sono paragonabili a quelli su cui si basa la pratica della medicina generale. Molte diagnosi psichiatriche, come sono attualmente definite, non hanno correlati anatomopatologici o fisiopatologici, e molte (in particolare le diagnosi utilizzate in psichiatria infantile e adolescenziale) dipendono, per il loro riconoscimento, da un complesso di alterazioni emozionali e comportamentali che coinvolgono più di una persona» (OMS, ICD-10, 1996, p. 327). Dunque fare una diagnosi-classificazione-riconoscimento di una sindrome non è accertarne l'origine eziologica.

#### *La diagnosi come analisi delle componenti disfunzionali «nella» sindrome*

Analizziamo ora un'altra prospettiva: chi fa la diagnosi utilizza degli strumenti standardizzati per capire meglio il funzionamento del soggetto sotto la superficie del suo deficit (di attenzione, regolazione del comportamento, impulsività, ecc.). In questo caso lo strumento di osservazione è costruito non sui criteri diagnostici, ma sulle componenti fondamentali che si ritengono responsabili di una prestazione deficitaria. Si va cioè alla ricerca di cause «più profonde», per contribuire a spiegare le difficoltà del soggetto. Vediamo un paio di esempi di questo modo di procedere riconducibili alla psicologia cognitiva (Tressoldi e Vio, 1996):

«Si evidenziano difficoltà nella comprensione del testo probabilmente derivanti da insufficienti conoscenze metacognitive e da livelli lessicali borderline. Sono carenti anche le componenti di memorizzazione di fatti numerici e di pianificazione nella soluzione di problemi». (p. 106)

«Si potrebbe ipotizzare la presenza di specifiche difficoltà nell'elaborare informazioni sia di tipo verbale che visuospatiale in sequenza: si tratterebbe di un deficit a livello di memoria di lavoro...». (p. 115)

In questi due esempi la situazione di difficoltà nell'apprendimento è stata scomposta, attraverso test o prove standardizzate, in competenze più settoriali, specifiche, che permettono di capire meglio la dinamica delle difficoltà dell'alunno. Si isolano singole capacità riconoscibili e si coglie il rapporto tra di esse e la prestazione finale, facilitando la progettazione di interventi compensativi o riabilitativi mirati.

Risulta evidente che la validità e la serietà di un approccio come questo dipende dalla validità del modello di costruzione della competenza che ispira la struttura del test o della prova: se non c'è questa validità di costruito, che porta qualcosa di nuovo alla semplice comprensione naïf del compito, di fatto avremo diagnosi-analisi delle componenti che altro non sono che ridescrizioni con un gergo un po' tecnico di quello che avrebbe potuto osservare e dire un insegnante di buon senso.

Finora abbiamo discusso di diagnosi-analisi delle componenti che stanno dentro, o sotto, un compito, ma dobbiamo anche riferirci alle diagnosi-analisi delle componenti che «stanno accanto» e «stanno insieme e si interconnettono». In questo tipo di diagnosi, che abbiamo visto essere molto diversa da quella di riconoscimento e classificazione di una sindrome, si cerca di capire qualcosa «di più» sul funzionamento del soggetto, scavando in profondità, oppure allargando lo sguardo anche ad altre classi di competenze e abilità che stanno accanto a quelle inizialmente valutate. È questo il caso delle *checklist* di sviluppo, o di altre schede globali di osservazione, che guidano l'operatore e l'insegnante nel definire attentamente punti di forza e deficit nei vari repertori di attività dell'alunno.

Nei capitoli seguenti del testo si discuteranno alcuni di questi strumenti, che condividono una ratio precisa: «Devo essere in grado di disegnare una mappa il più completa possibile e precisa delle caratteristiche del soggetto, nei vari ambiti, ben consapevole che una mappa non è il territorio».

In questo caso, la logica non è tanto quella della scomposizione «in verticale» di una competenza, ma quella dell'espansione «in orizzontale» delle varie classi di competenza, ritenute importanti da osservare e valutare per avere il quadro completo, e perciò più valido, del soggetto da conoscere. C'è da dire che questi strumenti hanno un indubbio merito: guidano l'operatore ad avere uno sguardo a 360 gradi, evitandogli l'errore di restringere la sua attenzione solo su alcuni settori, in genere quelli più deficitari.

