



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

—

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Tesi di Laurea

L'ADHD tra scuola e lavoro: uno studio sull'inclusione formativa e professionale

Relatore

Prof. Fiorino Tessaro

Laureando

Linda Sartori

Matricola 807055

Anno Accademico

2013 / 2014

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 3
-------------------	--------

Capitolo 1

<i>Uno sguardo alle politiche per la disabilità nell'infanzia e nell'adolescenza: dall'ambito internazionale a quello locale.....</i>	<i>pag. 6</i>
---	---------------

1.1 Lo scenario mondiale.....	pag. 6
1.2 L'ambito europeo.....	pag. 11
1.3 L'ambito nazionale.....	pag. 13
1.4 L'ambito della Regione Veneto.....	pag. 18
1.5 L'ambito locale: il territorio dell'Ulss 16 – Padova.....	pag. 21

Capitolo 2

<i>Un disturbo emergente: l'allievo con sindrome da ADHD.....</i>	<i>pag. 24</i>
---	----------------

2.1 Conoscere il problema: caratteristiche del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).....	pag. 24
2.1.1 Difficoltà scolastiche e deficit cognitivi.....	pag. 26
2.1.2 I problemi emotivo-relazionali.....	pag. 26
2.2 L'ADHD: Disabilità o Bisogno Educativo Speciale?.....	pag. 27
2.3 Le implicazioni dell'ADHD in famiglia e a scuola.....	pag. 33
2.3.1 L'ADHD in famiglia tra bisogni e risorse.....	pag. 33
2.3.2 L'ADHD a scuola.....	pag. 36
2.4 Le modificazioni evolutive dell'ADHD: problematiche emergenti nei giovani-adulti.....	pag. 39

Capitolo 3

<i>Una possibilità di inclusione per gli adolescenti con ADHD: la formazione professionale....</i>	<i>pag. 43</i>
--	----------------

3.1 La formazione professionale in Italia: leggi e provvedimenti normativi.....	pag. 43
3.2 La formazione professionale regionale con Enaip.....	pag. 45
3.3 Cosa offre Enaip Veneto per i giovani.....	pag. 47

3.4 La formazione professionale presso Enaip tra metodologie e considerazioni sulla gestione degli adolescenti con ADHD: intervista alla Dott.ssa Bazzan, coordinatrice dell'area giovani Enaip Veneto.....	pag. 48
3.5 La storia di Andrea.....	pag. 56
3.6 Quali sviluppi futuri delle strategie di inclusione formativa e professionale?.....	pag. 59

Capitolo 4

<i>Come intervenire per e con l'adolescente con ADHD per una transizione efficace al mondo del lavoro?.....</i>	pag. 62
4.1 Le normative attuali: cosa permettono e cosa vincolano?.....	pag. 62
4.2 Il ruolo dei servizi.....	pag. 65

CONCLUSIONI.....	pag. 69
------------------	---------

BIBLIOGRAFIA.....	pag. 71
-------------------	---------

SITOGRAFIA.....	pag. 74
-----------------	---------

ALLEGATI.....	pag. 75
---------------	---------

INTRODUZIONE

“Bambini agitati, svogliati, maleducati, imprevedibili, provocatori, sopra le righe” sono alcuni degli aggettivi che spesso vengono usati per descrivere i minori affetti dal “disturbo da deficit di attenzione e iperattività (in inglese ADHD), caratteristiche che rischiano di diventare delle vere e proprie etichette permanenti, con conseguenze negative nella vita di tutti i giorni, se tutti coloro che sono implicati nel problema, non credono e non hanno fiducia nella persona e non si impegnano nel favorire anche il cambiamento dell’ambiente in cui vive.

L’ADHD è un disturbo neurobiologico (Barkley, 1997), le cui manifestazioni sintomatiche dipendono molto dalla relazione tra le caratteristiche primarie del disturbo ed il contesto ambientale circostante.

E’ una sindrome che esordisce in età evolutiva ed è in espansione negli ultimi anni tra i minori e quindi anche tra gli adulti perché le ricerche dimostrano che l’ADHD, anche se con l’avanzare dell’età presenta caratteristiche diverse rispetto a quelle manifestatesi nel bambino, non scompare con il passare del tempo.

L’interesse per questa tematica nasce principalmente grazie all’esperienza di tirocinio universitario di questo corso di Laurea Magistrale che ho potuto svolgere all’interno dell’Ufficio “Servizi Sociali – Area Minori” del Comune di Campolongo Maggiore (Ve) che mi ha dato l’opportunità di conoscere le storie ed i percorsi di alcuni ragazzi affetti da questo disturbo, nonché di apprendere le maggiori ansie e preoccupazioni dei loro genitori riguardo al futuro. Altra esperienza illuminante è stata l’attività di volontariato prestata per un paio d’anni all’interno di una ludoteca a favore di un gruppo di minori disabili, il cui obiettivo era quello di offrire un contesto educativo-ricreativo-relazionale per la valorizzazione del tempo libero e la libera espressione della persona. Nei mesi trascorsi all’interno di questa realtà, ho potuto constatare con mano la difficoltà nel riuscire a gestire anche un solo bambino di 7-8 anni con ADHD, mi sono resa conto, documentandomi in questi mesi per scrivere la tesi, della mancanza di conoscenza del disturbo che portava me e gli altri volontari all’incertezza e all’insicurezza nell’agire e della mancanza di personalizzazione del nostro intervento, in cui piuttosto di prevedere piccoli obiettivi da raggiungere, si dava rilievo al contenimento dei comportamenti sbagliati.

Quando penso ad un bambino con ADHD, inevitabilmente penso a quando diventerà “grande”, a quali strade si possono aprire per lui, a cosa farà quando verranno a mancare quell’accompagnamento, quella tutela e protezione che l’istituzione scolastica sono riuscite a

garantirgli fino ad un certo momento della sua crescita, cioè fintanto che la sua età o altre vicissitudini (per esempio l'abbandono scolastico) l'hanno portato all'uscita dal mondo della scuola. In particolare, rifletto su questi aspetti quando penso soprattutto all'adolescente con ADHD che, oltre a dover convivere con il suo disturbo, come tutti gli adolescenti ha il desiderio di allontanarsi a poco a poco dalla dipendenza dei suoi genitori per sperimentare la propria indipendenza, vive esperienze di cambiamento fisico e psicologico e definisce sempre di più in questi anni la sua identità.

L'oggetto della tesi vuole essere lo studio di uno dei momenti più delicati e più importanti nella vita di un giovane con ADHD, cioè quello della transizione dalla scuola al mondo del lavoro attraverso lo strumento della formazione professionale. Si andrà quindi ad indagare in che modo è possibile costruire le condizioni più opportune per favorire l'acquisizione di competenze sia professionali che trasversali nei ragazzi con ADHD in modo tale da rendere possibile un passaggio significativo dalla formazione al mondo del lavoro. Oltretutto, la formazione professionale vuole essere un'opportunità e un mezzo di inclusione grazie al quale anche l'individuo con delle problematiche cresce e sviluppa le proprie potenzialità nello stesso contesto dei suoi pari. Si parla quindi di inclusione formativa e professionale finalizzata alla promozione e alla realizzazione del benessere inteso sempre più come benessere sociale, relazionale dell'individuo nel suo ambiente.

Nel primo capitolo affronto il tema delle politiche per la disabilità nell'infanzia e nell'adolescenza dall'ambito internazionale fino al più vicino ambito locale per capire quanta attenzione viene riservata ai minori disabili, in quali settori e che decisioni vengono prese per produrre azioni e cambiamenti.

Il secondo capitolo riguarda l'analisi del disturbo da ADHD nell'età evolutiva. In una prima parte illustro le caratteristiche di questo disturbo emergente e i problemi correlati; successivamente andrò ad argomentare se l'ADHD possa essere considerato una disabilità o piuttosto un Bisogno Educativo Speciale alla luce del modello ICF presentato nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo il quale lo stato di salute della persona non dipende soltanto dalle sue condizioni fisiche e mentali, ma è il risultato delle reciproche influenze tra più fattori, tra i quali non vi sono soltanto le condizioni fisiche e corporee ma anche fattori ambientali, contestuali-personali e di partecipazione sociale. Il capitolo presenta anche alcune proposte terapeutiche, le implicazioni dell'ADHD in famiglia, tra bisogni e risorse, e a scuola spiegando in che modo l'istituzione

scolastica interviene sulla problematica. Infine tratta gli aspetti evolutivi dell'ADHD nei giovani-adulti.

Nel terzo capitolo si entrerà nel vivo dell'indagine presentando ed argomentando la formazione professionale come una possibilità di inclusione e di acquisizione di competenze sia professionali che trasversali negli adolescenti con ADHD. Sarà illustrata la formazione professionale regionale Enaip, i suoi strumenti, le sue modalità di intervento nei percorsi professionali con adolescenti con ADHD e saranno avanzate delle considerazioni e proposte in merito agli sviluppi futuri delle strategie di inclusione formativa e professionale.

Nel quarto ed ultimo capitolo verranno analizzate le normative attuali per una riflessione su quello che consentono di fare e limitano in ambito formativo e di lavoro; e verranno presi in considerazione i servizi coinvolti nella tematica dell'ADHD in adolescenza per un'analisi del loro ruolo.

CAPITOLO 1

Uno sguardo alle politiche per la disabilità nell'infanzia e nell'adolescenza: dall'ambito internazionale a quello locale

1.1 Lo scenario mondiale

La questione della disabilità è un tema che ha molte implicazioni culturali, sociali e politiche.

In questo capitolo mi soffermerò ad analizzare le principali politiche in materia di disabilità, all'interno delle quali si colloca anche la politica per minori disabili della quale avrò cura di sottolineare decisioni e aspetti più importanti.

Se facciamo una rapida ricerca del significato del termine "politica", possiamo notare che tra le sue varie accezioni, vi sono queste: 1) modo in cui un governo affronta temi e problemi politici specifici; 2) insieme di decisioni e provvedimenti con cui i governanti amministrano lo Stato nei vari settori e secondo diverse prospettive ideologiche.¹

Possiamo dire che le politiche, quindi le decisioni e i provvedimenti nell'ambito della disabilità, nascono e si sviluppano grazie al riconoscimento di importanti e fondamentali diritti della persona.

Un punto di partenza essenziale è stata innanzitutto la *Dichiarazione Universale dei diritti umani* del 1948, documento che, all'articolo 2, comma 1, dichiara: "Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciati nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione". Pertanto, rivolgendosi ad ogni individuo, senza distinzione alcuna, si applica anche nei confronti delle persone con disabilità.

Le Nazioni Unite, negli anni, si sono dedicate al tema della disabilità in modi diversi. Il primo atto specifico, approvato dall'Assemblea Generale, risale al 1971 con la *Dichiarazione sui diritti delle persone con ritardo mentale*, seguito dalla *Dichiarazione dei diritti dei disabili motori e sensoriali* del 1975 e dalla *Dichiarazione dei diritti dei disabili visivi e uditivi* del 1979.

Queste Dichiarazioni proclamano che le persone con disabilità hanno gli stessi diritti riconosciuti agli altri esseri umani e che devono essere favoriti lo sviluppo delle loro capacità e abilità e la loro integrazione sociale.

¹ http://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/P/politica.shtml

Con la proclamazione del 1981 come Anno internazionale delle persone disabili, aumenta in maniera sistematica l'attenzione sul tema "disabilità": dapprima con l'adozione del *Programma di azione mondiale relativo alle persone con disabilità* (1983-1992) e poi con l'assunzione da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1993 delle *Regole Standard per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità*.

Realizzare le "pari opportunità" significa per le "Regole Standard per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità", "rendere possibile un processo mediante il quale i vari sistemi della società e l'ambiente circostante, ossia i servizi, le attività, l'informazione e la documentazione, siano resi accessibili a tutti, specialmente alle persone con disabilità" (art. 24).

Il compito di queste Regole dovrebbe quindi essere quello di garantire e controllare che l'esercizio dei diritti umani e civili avvenga attraverso una partecipazione egualitaria alla vita della società da parte di tutti i cittadini, senza alcuna eccezione.

Tuttavia, queste Regole Standard, pur comportando un forte impegno morale e politico per gli Stati membri ad agire per individuare e definire strategie concrete per le pari opportunità per i disabili, non sono uno strumento vincolante dal punto di vista giuridico e quindi risultano inadeguate a tutelare i diritti violati su base legale.²

Ma è la *Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità (CRPD)* delle Nazioni Unite, adottata il 13 Dicembre 2006, che rappresenta un fatto storico di grande portata con l'intento di intervenire in tutti i campi della vita della persona disabile e di combattere le discriminazioni e le violazioni dei diritti umani nei confronti di queste persone.

*"La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità sottolinea che le persone con disabilità devono essere beneficiarie di tutte le politiche, essendo cittadini come gli altri cittadini. Per cui risulta essenziale incrementare gli sforzi per incoraggiare politiche di mainstreaming della disabilità. In tale senso l'approccio internazionale sottolinea l'importanza di utilizzare un approccio a doppio binario (Twin track approach): da un lato proseguire nella realizzazione di iniziative specificamente rivolte alle persone con disabilità tenendo conto dei loro diritti e delle loro specifiche esigenze; dall'altro favorire l'inclusione delle persone con disabilità tra i target di tutti i progetti."*³

² http://www.icom-italia.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=86:normativa-accessibilita-internazionale-e-comunitaria&id=31:documenti&Itemid=103

³ <http://www.superando.it/files/2013/01/piano-d-azione-bozza-dicembre-2012.pdf>

Il 30 marzo 2007 è iniziato a New York il processo di firma e di ratifica del documento, e ad oggi, su 192 paesi che l'hanno adottato, 126 l'hanno firmato e 49 l'hanno ratificato, cioè convalidato facendolo entrare a pieno titolo all'interno del proprio ordinamento.⁴

Come per le precedenti Dichiarazioni e Convenzioni internazionali, nel Preambolo della *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* viene ribadita ed enfatizzata l'*universalità di tutti i diritti umani e libertà fondamentali e la necessità di garantirne il pieno godimento da parte delle persone con disabilità senza discriminazioni*; si sottolinea anche che l'obiettivo è quello di riuscire a *calare la cultura dei diritti umani nelle politiche e nella pratica delle istituzioni*.

L'aspetto innovativo di questa Convenzione è di non prevedere scenari speciali per le persone che tutela, ma di descrivere i singoli elementi/ingredienti dell'inclusione (come per esempio l'accesso all'istruzione) specificando che per realizzarla è necessario rivedere gli stili di pensiero, gli atteggiamenti e le opinioni che devono includere la disabilità fra gli eventi ordinari della condizione umana (Baratella P., Littamè E., 2009).

“Il testo, di fatto, non introduce nuovi diritti per le persone con disabilità, ma afferma il compito politico per i paesi firmatari di “adottare tutte le misure legislative, amministrative e di altra natura” per “garantire e promuovere la piena realizzazione di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali per tutte le persone con disabilità senza discriminazioni di alcun tipo sulla base della disabilità”. Il testo sposta il fulcro dell'attenzione dalla menomazione alla persona nella sua interezza e si pone così come strumento indirizzato verso il superamento di una logica assistenziale e sanitaria.” (Schianchi M., 2009: 107-108).

Superando questa logica che vede la persona come destinataria passiva degli interventi, si abbraccia invece l'idea secondo la quale la persona disabile è una persona con diritti e dignità che va coinvolta negli interventi pensati per lei e quindi le politiche non possono che andare in una determinata direzione riconoscendo questi principi: libertà di scelta, autonomia individuale, vita indipendente, non discriminazione, piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società, rispetto delle differenze e accettazione della disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità, eguaglianza di opportunità, accessibilità, eguaglianza tra uomini e donne, rispetto per l'evoluzione delle capacità dei bambini disabili e rispetto del diritto a proteggere la loro identità.

La Convenzione dichiara e sostiene un concetto nuovo e fondamentale: la disabilità non deve essere identificata con la menomazione, ossia con una specifica caratteristica psicofisica della persona, ma

⁴<http://www.ass4.sanita.fvg.it/ass4/servizi/allegati/Convenzione%20ONU%20sui%20diritti%20delle%20persone%20con%20disabilit.pdf>

è una condizione che si costruisce ed è frutto delle relazioni sociali: la disabilità deriva dall'interazione tra la persona con una menomazione e le barriere comportamentali ed ambientali che incontra che gli impediscono una concreta partecipazione alla vita societaria su una base di uguaglianza con gli altri (Ibidem).

Tutto l'articolo 7 della Convenzione pone una particolare attenzione ai bambini con disabilità, ma non perché questi ultimi abbiano o debbano avere dei diritti speciali, anzi. I bambini hanno tutti gli stessi diritti, ma sono i bisogni che cambiano a seconda delle circostanze e delle situazioni in cui si trovano e questi bisogni vanno soddisfatti affinché sia possibile garantire a tutti l'esercizio dei medesimi diritti.

I tre temi fondamentali per la tutela dei diritti dei bambini con disabilità, attorno ai quali ruota tutto l'art 7 sono:

- I bambini con disabilità devono godere degli stessi diritti e delle stesse libertà riconosciuti a tutti gli altri bambini;
- I bambini con disabilità hanno il diritto di esprimere le loro opinioni e di essere presi in considerazione, anche attraverso un'adeguata assistenza, in relazione alla disabilità e alla loro età;
- È di prioritaria importanza considerare il superiore interesse del bambino in tutte le azioni riguardanti i bambini con disabilità (Baratella P., Littamè E., 2009).