Ma il funzionamento reale di una persona non è solo questione di globalità, dobbiamo anche capire le interconnessioni tra fattori anche non appartenenti

direttamente alla sua persona, e come questi fattori, che potremmo genericamente definire «di contesto», incidono su altri fattori che invece sono strettamente personali. È appunto a questo livello che si colloca il modello descrittivo-interpretativo dell'ICF, che sta alla base della nostra proposta di Diagnosi funzionale. Come si vedrà, la Diagnosi funzionale che deriva dal modello ICF non si pone il problema di riconoscere una sindrome, ma cerca di descrivere il funzionamento reale e attuale di un soggetto nei suoi vari ambiti, compreso il ruolo del suo contesto, e di comprendere a fondo questo funzionamento, mettendo in relazione reciproca fattori biologici con fattori psicologici, sociali e di competenze. L'idea di fondo è una vecchia idea guida dell'OMS, e cioè che la salute debba essere considerata il frutto di una complessa interconnessione di fattori bio-psico-sociali.

*La diagnosi come individuazione delle cause originarie (eziologia «ultima»)*

In questo caso, si tratta di un terzo tipo di diagnosi, diverso ancora sia da quella di tipo classificatorio che da quella descrittiva-interpretativa, in cui si dovrebbe accertare cosa sta alla base di una sindrome, disturbo, deficit o altro. Questo tipo di ricerca sarà ovviamente orientato dal modello interpretativo del disturbo stesso: cercare l'eziologia dell'autismo pensato come un disturbo che origina da una madre poco affettiva sarà ben diverso dal cercare l'eziologia dell'autismo pensato come disturbo cerebrale di origine biochimica. Anche in questo caso ci è di aiuto il modello ICF, anche se non parla mai di eziologie possibili (ne parla pochissimo anche l'ICD-10), perché ci ricorda sempre che il funzionamento e la salute di una persona sono la complicata risultante di complesse interconnessioni tra fattori di tipo biologico, strutturale, funzionale, delle capacità, della partecipazione sociale, dei vari contesti e delle varie dimensioni psicologiche e personali. Dunque non ci saranno eziologie semplici, soltanto a livello fisiopatologico, neurologico, anatomico, ecc., perché anche nei casi in cui la compromissione è certa e osservabile, questa realtà è in continua interazione con tante altre variabili sia della persona che del suo contesto, e dunque non può essere considerata da sola.

In questo l'ICF è un modello concettuale molto moderno e in linea con le correnti più ambientaliste e sistemiche della psicologia e delle scienze dell'educazione, che tendono a contestualizzare in modo complesso i comportamenti e gli stati di benessere e malessere delle persone, combattendo gli specialismi che tendono a spezzettare la persona nei suoi vari «funzionamenti». Si pensi ai lavori di Jerome Bruner (2000) e di Edgar Morin (1994; 2000; 2001).

Delle tre diagnosi, quella che interpreta lo spirito della Diagnosi funzionale è senz'altro la seconda, quella che cerca di capire la reale situazione della persona,

scavando nelle sue funzionalità componenti, allargando il campo di osservazione, interconnettendo informazioni e valutazioni in un modello globale di funzionamento attuale, che non si occupa né della classificazione della sindrome, né dell'eziologia «storica» del disturbo.

Forse alcuni fraintendimenti e difficoltà si sarebbero potuti evitare se nei testi di legge e nelle prassi conseguenti si fosse usata una terminologia che distinguesse appropriatamente tra «diagnosi-classificazione nosografica», «diagnosi-comprensione del funzionamento» e «diagnosi-accertamento dell'eziologia», dato che sono tre percorsi diversi, che possono coinvolgere operatori e persone diverse.

La nostra Diagnosi funzionale, occupandosi della comprensione del funzionamento, sta all'incrocio di numerose professionalità, e forse per qualcuna di queste suona un po' irriverente che della «diagnosi» si possa occupare un non-medico o un non-psicologo; può essere allora opportuno smettere di definirla diagnosi e chiamarla invece «valutazione globale del funzionamento» o simili, evitando così timori più o meno giustificati e favorendo la partecipazione attiva del maggior numero possibile di persone a contatto con il soggetto.