Uno dei più importanti diritti, il diritto all'istruzione, viene garantito dall'art. 24 con il dovere, per esempio, da parte degli Stati Parti di assicurare che:

(2b) le persone con disabilità possano accedere ad un'istruzione primaria e secondaria integrata, di qualità e libera, sulla base di eguaglianza con gli altri, all'interno delle comunità in cui vivono;

(2e) efficaci misure di supporto individualizzato siano fornite in ambienti che ottimizzino il programma scolastico e la socializzazione, conformemente all'obiettivo della piena integrazione”.

Oltre all'istruzione primaria e secondaria, gli Stati Parti, ai sensi dell'articolo 24 comma 5, dovranno assicurare l'accesso delle persone con disabilità all'istruzione post-secondaria, alla formazione professionale, all'istruzione per adulti e alla formazione continua lungo tutto l'arco della vita al fine di favorire lo sviluppo della personalità, le abilità fisiche e mentali fino al massimo delle loro potenzialità. Per raggiungere questo scopo, gli Stati avranno cura nel fornire un "accomodamento" adeguato alle persone con disabilità. Ma sull'"accomodamento", che inteso nel senso letterale del termine ha significato di accordo a cui giungono due parti in contrasto,

aggiustamento, compromesso, non vengono fatte osservazioni o date indicazioni sulla modalità della sua realizzazione.

Gli Stati Parti, sempre nei confronti dei minori con disabilità, dovranno impegnarsi per garantire loro, sulla base del principio di uguaglianza con gli altri, la partecipazione alle attività creative, ludiche, del tempo libero e sportive, incluse le attività comprese nel sistema scolastico (art. 30 comma 5).

La *Convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità* del 2006 si pone in continuità con un testo internazionale importante che l'ha preceduta, la *Convenzione Internazionale sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza* del 1989, della quale la Convenzione Internazionale del 2006 riprende alcuni concetti per svilupparli ulteriormente. Per capire meglio di cosa stiamo trattando, riporto il testo dell'art. 23.

Articolo 23, comma 1: Gli Stati parti riconoscono che i fanciulli mentalmente o fisicamente handicappati devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità.

Articolo 23, comma 2: Gli Stati parti riconoscono il diritto dei fanciulli handicappati di beneficiare di cure speciali e incoraggiano e garantiscono, in considerazione delle risorse disponibili, la concessione, dietro richiesta, ai fanciulli handicappati in possesso dei requisiti richiesti, e a coloro i quali ne hanno la custodia, di un aiuto adeguato alle condizioni del fanciullo e alla situazione dei suoi genitori o di coloro ai quali egli è affidato.

La Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità del 2006 si pone in continuità con la Convenzione Internazionale sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza riconoscendo anch'essa il diritto per i minori disabili di partecipare attivamente alla vita della comunità e addirittura, in una visione più ampia e globale, a quella della società, ma nello stesso tempo si differenzia e prende le distanze dall'articolo 23 (centrato prevalentemente su interventi speciali) consolidando i principi di inclusione e di *mainstreaming* degli interventi e delle politiche destinate ai bambini con disabilità (Ibidem). Non si tratta cioè di fare degli interventi mirati direttamente alle persone disabili, ma il tema della disabilità deve essere presente in maniera trasversale in tutte le politiche facendo in modo che siano politiche promozionali delle uguali opportunità per le persone disabili in ogni aspetto della vita sociale, economica, culturale.

1.2 L'ambito europeo

Mentre in ambito internazionale si sono affermate nel tempo Convenzioni e Dichiarazioni che mettono al centro dei loro testi la questione dei diritti, è a livello europeo che questi diritti iniziano a tradursi in politiche e strategie di intervento.

La *Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità*, ratificata dall'Unione Europea nel 2011, ispira e deve continuare ad ispirare gli Stati affinché intervengano con politiche, normative e risorse adeguate per realizzare un livello soddisfacente di inclusione sociale.

Ricordiamo che l'Europa inizia ad intervenire sulla disabilità dalla fine degli anni '70, ma i primi approcci sono basati su interventi sporadici e lacunosi.

Negli anni '90 si inizia ad intervenire in maniera più sistematica e il 30 Luglio 1996 la Commissione Europea diffonde una "Comunicazione sulla Parità di Opportunità delle persone con disabilità" sottotitolata "Una nuova strategia della Comunità europea nei confronti dei disabili".

*"La politica svolta da numerosi anni intesa ad adattare i disabili alle loro menomazioni è risultata insufficiente e si assiste ora ad un importante lavoro di revisione. La vecchia strategia viene ora sostituita da un più forte impegno a identificare e rimuovere i vari ostacoli che si frappongono alla parità di opportunità e alla piena partecipazione a tutti gli aspetti della vita. Mutando il modo in cui organizziamo le nostre società è possibile ridurre o addirittura superare in maniera effettiva gli ostacoli che incontrano i disabili. Più che l'angusto obiettivo dell'adattamento è l'integrazione che viene considerata la chiave di accesso alla vita attiva."*⁵

La *Carta dei diritti fondamentali dei cittadini europei* approvata dal Consiglio Europeo nel 2000, all'art. 26, sull'inserimento dei disabili, afferma:

L'Unione riconosce e rispetta il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.

L'impegno dell'Unione Europea nei confronti dei disabili sembra farsi così forte e sentito, che proclama l'anno 2003 "Anno europeo delle persone con disabilità" per sollecitare una maggiore sensibilizzazione delle istituzioni e della società civile nel suo insieme sulle condizioni di discriminazione e di assenza di pari opportunità che vivono i cittadini europei disabili. Basta solo citare alcuni concetti-chiave della *Dichiarazione di Madrid* che dichiara l'anno 2003 "Anno europeo delle persone con disabilità", per capire in quale direzione intende andare l'Europa: "i

⁵ http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/disable/com406/406-it.pdf

disabili chiedono pari opportunità, non compassione”, “le barriere sociali portano alla discriminazione e all’esclusione sociale”, “i disabili costituiscono un gruppo eterogeneo”, “non discriminazione + azione positiva = integrazione sociale”.

Pertanto, nell’ultima parte della Dichiarazione si sottolinea la necessità di adottare un programma fatto di: misure legali, sensibilizzazione pubblica per determinare cambiamenti d’atteggiamento verso le persone disabili, servizi che promuovano la vita indipendente, sostegno alle famiglie cosicché queste possano garantire alla persona disabile l’assistenza più integrante possibile, attenzione particolare alle donne disabili, favorire il lavoro come chiave per l’inserimento sociale.

Alla fine dell’anno 2003 fu definito un *Piano di azione europeo sulla disabilità (2004-2010)* che si articolava su tre obiettivi: 1) completare l’attuazione della direttiva del 27 Novembre 2001 sulla parità di trattamento in tema di occupazione e di condizioni di lavoro; 2) rafforzare l’integrazione delle questioni legate alla disabilità nelle pertinenti politiche comunitarie; 3) migliorare l’accessibilità per tutti.⁶

Successivamente, è stata definita una *Strategia europea sulla disabilità (2010-2020)* che concentra gli impegni verso le persone con disabilità in 8 aree tematiche: l’accessibilità, la partecipazione, l’uguaglianza, l’occupazione, l’istruzione e la formazione, la protezione sociale, la salute e le azioni esterne.

Sul piano dell’occupazione, per esempio, *“l’azione europea deve permettere un aumento del numero dei lavoratori disabili sul mercato del lavoro aperto, in particolare attraverso l’elaborazione di politiche attive dell’occupazione e il miglioramento dell’accessibilità ai luoghi di lavoro. È necessario inoltre agire in collaborazione con le parti sociali per favorire la mobilità intraprofessionale (anche nei laboratori protetti), incoraggiare il lavoro autonomo e migliorare la qualità del lavoro.”*⁷

Sul piano dell’istruzione e della formazione, invece, *“gli allievi e gli studenti disabili devono disporre di un sistema d’istruzione accessibile e programmi d’istruzione permanente; la strategia sostiene l’accessibilità dei sistemi educativi generali, le misure di accompagnamento individuale e la formazione delle figure professionali del sistema educativo.”*⁸

⁶ http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11414_it.htm

⁷ http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0047_it.htm

⁸ Ibidem.

La “Strategia Istruzione e Formazione 2020”, nell’ottica di porre tutti i cittadini nelle condizioni di realizzare le proprie potenzialità, acquisire competenze professionali e garantire quindi l’occupabilità, persegue quattro obiettivi strategici:

- 1) Fare in modo che l’apprendimento permanente e la mobilità divengano una realtà;
- 2) Migliorare la qualità e l’efficacia dell’istruzione e della formazione;
- 3) Promuovere l’equità, la coesione sociale e la cittadinanza attiva;
- 4) Incoraggiare la creatività e l’innovazione, inclusa l’imprenditorialità, a tutti i livelli dell’istruzione e della formazione.⁹

Realizzando questi obiettivi, attraverso azioni come la modernizzazione dell’istruzione superiore e il miglioramento della transizione dalla scuola al lavoro mediante misure attive per il mercato del lavoro o misure sociali, sarà possibile avvicinare sempre di più i giovani normodotati e disabili ad una partecipazione attiva e consapevole all’interno della società.

1.3 L’ambito nazionale

Analizziamo ora le politiche per la disabilità all’interno dello Stato italiano partendo da una considerazione sulla nostra Costituzione entrata in vigore il 1° Gennaio 1948, in cui vengono enunciati principi e diritti che dovrebbero ispirare le scelte e la qualità delle politiche pubbliche.

Nel caso delle persone con disabilità, la Costituzione italiana contiene numerosi richiami a principi solidaristici e di giustizia sociale che vincolano le maggioranze politiche di governo ad intervenire per il riconoscimento di determinati diritti sociali e per garantire un certo livello di qualità di vita della persona.

“L’articolo 3 definisce l’impegno della Repubblica a «rimuovere gli ostacoli [...] che limitando la libertà e l’uguaglianza [...] impediscono il pieno sviluppo della persona»; gli articoli 4 e 36 affermano il diritto al lavoro che preveda una «retribuzione [...] in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un’esistenza libera e dignitosa»; l’articolo 32 afferma che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto [...] e garantisce cure gratuite agli indigenti»; l’articolo 34 dichiara che «la scuola è aperta a tutti [...] l’istruzione inferiore è obbligatoria e gratuita»; l’articolo 38 infine introduce il «diritto all’assistenza» prevedendo che

⁹ http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/ef0016_it.htm

«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale».” (Baratella P., Littamè E., 2009: 17-18).

Una tappa fondamentale per il miglioramento delle condizioni di vita e del processo di integrazione sociale delle persone con disabilità è costituita dalla Legge-quadro n. 104/92 «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate» che ha elaborato un sistema di principi e un piano generale di interventi, lasciando alle Regioni e ai Comuni la scelta di priorità e concrete forme di applicazione (Tessari P., 2005).

Ma soprattutto ha posto al centro degli interventi la persona vedendola nel corso del suo sviluppo in rapporto alla famiglia, alla scuola, alla formazione professionale, al lavoro e al tempo libero.

Con questa legge si interviene quindi per la prima volta in tutti i campi della vita della persona disabile, abbandonando logiche di carattere assistenziale e accrescendo la cultura dell'integrazione fra le diverse amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, offrendo spazi ed opportunità di partecipazione al mondo dell'associazionismo, del volontariato, del no-profit, della cooperazione e del privato sociale.¹⁰

L'entrata in vigore della legge-quadro 104/92 è stata seguita da numerosi sforzi ed iniziative che hanno permesso di raggiungere risultati significativi, tuttavia, la sua completa applicazione presenta ancora delle difficoltà dovute da una parte alla molteplicità degli ambiti nei quali si vuole intervenire, alcuni dei quali sono oggetto di azioni limitate, dall'altra alla continua collaborazione interistituzionale, a volte poco efficiente ed efficace, richiesta ai diversi soggetti coinvolti nell'attuazione di questa legge.¹¹

Le legge in questione ribadisce ed amplia il principio dell'integrazione sociale e scolastica, quest'ultimo già enunciato nella Legge 517/77, come mezzo attraverso il quale si riconosce il diritto soggettivo della persona disabile al pieno sviluppo del proprio potenziale umano che non può essere limitato da ostacoli o impedimenti che possono essere rimossi per iniziativa dello Stato (Legislatore, Pubblici poteri, Amministrazione).¹²

Per quanto riguarda l'educazione e l'istruzione, le persone con disabilità hanno diritto, a prescindere dal tipo e dalla gravità della loro disabilità, di frequentare il ciclo scolastico ordinario dall'asilo sino al livello che sono in grado di conseguire in base alle loro capacità personali e per esercitare questo

¹⁰ <http://www.annoeuropeodisabili.it/documenti/programmaeuropeo.doc>

¹¹ Ibidem.

¹² <http://www.anisa.it/Sostegno/Linee%20guida%20per%20l'integrazione.pdf>

diritto la Legge riconosce la formulazione di un Piano Educativo Individualizzato (P.E.I) steso da più soggetti istituzionali e dalla famiglia in cui si prevede un percorso formativo individualizzato in relazione alle difficoltà, possibilità di recupero, capacità possedute dalla persona da sostenere e rafforzare. Il P.E.I può essere realizzato dotando le scuole di ausili tecnici e sussidi didattici che rimuovono gli ostacoli al pieno esercizio del diritto di educazione e istruzione favorendo il conseguimento di una uguaglianza di opportunità.

L'istruzione inclusiva è il settore su cui l'Italia ha concentrato fortemente le sue politiche in materia di disabilità minorile, dando prova di provvedimenti relativamente avanzati. Tuttavia, i drastici tagli all'assistenza sociale degli ultimi tempi hanno influito negativamente sull'attuazione della politica di istruzione inclusiva.¹³

In materia di inserimento lavorativo, oltre alla legge-quadro 104/92, viene promulgata la Legge n.68/99 «Norme per il diritto al lavoro dei disabili», che si propone la promozione dell'inserimento lavorativo e dell'integrazione nel mondo del lavoro delle persone disabili attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato e attraverso politiche formative..

Arriviamo agli anni 2000 con la Legge 8 Novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» che, in attuazione della carta costituzionale, si propone di assicurare ai singoli e ai nuclei familiari un sistema integrato di interventi e servizi sociali in grado di garantire la non discriminazione, le pari opportunità e diritti di cittadinanza, eliminando o riducendo situazioni di disagio che derivano da redditi insufficienti o da condizioni fisiche o mentali che limitano l'autonomia della persona.

La legge 328/2000 prevede, in particolare, sul tema disabilità, progetti individuali per persone disabili in situazione di gravità (art.14), la valorizzazione e il sostegno delle responsabilità familiari per esempio nei confronti di famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di persone disabili (art.16), interventi finalizzati al sostegno dei minori in difficoltà (compresi anche i minori con disabilità) e la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nel contesto dei servizi sociali (art. 22).

Il *Programma di azione per le politiche dell'handicap 2000-2003* adottato dal Consiglio dei Ministri nel luglio 2000, intende dare piena attuazione a quanto previsto dalla Legge-quadro 104/92 ed ai principi e finalità ai quali essa si ispira.

Nell'ambito di tale programma di azione, per incoraggiare l'integrazione e favorire una piena tutela dei disabili e delle loro famiglie, è necessario assumere i seguenti obiettivi:

¹³ [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET\(2013\)474426_IT.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET(2013)474426_IT.pdf)

- rimuovere gli ostacoli che aggravano le condizioni di disabilità;
- creare condizioni di pari opportunità;
- sostenere, ma anche sollevare le famiglie nei compiti di cura quotidiana;
- monitorare, attraverso una commissione permanente attivata presso la segreteria della Conferenza Stato/Regioni, i livelli di attivazione degli interventi per disabili gravi nei termini di misure assistenziali, educative, riabilitative e scolastiche (Selleri G., 2002).

Con la Legge 3 Marzo 2009 n. 18, l'Italia ratifica la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e istituisce l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità. La ratifica della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità rappresenta un traguardo importante per il Paese, segno che l'Italia si vuole impegnare in una politica di inclusione sociale delle persone disabili sotto diversi punti di vista.

Qualche anno più tardi, il 27 Settembre 2013, viene approvato dal consiglio dei Ministri il primo *Programma d'Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*, in cui si prevede un impegno dell'Italia ad aggiornare e migliorare le politiche indirizzate alle persone con disabilità e un maggiore coinvolgimento delle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità nel processo di elaborazione e attuazione di politiche a favore delle persone con disabilità.

Il presente Programma d'Azione biennale sulla disabilità si compone di sette linee di intervento con l'intento di promuovere sempre più la progressiva e piena inclusione delle persone con disabilità in tutti gli ambiti della vita sociale, economica e culturale.

Per quanto riguarda per esempio la linea d'intervento numero 5, "Processi formativi ed inclusione scolastica", gli obiettivi riguardano il potenziamento dell'inclusione scolastica degli alunni con BES (Bisogni Educativi Speciali) prevedendo il coinvolgimento di tutti gli operatori scolastici e l'attivazione di reti di supporto, formazione e consulenza; infine, bisogna garantire, in termini organizzativi e/o normativi, la continuità del rapporto docente di sostegno/alunno.¹⁴

Lo stesso programma afferma che il livello di inclusione raggiunto non garantisce ancora alla persona disabile una condizione soddisfacente di uguaglianza di opportunità e di non discriminazione ed il Comitato sui diritti umani delle Nazioni Unite raccomanda ai paesi membri di non penalizzare nell'attuale situazione di crisi economica, i gruppi più vulnerabili, come per l'appunto, i disabili.