Questo infatti è un altro tema centrale: la Diagnosi funzionale dovrebbe essere elaborata a più mani, perché più sguardi sul soggetto generano prospettive multiple che si devono incrociare ed elaborare insieme. Questo non è facile, e può risultare addirittura impossibile se non si dispone di un modello concettuale e di un abbozzo di linguaggio comune tra le persone che contribuiscono all'elaborazione di una conoscenza condivisa della situazione del soggetto. L'ICF ci fornisce esattamente questo modello concettuale e questo linguaggio comune, come si vedrà nei prossimi capitoli.

### **Diagnosi funzionale a cosa?**

Si è detto che questa diagnosi deve essere utile, immediatamente impiegabile nelle prassi quotidiane delle varie persone che sono in relazione con il soggetto e, dato che si parla di integrazione scolastica, i primi utilizzatori di questa Diagnosi funzionale devono essere gli insegnanti, gli educatori e il personale scolastico, poi i genitori, i familiari e tutte le altre figure che condividono responsabilità educative con il soggetto.

Tutti questi attori sulla scena educativa, formale o informale, dovrebbero tenere sempre aperto un processo continuo di elaborazione della conoscenza del soggetto, che non si ferma né si cristallizza, ma lo accompagna, modificandosi e modificando le prassi quotidiane. Conoscendo ed elaborando caratteristiche del soggetto si vengono a modificare le prassi e l'azione nelle prassi genera nuova

conoscenza che rielabora quella precedente e la qualifica ulteriormente. Cerchiamo ora di definire meglio alcune linee di utilizzo della Diagnosi funzionale.

#### *La diagnosi «funzionale» al Profilo dinamico funzionale*

Nel Profilo dinamico funzionale si effettuano alcune importanti operazioni sulla base delle conoscenze generate nella Diagnosi funzionale.

In primo luogo occorre identificare gli obiettivi che si potranno concretamente inserire in una programmazione reale di attività scolastiche. Sulla base di questa selezione, gli obiettivi a medio e breve termine verranno integrati nelle attività e nella programmazione della classe, e verranno definite delle attività concrete di insegnamento sulla base anche della conoscenza e possibilità d'uso di determinate tecniche educative/didattiche e di come potrà reagire a esse il bambino. Ciò significa organizzare delle sequenze di obiettivi a breve termine, con incrementi molto graduali di difficoltà, utilizzando le metodologie di «analisi del compito» e altre tecniche di facilitazione. Nel Profilo dinamico funzionale si trovano dunque le linee concrete di prospettiva, e cioè quello che si vorrà raggiungere, espresso in obiettivi a lungo, medio e breve termine. Il Profilo dinamico funzionale funge quindi 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 e educativa di ogni giorno.

La Diagnosi funzionale produce solitamente una notevole quantità di dati: medici, familiari, sociali, sulla situazione evolutiva e sulle competenze dell'alunno rispetto all'attività della classe, sulle sue caratteristiche psicologiche, emotive e relazionali, e sugli eventuali comportamenti problematici. Questi dati provengono da valutazioni mediche, relazioni degli assistenti sociali, incontri con i genitori, i terapisti della riabilitazione, i logopedisti, gli psicologi; provengono inoltre dall'osservazione diretta degli insegnanti all'inizio dell'anno scolastico, da precedenti valutazioni e dalla somministrazione di test, verifiche e prove oggettive.

Tutti questi dati spesso si accumulano in modo disordinato, senza collegamenti significativi fra di loro, e da queste informazioni frammentarie, più o meno precise e oggettive, facciamo fatica a ricomporre e integrare l'unità globale e unica di quell'alunno.

Le operazioni del Profilo dinamico funzionale dovrebbero quindi aiutarci a ricostruire, dai dati della Diagnosi funzionale, una sintesi integrata che ci permetta di comprendere le caratteristiche dell'alunno, trasformandole in obiettivi a breve e medio termine.