¹⁴ http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Programma_azione_disabilita.pdf

Non possono essere sfavorite, anzi bisogna continuare a implementare politiche di *mainstreaming*, cioè politiche trasversali che intervengano in tutti gli ambiti di vita della persona disabile rimuovendo barriere, ostacoli e pregiudizi che precludano loro la possibilità, per esempio, di avere accesso al mondo del lavoro contribuendo allo sviluppo della comunità in cui vivono, di usufruire di beni e servizi come gli altri cittadini e in generale di partecipare attivamente alla vita della società e alla definizione delle politiche che li riguardano.¹⁵

Anche se l'Italia viene considerata un Paese all'avanguardia in materia di diritti, politiche e legislazione riguardanti le persone disabili, occorre vigilare ed intervenire affinché i diritti vengano rispettati e le politiche attuate, ricordando, come dice la *Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap* (FISH) che “ancora troppe persone a causa della disabilità vivono situazioni di marginalità e addirittura di segregazione”.

La FISH che da vent'anni partecipa ai principali organismi e tavoli istituzionali per garantire che le scelte politiche effettuate vadano nella direzione della garanzia e della tutela dei diritti delle persone con disabilità, recentemente si è vista impegnata in una battaglia contro i tagli dell'indennità di accompagnamento e ha richiesto con forza che l'intero sistema di accertamento di invalidità civile, stato di handicap e disabilità che risulta ormai obsoleto, farraginoso e inefficiente, venga riformato.¹⁶

Per concludere, vorrei citare le problematiche e le sfide relative alla situazione dei minori con disabilità che secondo la Direzione Generale delle Politiche Interne del Parlamento Europeo dovranno essere prese in considerazione dalla politica nazionale:

- la carenza di risorse economiche necessarie per intervenire su tutti gli ambiti di vita dei minori;
- l'assenza di una definizione nazionale del livello minimo di assistenza da parte dei servizi sociali;
- l'assenza di un livello di protezione omogeneo in tutto il Paese;
- la mancanza di normative e di politiche sull'abuso e la violenza nei confronti dei minori con difficoltà, in particolare delle ragazze;
- la mancata promozione della partecipazione al processo decisionale;

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ <http://www.fishonlus.it/2014/04/15/falsi-invalidi-una-sentenza-storica-per-le-persone-con-vera-disabilita/>

- la mancata tutela dei bambini e degli adolescenti con disabilità intellettive o psicosociali di lieve entità;
- la scarsità di dati e informazioni.¹⁷

Il problema della scarsità di dati, informazioni e di studi periodici aggiornati non è un problema da poco in quanto mancando i dati, i decisori politici non riescono a farsi un'idea della situazione, non riescono ad individuare chiari obiettivi e strategie efficaci, con il rischio di rendere le persone disabili ancor più soggetti invisibili, non tutelati e vulnerabili.¹⁸

Auspicio, dunque, da una parte, che ci sia in un prossimo futuro l'attenzione a conoscere meglio chi sono i bambini e gli adolescenti disabili, e dall'altra, che si giunga sempre più ad un adeguato e profondo intervento dello Stato affinché i minori disabili non vengano relegati ai margini della società, ma venga data loro la possibilità, uniformemente su tutto il territorio italiano, di esercitare appieno i loro diritti.

1.4 L'ambito della Regione Veneto

Grazie ad una cultura rispettosa delle differenze, ad un interesse particolare verso le persone che richiedono aiuto e sostegno e ad una produzione legislativa attenta alle tematiche che attengono alle materie sociali, a partire dagli anni '80 la Regione Veneto si è impegnata nella promozione e nella realizzazione di una rete di servizi con l'obiettivo di dare una risposta appropriata e puntuale ai bisogni della persona con disabilità (Tessari P., 2005).

La programmazione regionale a favore dei disabili è sempre andata nel verso di promuovere una vera integrazione lavorativa e sociale favorendo la crescita della persona attraverso il lavoro e la piena partecipazione alla vita sociale; non è mancato il sostegno alla famiglia attraverso interventi di sollievo per l'assistenza a domicilio e attraverso investimenti economici per la realizzazione di progetti di vita indipendente per le persone con disabilità (Progetti "Dopo di noi" e "Durante noi"); ricordiamo anche i finanziamenti offerti dalla Regione Veneto per garantire l'accessibilità degli edifici pubblici e delle abitazioni privati attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche; infine, nel tempo si è costruita una rete di servizi che nel territorio è in grado di dare una risposta integrata fra tutti gli attori che si occupano di disabilità ai bisogni della persona (Ibidem).

¹⁷ [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET\(2013\)474426_IT.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET(2013)474426_IT.pdf)

¹⁸ Ibidem.

Alcune importanti leggi della Regione Veneto in materia di disabilità sono quindi:

- Legge Regionale n. 46/80 «Interventi per l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti portatori di handicap»;
- Legge Regionale n. 55/82 «Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale»;
- Legge Regionale n. 28/91 «Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali»;
- Legge Regionale n. 41/93 «Norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche e per favorire la vita di relazione»;
- Legge Regionale n. 16/01 «Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili in attuazione della legge n. 68/99 e istituzione del Servizio Integrazione Lavorativa presso le Aziende ULSS».

Con la Dgr n. 2082 del 03 Agosto 2010, "Documento regionale di indirizzo per la programmazione di zona 2011-2015", ricordiamo brevemente la *vision* regionale nell'ambito della disabilità, fonte di ispirazione delle politiche non solamente regionali, ma anche locali e di zona:

"Sostenere la persona disabile e la sua famiglia lungo tutto il ciclo di vita (prima infanzia, età scolare, età adulta, età anziana), consentendole di:

- *valorizzare le proprie risorse e competenze, compatibilmente con il livello di gravità della persona disabile;*
- *essere integrato nel contesto familiare, scolastico, sociale e lavorativo (ove possibile);*
- *essere protagonista nelle proprie scelte di vita, anche promuovendo la differenziazione, l'integrazione e la flessibilità delle forme di risposta in base alle esigenze personali e familiari"* (Dgr n. 2082 del 03 Agosto 2010, "Documento regionale di indirizzo per la programmazione di zona 2011-2015, p. 14).

Le politiche per l'area disabilità indicate in questo Documento sono:

- a) Sostenere un sistema di offerta basato sulla domiciliarità e la residenzialità degli interventi.
- b) Sostenere gli interventi di integrazione scolastica e gli interventi di integrazione lavorativa.

- c) Incentivare forme di risposta innovativa per quanto riguarda i Centri Diurni e le attività di tipo diurno, assieme alle associazioni di famiglie di persone con disabilità presenti sul territorio.
- d) Promuovere azioni per le persone con disturbi di autismo e disturbi dello spettro autistico e per le loro famiglie.
- e) Migliorare le procedure di presa in carico per le persone con doppia diagnosi (Ibidem).

Nel Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 si afferma che, una adeguata risposta ai bisogni complessi della persona con disabilità, richiede una elevata personalizzazione dei percorsi attraverso l'impegno degli operatori nel rimuovere gli ostacoli ambientali, della famiglia sempre più partecipe del progetto di vita e della Comunità locale sempre più fondamentale per il progetto di inclusione sociale in modo tale da integrare soluzioni di natura istituzionale, gestionale, professionale e solidaristica (Piano Socio Sanitario Regionale della Regione Veneto, 2012-2016, p. 103).

Gli obiettivi della politica regionale si pongono in continuità con le finalità della politica nazionale e a mano a mano che ci si avvicina ad un livello istituzionale più vicino ai cittadini, c'è la tendenza a chiamare in causa una rete di aiuto in cui rientrano non soltanto i servizi formali (Ente Locale, Ulss, ecc.), ma anche quelli informali, cioè gli aiuti che possono arrivare in maniera spontanea e volontaria dalla comunità locale (relazioni familiari, parentali, amicali, di vicinato, di mutuo aiuto) e che vanno ad integrare le risposte istituzionali in un clima di collaborazione e di responsabilizzazione.

La rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali sviluppano in ogni ambito territoriale interventi ed azioni finalizzate:

- alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura, all'assistenza e alla riabilitazione attraverso progetti di intervento individualizzati, a sostegno della persona e dei suoi familiari;
- all'integrazione sociale, scolastica e lavorativa;
- al supporto e sollievo della famiglia che si prende cura della persona con disabilità;
- a rendere maggiormente accessibili gli ambienti urbani e le strutture;
- alla crescita, a favore delle persone con disabilità grave e gravissima, dei progetti di vita indipendente e di aiuto personalizzato (Regione del Veneto, *Relazione Socio sanitaria della Regione del Veneto*, anno 2013 (dati 2011-2012), p. 270).

Dal livello politico al livello operativo, la presa in carico costituisce, in un'ottica di globalità della persona, l'elemento fondamentale nella definizione e nella realizzazione di efficaci progetti d'intervento sia nella scuola per garantire il diritto di educazione e istruzione, sia per progettare occasioni d'integrazione col mondo del lavoro o percorsi di alternanza scuola-lavoro; comporta azioni di informazione, di orientamento, di valutazione, di raccordo con le risorse solidaristiche del territorio, di progettazione condivisa e di accompagnamento della persona e della famiglia per tutto il tempo necessario a raggiungere un sufficiente livello di autonomia e di inclusione sociale (Piano Socio Sanitario Regionale della Regione Veneto 2012-2016, p. 104).