Come si può notare, questa nostra proposta riguardo al Profilo dinamico funzionale introduce elementi diversi rispetto all'articolo 4 («Profilo dinamico

funzionale») dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle Unità Sanitarie Locali del febbraio 1994. La concezione di profilo che traspare dall'Atto di indirizzo, infatti, ci lascia perplessi per diversi motivi. Vi è spesso un riferimento «prognostico»: ad esempio nel comma 1, dove si legge che il profilo «indica [...] il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (sei mesi) e nei tempi medi (due anni)»; oppure, nel comma 2, «descrive in modo analitico i possibili livelli di risposta dell'alunno in situazione di handicap riferiti alle relazioni in atto e a quelle programmabili»; e, nel comma 3, «comprende [...] l'analisi dello sviluppo potenziale dell'alunno a breve e medio termine». Un'espressione ricorrente è quella di «potenzialità», sul cui significato possono nascere diversi dubbi.

È ovviamente importante che nel profilo vi sia un'ottica positiva, che metta in evidenza le capacità dell'alunno e stimoli a promuovere sviluppo e crescita, al di là di un'ottica patologica e legata al pessimismo del deficit. Ma non è certo con queste concezioni «prognostiche», ancora molto legate a una concezione medica, che si rende operativa in senso pedagogico e didattico quest'ottica positiva.

Che senso ha parlare di «prevedibile livello di sviluppo» che l'alunno «dimostra di possedere»? Come si può dimostrare di possedere un... prevedibile livello di sviluppo? Lo sviluppo, come ognuno sa, dipende da una grande quantità di fattori in relazione reciproca, che risiedono nella persona, nei contesti ambientali e personali, nell'interazione di questi due elementi e nelle rappresentazioni che di questi elementi si fanno i soggetti stessi (si pensi, per quest'ultimo punto, alla fiducia che può avere o non avere l'insegnante rispetto alle possibilità del suo alunno). Come si può prevedere l'esito di tutto questo (che ancora non si conosce...) soltanto dopo un primo periodo di «inserimento» scolastico?

Crediamo che non abbia senso cercare di prevedere il futuro, ma che sia essenziale cercare invece di costruirlo, giorno dopo giorno, con attività concrete mirate a precisi obiettivi. Dove si arriverà, quali saranno «i possibili livelli di risposta» non lo sa nessuno, e concentrarsi in questo sforzo prognostico può essere addirittura controproducente, se induce aspettative riduttive o scoraggiamento.

Nella nostra proposta si abbandona il concetto di «potenzialità esprimibile» e si introduce invece quello di obiettivi a lungo, medio e breve termine. Si cerca cioè di superare quella concezione «prognostica» di profilo, per definire una serie di operazioni che si fondino su una concezione pedagogica e psicologica moderna, sulle metodologie più accettate di programmazione didattica, che siano di reale e immediata utilità per gli insegnanti impegnati nell'integrazione scolastica.

Se si è cercato di rendere più pedagogica e allargata la Diagnosi funzionale, a maggior ragione la stessa logica va riproposta in questa fase, che dovrebbe essere il ponte essenziale per la definizione di attività concrete di insegnamento.

Nella nostra proposta, il Profilo dinamico è un processo a quattro fasi, che trasforma i dati della Diagnosi funzionale in obiettivi a breve termine rispetto a precise priorità. Ma non è solo questo: nella prima fase si cerca di introdurre un elemento del tutto trascurato nel profilo ministeriale e cioè la sintesi significativa e il coordinamento dei dati raccolti, con lo scopo di capire meglio la situazione dell'alunno e proporgli un programma di lavoro realmente rispondente ai suoi bisogni speciali.

Le fasi operative del Profilo dinamico funzionale

FASE 1: Sintetizzare in modo significativo i risultati della Diagnosi funzionale

La grande quantità di informazioni che sono state raccolte da tante fonti vengono confrontate tra di loro e sintetizzate nelle aree significative del modello ICF (condizioni fisiche, funzioni e strutture corporee, attività personali, ecc.).

Le informazioni dovrebbero essere sintetizzate e integrate attorno a quattro ambiti principali:

1. Punti di forza, cioè 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).
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. Se pensiamo alla persona umana come a un essere caratterizzato dal più alto grado di integrazione e interconnessione di aspetti e caratteristiche, dobbiamo tentare di individuare alcune di queste relazioni, soprattutto quelle più utili per gli obiettivi dell'integrazione scolastica.