Auspico, quindi, che la Regione Veneto sappia sempre perseguire gli obiettivi di tutela ed integrazione a favore delle persone con disabilità. In particolare, auspico che i minori (bambini e adolescenti) siano "cittadini visibili" destinatari di un programma coordinato di interventi nei settori della sanità, dell'istruzione e dell'assistenza sociale.

1.5 L'ambito locale: il territorio dell'Ulss 16 – Padova

Il Piano di zona, introdotto con la Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" è uno strumento nuovo che vede il coinvolgimento delle Pubbliche Amministrazioni ai diversi livelli di governo e di tutti i soggetti che in diverso modo operano sul territorio, per ridisegnare il sistema integrato di servizi sociali di cui l'ambito è dotato (Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E., 2007).

Concentrando la mia attenzione sull'"area disabilità" del Piano di Zona 2011-2015 del territorio dell'Ulss 16, si legge, in questo documento, che la presa in carico delle persone disabili da parte dei servizi avviene innanzitutto nella logica dell'integrazione socio-sanitaria e ponendo al centro degli interventi la persona e la sua famiglia cercando di adattare le azioni in funzione dell'età e della gravità della disabilità.¹⁹ Sempre nel PdZ 2011-2015, si legge che due aspetti da non dimenticare nella riorganizzazione dei servizi esistenti e nella progettazione di proposte future sono: la sostenibilità economica e la territorialità intesa, a mio parere, come un'equa ed omogenea distribuzione dei servizi nel territorio.

Dopo un'attenta fase di analisi dei bisogni, sono state definite le politiche per la disabilità, in particolare quelle per i minori disabili sono le seguenti:

¹⁹ <http://www.ulss16.padova.it/all/tmp9fafkX.pdf>

- 1) Politiche volte ad orientare il minore disabile e la sua famiglia al migliore e più congruo percorso assistenziale;
- 2) Politiche volte a sostenere le famiglie con figli disabili nel vivere quotidiano;
- 3) Politiche finalizzate alla promozione e all'attivazione di Accordi di Programma per facilitare l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità;
- 4) Politiche finalizzate a garantire l'individuazione tempestiva dell'alunno in situazione di disabilità;
- 5) Politiche dirette a garantire il servizio di trasporto scolastico e l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità attraverso l'assistenza scolastica;
- 6) Politiche di promozione di attività socializzanti e ricreative per i minori con disabilità all'interno della comunità;
- 7) Politiche di individuazione e potenziamento delle forme di raccordo tra scuola e mondo del lavoro;
- 8) Politiche di realizzazione di un sistema informatizzato (banca-dati) per la rilevazione del numero dei disabili e la loro relativa diagnosi;
- 9) Politiche per la promozione e la realizzazione di protocolli per la presa in carico della persona dall'età evolutiva all'età adulta;
- 10) Politiche di sensibilizzazione e promozione dell'accoglienza temporanea territoriale anche ai minori disabili con gravi disagi familiari.²⁰

Da questa analisi, rimango positivamente colpita dal fatto che i minori disabili sono destinatari di politiche che non si esauriscono nell'ambito dell'integrazione scolastica, ma che abbracciano anche l'ambito del tempo libero e il delicato periodo di passaggio dal mondo della scuola a quello del lavoro, in quanto momenti rilevanti nei processi evolutivi del minore.

Purtroppo però in questi anni anche i servizi alla persona hanno dovuto sempre di più fare i conti con la crisi economica, con i tagli e la mancanza di risorse economiche, imponendo a queste ultime di "suddividersi" tra molteplici ambiti di intervento con il rischio di non riuscire a soddisfare i bisogni di tutti. E' necessario, quindi, in questo periodo storico, "pensare" a come far fronte alle richieste di aiuto, alle necessità individuate, in modo flessibile e creativo, mobilitando sia le

²⁰ Ibidem.

istituzioni pubbliche che il mondo del privato sociale, sia le Associazioni di volontariato che i singoli cittadini perché ciò che è un diritto possa essere garantito sempre.

Il Piano di Zona è l'occasione per fare delle scelte importanti che dovranno essere messe in pratica mobilitando risorse pubbliche, private, professionali, strutturali e personali al fine di garantire a tutti i cittadini un'esistenza dignitosa.

CAPITOLO 2

Un disturbo emergente: l'allievo con sindrome da ADHD

2.1 Conoscere il problema: caratteristiche del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)

Il disturbo da *deficit* di attenzione/iperattività (noto in ambito clinico con l'acronimo ADHD, dall'inglese *attention deficit/hyperactivity disorder*) viene definito dal DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition*; APA, 1994) come «una situazione/stato permanente di disattenzione e/o iperattività più frequente e grave di quanto tipicamente si osservi in bambini di pari livello di sviluppo» che può avere conseguenze negative nello sviluppo psicologico e nell'integrazione sociale del bambino, nonché predisporlo a patologia psichiatrica e/o disagio sociale nelle successive età della vita (Viola D., 2011).

Questo disturbo del comportamento, che è diventata la sindrome infantile più studiata in tutto il mondo, sembra colpire maggiormente i bambini della fascia della scuola primaria e dell'inizio della secondaria di primo grado (dai 6 ai 12 anni circa) (Fedeli D., 2012).

Da quanto reso noto dall'Istituto Superiore di Sanità, esiste un solo studio a livello internazionale basato sul DSM-IV che evidenzia una percentuale di ADHD intorno al 6.8% della popolazione; mentre in Italia, nella popolazione totale la prevalenza è tra lo 0.43% e il 3.6% e nella fascia d'età 6-18 anni si ha una prevalenza intorno all'1% (quasi 80.000 alunni) (DGR Veneto n. 3364 del 23 Ottobre 2007).

I bambini affetti da ADHD hanno un livello di attenzione scarso, sono generalmente dei bambini irrequieti, impulsivi, sono molto attivi, non riescono a stare fermi, parlano ininterrottamente e spesso utilizzando un tono di voce elevato. Per diagnosticare questo disturbo, che deve manifestarsi prima dei sette anni, è necessario osservare il bambino per un periodo piuttosto lungo e dichiarare che il disturbo persiste da almeno sei mesi e che causa compromissione delle attività scolastiche e sociali (Viola D., 2011).

Il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-IV) descrive tre sottotipi di ADHD:

1. Tipo con disattenzione predominante.

Questi bambini presentano, rispetto ai loro coetanei, difficoltà a rimanere attenti per un periodo di tempo sufficientemente prolungato sia nelle situazioni scolastiche, che in quelle

sociali, soprattutto durante attività ripetitive o noiose. Nelle attività ludiche, il bambino manifesta frequenti passaggi da un gioco ad un altro, senza completarne nessuno. Insegnanti e genitori riferiscono che i bambini con ADHD sembrano non ascoltare o avere la testa da un'altra parte quando si parla loro direttamente e vengono distratti facilmente da suoni o da altri stimoli irrilevanti (Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C., 2001).

2. Tipo con iperattività-impulsività dominanti.

L'aspetto fondamentale che caratterizza i bambini con questo disturbo è un'attività fisica, motoria eccessiva e inadeguata rispetto alle circostanze. Il bambino è in continua agitazione, fa fatica a rimanere seduto e fermo al proprio posto: non riesce a portare a termine un compito iniziato in modo quieto perché è sempre in movimento sia a scuola che a casa, mentre fa i compiti e mentre gioca. L'impulsività si manifesta quando il bambino non rispetta il turno di parola degli altri, ma interviene interrompendo un discorso altrui, è precipitoso e impaziente nel rispondere, non riflette prima di agire, intraprende delle azioni pericolose senza valutare le possibili conseguenze negative (Ibidem).

3. Tipo combinato.

Un bambino con disturbo da ADHD "combinato" presenta sia delle difficoltà a tenere fissa l'attenzione e la concentrazione, sia un'attività motoria eccessiva e inappropriata, insieme ad una condotta impulsiva e frequenti comportamenti di disturbo nei confronti degli altri (Tessari P., 2005).

Molte volte, purtroppo, i soggetti con ADHD presentano oltre ai sintomi già presentati, altre condotte secondarie ritenute disturbanti che deriverebbero dalla relazione tra le caratteristiche primarie del disturbo e il loro ambiente circostante. Molto frequente è quindi la condizione di comorbilità del Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altri disturbi come, per esempio, i disturbi specifici dell'apprendimento, i disturbi d'ansia e dell'umore, il disturbo oppositivo-provocatorio (caratterizzato da opposizione, disobbedienza, negativismo provocatorio nei confronti di chi rappresenta l'autorità e le regole) e i disturbi della condotta con i suoi comportamenti e condotte antisociali, violente, aggressive e provocatorie (Ibidem).

2.1.1 Difficoltà scolastiche e deficit cognitivi

Come afferma Davide Viola, Dottore in Diagnosi e Riabilitazione dei Disturbi Cognitivi, psicologo che si occupa della valutazione e riabilitazione dei disturbi di apprendimento e cognitivo-comportamentali in età evolutiva, l'alunno con ADHD, nonostante abbia sufficienti dotazioni intellettive di base, presenta spesso delle difficoltà di apprendimento dovute all'interazione circolare tra processi cognitivi regolati dall'attenzione in modo scadente e strategie cognitive deboli che non vengono mai adottate in modo funzionale (Viola D., 2011).

Fatta questa premessa e data l'alta compresenza di ADHD e disturbo di apprendimento, è importante chiarire la natura di questa relazione e da quali meccanismi essa può derivare:

1. L'ADHD causa un secondario disturbo di apprendimento scolastico (DAS), cioè le difficoltà di attenzione-iperattività-impulsività ostacolano il conseguimento delle competenze scolastiche (in questo caso, i sintomi sono presenti prima dei sette anni);
2. Il disturbo di apprendimento fa emergere comportamenti tipici dell'ADHD (in questo caso, i sintomi non sono presenti prima dei sette anni). La frustrazione per la difficoltà a raggiungere determinati risultati e per i fallimenti scolastici portano il bambino a disaffezionarsi alla scuola e a sviluppare comportamenti come poca motivazione scolare per continui insuccessi e difficoltà ad allocare le energie necessarie, che sono fra i sintomi primari dell'ADHD;
3. ADHD e DSA sono compresenti perché esiste un problema generalizzato cognitivo-neuropsicologico (Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C., 2001).

2.1.2 I problemi emotivo-relazionali

E' molto importante occuparsi della sfera emotiva e relazionale dei bambini con ADHD perché attuando dei programmi di trattamento in cui si preveda di sviluppare nel soggetto le capacità empatiche e i comportamenti prosociali, il bambino verrebbe aiutato a gestire e quindi ad avere consapevolezza delle propri emozioni, oltre che a superare le difficoltà di socializzazione e a migliorare i rapporti interpersonali, aumentando la sua autostima (Viola D., 2011).

I disturbi emotivi che si possono sviluppare con l'ADHD sono il disturbo d'ansia e il disturbo d'umore.

Il disturbo d'ansia è tipico dei ragazzi adolescenti con ADHD che a seguito di una serie di fallimenti in ambito sociale e scolastico accumulati durante la crescita, diventano insicuri e incerti sulle loro capacità e sulle conseguenze dei loro comportamenti. Il disturbo d'umore, invece, nasce quando i bambini sperimentano un insuccesso o una frustrazione che li porta a sviluppare una sfiducia nelle proprie capacità e abilità fino ad assumere anche un atteggiamento depressivo (Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C., 2001).

Un'altra caratteristica, infatti, dei bambini con ADHD è la loro scarsa autostima che nasce non soltanto dalla poca fiducia nelle proprie potenzialità causate dai continui rimproveri, *feedback* negativi e dal rifiuto sociale, ma può essere ricondotta anche a dei possibili vissuti di abbandono e solitudine (Viola D., 2011).

Dal punto di vista delle relazioni interpersonali, dobbiamo dire che la qualità delle interazioni tenute dai bambini con disturbo ADHD non è adeguata in alcuna situazione perché sono frequenti i comportamenti negativi sia verbali che non verbali, sembrano insensibili e disinteressati al mondo emotivo altrui e si osserva un maggior ritiro sociale seguito da aggressività. Questi comportamenti aggressivi, poi, si acutizzano quando i bambini con ADHD ricevono pochi apprezzamenti e vengono esclusi e isolati dai compagni di gioco o di scuola perché non riescono a controllare il loro comportamento. Bisogna precisare, tuttavia, che molto spesso i bambini con ADHD che manifestano comportamenti aggressivi e disturbanti nei confronti degli altri, appaiono sinceramente stupiti degli esiti negativi che scaturiscono dalle loro azioni maldestre. E' stato rilevato anche che quando i bambini con ADHD devono esercitare un ruolo piuttosto passivo e non ben definito, essi diventano maggiormente oppositivi, ribelli e incapaci di comunicare efficacemente con i loro coetanei; quando invece gli viene assegnato un ruolo attivo e preciso, diventano più cooperativi e collaborativi (Cornoldi C., De Meo T., Offredi F., Vio C., 2001).

2.2 L'ADHD: Disabilità o Bisogno Educativo Speciale?

Possiamo dire che esistono due diversi sistemi di classificazione per interpretare il disturbo ADHD: da una parte il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)* elaborato dall'American Psychiatric Association (APA) e arrivato nel 2013 alla quinta revisione (DSM-V) e dall'altra l'*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* elaborata

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2001, della quale esiste anche la versione per bambini e adolescenti.

In questa sede, mi soffermerò prima a mettere in luce alcune caratteristiche del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali in uso in Nord America, in modo tale da far emergere il suo punto di vista e il suo approccio all'ADHD, e poi analizzerò il disturbo dal punto di vista dell'ICF. Mi avvarrò della quarta revisione, cioè del DSM-IV pubblicata nel 1995, in quanto la revisione del 2013 (DSM-V) risulta difficile da reperire.

Nel DSM-IV viene evidenziato che “ogni disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio (ad es. un sintomo algido), o a disabilità (ad es. compromissione a una o più aree importanti di funzionamento), a un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o a una importante limitazione della libertà” (APA, Associazione degli Psichiatri Americani, 1996, p. 8) (Scheriani C., 2007: 17).

Il manuale DSM-IV descrive, per ciascun disturbo, le manifestazioni cliniche dominanti e associate, gli indicatori diagnostici, le costanti del decorso, i principi di inclusione e di diagnosi differenziale, l'incidenza del disturbo nella popolazione, gli elementi predisponenti, le peculiarità legate alla cultura, all'età, al genere (Montani Brigo R., Caldin Pupulin R., 2001).

Questo Manuale ha una visione estremamente analitica, clinica e medica dei disturbi mentali che tratta. Ciò significa che associa i disturbi mentali, e tra questi vi è anche il disturbo neuropsichiatrico dell'ADHD, ad una disabilità, considerandoli come problemi personali, le cui cause possono essere malattie, traumi o altre condizioni di salute che richiedono assistenza medica attraverso trattamenti e terapie individuali, anche farmacologiche, da parte del personale medico specializzato (Ibidem).

Dal 1970 ad oggi anche l'OMS ha cercato, con diversi strumenti classificatori, di individuare cause e caratteristiche cliniche delle patologie, ma con il passare dei decenni si è fatta più attenta alle componenti sociali e ambientali del soggetto che ha una patologia o disfunzione.

In questo modo si è arrivati alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF - OMS, 2001) in uso in Europa, dalla quale deriva *La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti*, nota come ICF-CY (OMS, Maggio 2001), per documentare meglio le caratteristiche e lo stato di salute di bambini e adolescenti dalla nascita fino al diciottesimo anno d'età.

L'aspetto innovativo dell'ICF è che sviluppa il tema della salute e di funzionamento globale della persona (qualunque persona) in chiave positiva e non parla più di disabilità e patologie mediche perché considera la persona, affetta o meno da patologia, in modo olistico e complesso, da diverse prospettive, ponendo in interazione circolare e non più in sequenza lineare concetti che riguardano la persona (funzioni e strutture corporee) e l'ambiente fisico e sociale in cui vive che può influire sulla qualità della vita dell'individuo (Paolini M., 2009).

L'ICF-CY è uno strumento utile ai clinici, agli insegnanti, ai ricercatori, agli amministratori, ai responsabili politici, ai genitori per identificare i bisogni, i problemi che emergono nella prima infanzia, nell'infanzia e nell'adolescenza e che *riguardano le funzioni e le strutture corporee, le limitazioni dell'attività e le restrizioni alla partecipazione, nonché i fattori ambientali rilevanti per i bambini e gli adolescenti* (OMS, 2007: 16).

Scopo dell'ICF-CY è stilare un profilo del funzionamento del bambino descrivendo la natura e la gravità delle limitazioni del suo funzionamento e i fattori ambientali che su esso influiscono.

Il nuovo approccio dell'ICF afferma quindi che le condizioni che definiscono lo stato di salute o un disturbo-malattia sia nella persona adulta che nel minore, sono descrivibili o spiegabili tenendo conto delle *funzioni e strutture corporee*; considerando *l'attività e partecipazione* che descrivono quello che una persona è in grado di fare nella quotidianità grazie alle sue capacità ed esaminando i *fattori contestuali*, sia *personali* che *ambientali* che influenzano o determinano condizioni che possono essere di ostacolo o vantaggiose per l'individuo (Paolini M., 2009).

L'attenzione non è quindi più posta solamente sull'aspetto medico del problema e su ciò che non va nel singolo individuo, ma su tutto il suo contesto e agendo sul recupero delle potenzialità della persona attraverso anche un intervento sull'ambiente, si mira, in una prospettiva ecologica e multidimensionale, a realizzare il migliore rapporto possibile tra soggetto e ambiente (Ibidem).