FASE 2: Definire gli obiettivi a lungo termine

Da questi quadri sintetici si ricavano gli obiettivi a lungo termine, quelli cioè che «idealmente» ci piacerebbe raggiungere in una prospettiva temporale che si potrebbe collocare dall'uno ai tre anni. Nella prospettiva del «Progetto di vita», questa dimensione temporale si può dilatare notevolmente, arrivando a definire obiettivi anche in dimensioni esistenziali dell'età adulta. Si potrebbe dire che in questa fase della stesura del Profilo dinamico funzionale si definiscono gli obiettivi

---

\* Per una spiegazione della differenza tra «capacità» e «performance» secondo il modello dell'ICF, si veda l'inizio del 3° capitolo.

«teorici», cioè tutti quelli che legittimamente derivano dalla sintesi riportata precedentemente. Gli obiettivi possono derivare dal deficit, e si pongono comunque come capacità o performance. Una gamma dunque di possibili obiettivi, all'interno della quale si dovranno operare una valutazione e una scelta per concentrare le nostre energie sui più importanti.

#### FASE 3: Scegliere gli obiettivi a medio termine

In questa fase vengono scelti tra gli obiettivi a lungo termine quelli a medio termine, da raggiungere cioè nell'arco di alcuni mesi o di un anno scolastico. Si passa cioè dall'obiettivo a lungo termine, teoricamente adeguato, considerati i deficit e le abilità evidenziati nella Diagnosi funzionale, all'obiettivo effettivo, quello cioè su cui si inizia a lavorare e per il quale si deve pensare quali materiali, tecniche e interventi saranno più efficaci.

#### FASE 4: Definire gli obiettivi a breve termine e le sequenze facilitanti di sotto-obiettivi

In moltissimi casi, aver definito una buona serie di obiettivi a medio termine non esaurisce questa fase di programmazione; c'è infatti bisogno di semplificarli, ridurne la complessità e scomporli in sotto-obiettivi che facilitino l'apprendimento. In questi casi si deve lavorare sugli obiettivi a medio termine, per ricavarne sequenze facilitanti di obiettivi più accessibili, da presentare immediatamente al nostro alunno. Vi sono diversi metodi per costruire sequenze di sotto-obiettivi facilitanti; qui di seguito ricordiamo brevemente i tre più utilizzati.

1. *Ridurre le difficoltà dell'obiettivo semplificando le richieste di corretta esecuzione.* Un obiettivo può essere portato più vicino ai livelli attuali di competenza dell'alunno se riusciamo a ridurne la difficoltà che si esprime nei criteri di corretta esecuzione, quali ad esempio l'accuratezza, la velocità di azione, l'intensità, la durata e la frequenza ottimale di emissione di un determinato comportamento. Questa semplificazione sta alla base della tecnica di insegnamento che va sotto il nome di *shaping* (modellaggio).
2. *Ridurre la difficoltà dell'obiettivo attraverso l'uso degli aiuti necessari e sufficienti.* Un obiettivo può essere reso più accessibile anche attraverso l'uso accorto e pianificato di aiuti, di cui andranno forniti solo quelli necessari e sufficienti, né di più né di meno, per non correre il rischio di creare dipendenza e passività dando troppi aiuti.
3. *Ridurre la difficoltà dell'obiettivo attraverso l'analisi del compito (task analysis).* L'analisi del compito permette di scomporre un obiettivo sia in senso sequenziale-descrittivo, elencando le serie di risposte singole che compongono quel compito, sia in senso strutturale-gerarchico, individuando le

abilità più semplici e prerequisite che costituiscono la struttura di base di quell'obiettivo e che vanno costruite per prime, appunto in ordine gerarchico. Entrambe queste modalità ci consentono di costruire sequenze di sotto-obiettivi più graduali in termini di difficoltà e perciò più facilitanti.

In conclusione, ripercorriamo le varie operazioni e fasi attraverso cui abbiamo costruito il Profilo dinamico funzionale: dapprima abbiamo sintetizzato i risultati della Diagnosi funzionale, riducendoli organicamente attorno ai concetti unificanti di «capacità-performance», «deficit» e «relazioni di influenza»; come operazione successiva abbiamo ricavato una serie di obiettivi potenziali a lungo termine, di abilità e cambiamenti adattivi che idealmente ci piacerebbe raggiungere con quell'alunno; subito dopo però abbiamo ridotto le nostre «pretese», scegliendo una serie più accessibile di obiettivi a medio termine, cercando di definirli attraverso la mediazione di esigenze diverse; questi obiettivi sono stati poi ulteriormente scomposti e analizzati in obiettivi a breve termine, organizzati in alcuni casi addirittura in sequenze facilitanti di sotto-obiettivi graduati per difficoltà. A questo punto abbiamo le idee molto più chiare sul percorso da seguire e soprattutto sappiamo perché andiamo in un certo luogo piuttosto che in un altro. Siamo pronti allora a definire modi concreti per aiutare l'alunno in questo viaggio, con attività specifiche di insegnamento, sia che si tratti di adattamenti e modifiche di ciò che viene fatto da tutti i suoi compagni in classe, sia che si tratti di materiali e attività più specifiche.

I «luoghi» dove si dirige il nostro alunno possono essere individuati, come si è visto, nella logica dell'individualizzazione (obiettivi diversi ma in linea propedeutica o adattata a quelli della classe) o su prospettive di personalizzazione delle attività (competenze diverse da quelle perseguite dal gruppo classe, ma utili in una prospettiva di Progetto di vita). È evidente il rischio di emarginazione ed esclusione che portano con sé gli obiettivi personalizzati, dato che potenzialmente possono allontanare dalla «normalità» dei rapporti e delle attività. 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.

*La diagnosi «funzionale» alla definizione operativa di attività, materiali e metodi di lavoro*

Nel Piano educativo individualizzato si definiscono soluzioni operative per favorire il massimo raggiungimento degli obiettivi individuati nel Profilo dinamico

funzionale. Vengono decise le persone, gli spazi, i tempi, i materiali, gli approcci metodologici delle varie attività e degli interventi. Si pensi ai vari tipi di adattamento, semplificazione e arricchimento dei testi scolastici, all'uso didattico formativo dei luoghi (aula, laboratori, spazi comuni, territorio circostante, negozi, ecc.), ad alcune tecniche didattiche (metacognizione, apprendimento cooperativo, tutoring, apprendimento senza errori, ecc.) necessarie per aiutare il soggetto a compensare alcune sue difficoltà nell'apprendere (Ianes, 2001; Ianes, Celi e Cramerotti, 2003). Un obiettivo, ad esempio imparare a tracciare su copiatrice le lettere del proprio nome, può essere proposto e raggiunto con diversi mezzi e materiali: con gli aiuti dati dalla guida fisica, dal tracciato di puntini sulla carta, da attività preparatorie con i colori a dita, con la sabbia, con attività corporee, psicomotorie, di movimento, in funzione dell'approccio dell'operatore e delle caratteristiche del bambino. Ed è proprio su quest'ultimo punto che la Diagnosi funzionale può fornire informazioni immediatamente utilizzabili. La situazione educativa, formativa, didattica, psicoeducativa dovrà sempre mediare i suoi obiettivi e i suoi mezzi con quello che il soggetto desidera, accetta, con quello che può elaborare e utilizzare. Alcuni soggetti, ad esempio, non gradiscono la guida fisica diretta, e questo tipo di aiuto, anche se metodologicamente corretto e rivolto ad un obiettivo corretto, non è da utilizzare. Altri alunni rifiutano schede e materiali adattati secondo alcune tecniche di *prompting* visivo perché sono inizialmente troppo diversi da quelli utilizzati dai compagni; gli obiettivi e la metodologia sono corretti, ma vanno adattati alle peculiarità di questi alunni. Si pensi poi all'eventuale uso di tecniche di motivazione estrinseca: quale sarà per quell'alunno la gratificazione più efficace dal punto vista del valore rinforzante e contemporaneamente della riduzione del rischio di creare pericolose trappole di dipendenza? In questo ambito di «utilità», la Diagnosi funzionale genera quelle informazioni che consentono di adattare le concrete situazioni quotidiane di lavoro verso obiettivi sensati, individualizzati e personalizzati.

#### *La diagnosi «funzionale» al Progetto di vita*

Più ragioniamo attorno alla costruzione di un buon Piano educativo individualizzato e più ci accorgiamo che l'orizzonte non può più essere stretto sulla scuola, anzi, dovrebbe allargarsi il più possibile. Se poi prendiamo come modello base la concettualizzazione dell'ICF, questo allargamento e questa globalità è ancor più d'obbligo.

Ma un conto è allargare un po' (anche tanto) la prospettiva di progettazione individualizzata, includendo la vita extrascolastica, le attività del tempo libero, ricreative, le varie attività familiari, anche nei periodi non scolastici, un altro conto

è tentare un «Progetto di vita», in cui si cerchi di guardare il più possibile in là, nel futuro, nelle dimensioni dell'essere adulto, con i vari ruoli sociali.

Progetto di vita è innanzitutto un «pensare» in prospettiva futura, o meglio un pensare doppio, nel senso dell'«immaginare, fantasticare, desiderare, aspirare, volere...» e contemporaneamente del «preparare le azioni necessarie, prevedere le varie fasi, gestire i tempi, valutare i pro e i contro, comprendere la fattibilità...». Insomma, c'è un pensiero progettuale «caldo» e un pensiero progettuale «freddo».

Noi operatori rinunciamo ad avere questo pensiero caldo rispetto al nostro alunno disabile, e spesso facciamo fatica a vedere oltre la fine dell'anno scolastico, o oltre la fine del ciclo di studi. Si dirà che questa miopia (visione selettiva) è necessaria: chi guarda troppo in là non vede gli ostacoli e inciampa. Giusto, ma non ha senso camminare bene se non si sa dove andare, se non si vuole andare in qualche posto. Camminare a cosa serve?

Il Progetto di vita comincia molto presto, almeno in famiglia. Nei casi migliori è un progettare molto cauto, molto protettivo. Si ha paura delle illusioni-delusioni, dell'incontro del figlio con la consapevolezza del proprio limite, con le amare realtà che la vita gli riserverà, con le grandi mancanze nei momenti critici (ad esempio, il gruppo adolescenziale con le amicizie e i riti di passaggio e di identificazione). Si vuole proteggere il figlio, finché si può, dalle frustrazioni, dal dolore. Lo si vuole proteggere dall'autoconsapevolezza della propria situazione, dall'accorgersi di essere «diverso» in modo irreparabile. Questa cautela fa muovere con timore, valutando bene le situazioni e con la dovuta delicatezza.

Per gli insegnanti guardare un po' più in là potrebbe essere molto più facile o molto più difficile. Molto più facile perché sono emotivamente meno coinvolti, e possono ragionevolmente progettare nel futuro con meno ansia. Molto più facile anche perché dovrebbero essere più informati sulle reali possibilità della persona disabile adulta nei campi lavorativo, sociale, abitativo, del tempo libero. In realtà non è sempre così: molti insegnanti non conoscono bene la realtà della persona disabile adulta, ed è un deficit di conoscenza che in parte spiega perché si facciano pochi progetti di vita.

Per gli insegnanti dovrebbe essere più facile che per i familiari elaborare un Progetto di vita, anche perché sanno analizzare una competenza richiesta da un contesto in una serie di abilità, sanno costruire percorsi graduali di apprendimento di queste abilità, sanno realizzare modalità di insegnamento-apprendimento orientate ai contesti e vissute direttamente nella realtà. Per molti insegnanti però, orientarsi a un Progetto di vita è difficile, forse perché sono imprigionati nel dover «fare un programma», e questo programma è (giustamente) scolastico, con difficoltà e con fatica integrato con quello della classe. Questo sembra già così tanto

che diventa il tutto. Qualcuno poi subisce anche dall'esterno o dai colleghi pressioni verso obiettivi più tradizionalmente scolastici rispetto a obiettivi più utili nella vita, ed allora rinuncia e si richiude nel Piano educativo individualizzato. Qualcuno ha timore nell'intraprendere la strada del lavoro su un Progetto di vita, ha meno certezze, meno punti fermi rispetto ai processi di integrazione con quello che fanno i compagni di classe. Qualcuno non se la sente di uscire dalle quattro mura della scuola, o è un po' pigro nell'affrontare le difficoltà che presentano percorsi di apprendimento in situazioni reali.

La prima cosa da osservare è che non è utile pensare al Progetto di vita come ad un paio di foglietti aggiunti in coda al PEI, lo dobbiamo vedere invece 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. È evidente che questo sguardo lontano, lungimirante, potrà diventare molto concreto quando l'età lo consentirà, ma sarebbe un errore pensare che il Progetto di vita diventi di attualità solo con l'adolescenza.

Fare entrare il Progetto di vita nel Piano educativo individualizzato vuole dunque dire due cose dal punto di vista tecnico-didattico:

- scegliere obiettivi orientati alla vita adulta
- usare modalità «adulte» di lavorare verso gli obiettivi.

Per quanto riguarda la scelta di obiettivi più direttamente legati alle competenze della vita adulta, alcune sezioni dell'ICF ci potranno essere utili, in particolare quelle della Partecipazione sociale.

Ritornando agli aspetti metodologici, due competenze utili agli insegnanti nella ricerca e definizione di obiettivi adulti sono l'*analisi degli ecosistemi* e la *valutazione della Qualità della vita*. Per un'analisi più dettagliata di queste metodologie, nel contesto del lavoro educativo rivolto all'integrazione sociale, si veda Ianes (1996) e Wehman, Renzaglia e Bates (1988). Per i nostri scopi qui è sufficiente ricordare che, nel fare l'analisi degli ecosistemi, si parte da un ecosistema di vita (ad esempio, il sistema dei trasporti pubblici urbani) che andrebbe padroneggiato dal soggetto ad un certo livello (ad esempio, nei trasporti casa-scuola, casa-ludoteca, casa-amici, ecc.). Le routine decisionali-esecutive che questi livelli di competenza specifici richiedono vengono scomposte in elementi singoli (ad esempio, acquistare il biglietto, andare alla fermata, compiere il tragitto giusto, ecc.), utilizzando le consuete metodologie di *task analysis*, e messe in rapporto alla capacità del soggetto e alla disponibilità di eventuali fattori contestuali-ambientali facilitatori o protesici. In questo modo si dispone dei vari elementi che sarà necessario ricomporre per raggiungere quelle competenze.

Dal punto di vista delle modalità «adulte» di insegnamento-apprendimento, vale la pena ricordare che puntare a obiettivi adulti può richiedere modalità poco consuete (sarebbe meglio dire... poco scolastiche) di insegnamento-apprendimento, come, ad esempio, le esperienze dirette nel vivo della situazione reale (del resto sarebbe difficile imparare a usare l'autobus solo sul banco di scuola), le situazioni di simulazione e *role playing* (che ci costringeranno talvolta a imbarazzanti assunzioni di parti), il contatto-coinvolgimento-formazione-supervisione di risorse informali di insegnamento (colleghi di officina, il conducente di autobus, la cassiera al supermercato, ecc.), la costruzione di un portfolio di competenze, che dovrà essere sufficientemente capace per contenerle tutte e dare loro un senso rispetto all'identità e all'autoprogettazione del soggetto stesso.

La Diagnosi funzionale dovrà tenere in debito conto anche la conoscenza di alcune dimensioni identitarie del soggetto, se il Piano educativo individualizzato-Progetto di vita dovrà poggiare su una solida base dal punto di vista psicologico. Le dimensioni essenziali, a questo riguardo, saranno i valori, gli obiettivi e le motivazioni, l'autoefficacia, l'autostima, gli stili attributivi, quattro dimensioni interconnesse attorno alle azioni e alle scelte del soggetto che, in una dimensione storica, progettuale e consapevole, strutturano la sua identità (Ianes, Celi e Cramerotti, 2003; Montobbio e Lepri, 2000).

Una proiezione del Piano educativo individualizzato verso il Progetto di vita richiede necessariamente un ampliamento di orizzonte rispetto agli attori chiamati in causa: la scuola, la famiglia, i Servizi, le risorse relazionali informali della rete familiare, le risorse associative, ricreative e culturali di un territorio, i vicini di casa, il barista, i negozianti, ecc. Su questa dimensione sociale, la Diagnosi funzionale può generare molte informazioni utili sulla rete di persone che hanno ruoli significativi per il soggetto, valutandone i livelli di interconnessione, la densità, la disponibilità all'aiuto, ecc., secondo metodologie di «analisi delle reti sociali», ormai diffuse (Seed, 1997).

Su queste tre grandi dimensioni (gli obiettivi, le modalità di lavoro e il Progetto di vita), credo dunque che la Diagnosi funzionale esprima al meglio la sua propria «funzionalità», la sua utilità concreta.