Nella stesura del testo dell'ICF-CY, è stata riservata una particolare attenzione alle seguenti questioni chiave:

1. Il bambino nel contesto della famiglia

Lo sviluppo armonioso del bambino dipende dalle relazioni che instaura con i membri della sua famiglia o con altri caregiver nell'ambiente sociale immediato o più prossimo. Per questa ragione, il funzionamento del bambino deve essere studiato considerandolo all'interno di un sistema familiare che può influenzarlo sotto molteplici aspetti (OMS, 2007).

2. Il ritardo evolutivo

Nei bambini e negli adolescenti, il momento della comparsa di certe funzioni o strutture corporee e dell'acquisizione di alcune abilità può variare in funzione delle differenze individuali nella crescita e nello sviluppo. A volte gli sfasamenti nella comparsa di funzioni, strutture o capacità non sono permanenti ma riflettono un ritardo nello sviluppo; possono manifestarsi in qualunque ambito (ad esempio, funzioni cognitive, funzioni dell'eloquio, mobilità e comunicazione), sono specifici dell'età e subiscono gli effetti dei fattori fisici e psicologici dell'ambiente (Paolini M., 2009: 19).

3. La partecipazione

La partecipazione, intesa come “coinvolgimento in una situazione di vita” di una persona, è un fattore fondamentale in tutto il periodo dello sviluppo. Nell'arco temporale che va dalla prima infanzia all'adolescenza gli ambienti cambiano notevolmente sia per numero che per natura e complessità. Nella prima infanzia, il ruolo dell'ambiente familiare e delle persone che rientrano nell'ambiente immediato, è centrale e fondamentale per capire la partecipazione (OMS, 2007).

4. Gli ambienti

I fattori ambientali vengono spiegati come “gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza”. Gli elementi fisici e sociali dell'ambiente hanno un'influenza e un impatto considerevole sullo sviluppo e sul funzionamento dei bambini, influenza che varia a seconda dell'età o dello stadio evolutivo raggiunto. Per i bambini, gli ambienti della vita quotidiana sono strettamente connessi alla famiglia, alla casa e alla scuola, mentre per gli adolescenti, si aggiungono anche i contesti più ampi della comunità e della società. La modifica di alcuni ambienti può essere oggetto delle politiche nazionali tendenti a garantire l'accesso dei minori all'assistenza sanitaria, ai servizi sociali e all'istruzione (Ibidem).

Dall'approccio bio-medico (DSM-IV) che cerca di “aggiustare” il corpo quando si manifesta una malattia-disabilità perché quest'ultima è soltanto il prodotto di processi biologici, si passa, con la

classificazione ICF, ad un approccio bio-psico-sociale che ritiene che la condizione di salute della persona derivi dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali.

Quest'ultimo tipo di classificazione che ho esaminato, è molto utile in ambito educativo dove contribuisce all'individuazione e pianificazione di interventi personalizzati per gli studenti con Bisogni Educativi Speciali (BES).

Il Bisogno Educativo Speciale è *qualsiasi difficoltà evolutiva di funzionamento, permanente o transitoria, in ambito educativo e/o apprenditivo, dovuta all'interazione dei vari fattori di salute secondo il modello ICF dell'OMS, e che necessita di educazione speciale individualizzata* (Ianes D., 2005).

Questo concetto è sicuramente ben diverso da quello di *disabilità* che nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiva, attraverso la pubblicazione dell'*International Classification of Impairment Disabilities and Handicaps (ICDH)*, come "qualsiasi restrizione o carenza (conseguente a una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano". Non c'è quindi nessun riferimento a fattori ambientali e sociali, oltre a quelli sanitari: la disabilità è conseguenza di una menomazione con la quale si intende "qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche".

L'ADHD, presentando caratteristiche derivanti dall'intreccio delle diverse condizioni che secondo la classificazione ICF definiscono lo stato di salute della persona, può essere ritenuto un Bisogno Educativo Speciale.

Le caratteristiche di disattenzione, iperattività e impulsività spiccano e assumono maggiore visibilità in particolar modo nei contesti educativi come la scuola, un contesto dove il bambino dovrebbe acquisire delle conoscenze e apprendere le regole sociali adeguate a relazionarsi con adulti e coetanei, ma questo non risulta un percorso affatto semplice e lineare, perciò, considerando le sue funzioni corporee, il suo livello di attività e partecipazione e i fattori personali e ambientali che hanno una ricaduta su di lui, si afferma che il ragazzino con ADHD, è "portatore" di un Bisogno Educativo Speciale che si traduce nella predisposizione di strategie educative personalizzate efficaci.

Pur con le difficoltà di mantenimento e di generalizzazione dei risultati ottenuti in un contesto anche ad altri ambiti sociali, strategie educative personalizzate e trattamenti terapeutici cognitivo-comportamentali sono in grado di procurare un qualche beneficio al bambino iperattivo mettendolo

in grado di apprendere una modalità adeguata di comportamento (Vio C., Marzocchi G. M., Offredi F., 1999).

Il lavoro di terapia comportamentale sul bambino ha come obiettivi: il miglioramento del funzionamento globale del bambino e delle relazioni interpersonali quotidiane con i genitori, gli insegnanti ed i coetanei; il potenziamento delle capacità di apprendimento scolastico; l'accrescimento dell'autonomia e dell'autostima; la diminuzione dei comportamenti-problema (Viola D., 2011).

Per arrivare ad individuare gli obiettivi sopra esposti, il trattamento cognitivo-comportamentale sostiene il concetto di "potenziamento cognitivo" che si fonda su tre assiomi principali: i processi cognitivi e le strategie presenti nel repertorio cognitivo di una persona non sempre vengono utilizzati appieno quindi bisogna sostenere e potenziare le capacità presenti e non manifeste; attraverso l'influenza delle condizioni e dell'ambiente esterno possono emergere delle capacità che si davano per assenti nell'individuo ed infine, il terzo assioma sostiene che, indipendentemente dalle condizioni di partenza di un individuo, la modificabilità cognitiva è sempre possibile (Ibidem). Questo tipo di trattamento, assieme anche ad un lavoro di sostegno e di formazione di competenze educative nei genitori (*parent training*) e a un lavoro di consulenza e di intervento psicosociale alla scuola, sono i sistemi più validi per un intervento efficace di riduzione dei comportamenti distruttivi e di arricchimento del bagaglio comportamentale del bambino con ADHD e per la riduzione dei livelli di stress sia nei genitori che negli insegnanti.

Vedo, invece, nell'utilizzo degli psico-farmaci, come gli anfetamino-derivati e soprattutto il Metilfenidato (Vio C., Marzocchi G. M., Offredi F., 1999) e l'Atomoxetina (Viola D., 2011), molte più controindicazioni e una scarsa efficacia.

Il farmaco, infatti, non insegna niente di ciò di cui il bambino ha bisogno per aumentare il suo livello di autocontrollo, per accrescere la sua autostima, per migliorare la sua qualità di vita e le sue relazioni nella società. *Il farmaco non insegna l'autocontrollo, ma inibisce chimicamente certi comportamenti, non insegna quelle abilità sociali in cui il bambino è spesso carente, non innalza la sua motivazione e non favorisce lo sviluppo di un senso di autoefficacia. Al contrario, il fatto di riuscire a controllarsi solo sotto l'effetto del farmaco porta a consolidare in alcuni bambini la convinzione che «per riuscire a essere buoni c'è bisogno di dover prendere la medicina» (MacCarthy, 2001) (Di Pietro M., Bassi E., Filoramo G., 2001, p. 22).*

L'intervento comportamentale deve essere ritenuto il trattamento primario per il disturbo, mentre il trattamento farmacologico non dovrebbe, neanche nei casi più gravi, essere utilizzato da solo, ma,

semmai, dovrebbe essere combinato con un intervento psicoeducativo e comportamentale in modo tale da utilizzare minori dosi di farmaci (SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2006). In questo modo è sempre l'insegnamento di procedure per acquistare una certa capacità e abilità nel fronteggiare situazioni critiche e per imparare a gestire le proprie emozioni, a prevalere sulla risoluzione del problema attraverso gli psicostimolanti. Gli studi condotti hanno dimostrato che dopo circa un anno e mezzo, i training cognitivo-comportamentale per i bambini con ADHD hanno dato risultati abbastanza soddisfacenti soprattutto per quanto riguarda il controllo dell'attenzione (Vio C., Marzocchi G. M., Offredi F., 1999).

2.3 Le implicazioni dell'ADHD in famiglia e a scuola

2.3.1 L'ADHD in famiglia tra bisogni e risorse

Per una famiglia con un figlio affetto da disturbo ADHD, la vita non è facile: il senso di solitudine, di smarrimento, la paura di non riuscire a fare abbastanza per il proprio figlio, l'inadeguatezza, la rassegnazione, lo sconforto e la frustrazione quando, a fronte dell'energia spesa, i risultati attesi non arrivano, sono molto diffusi. Alcuni studi sul funzionamento familiare sono giunti alla conclusione che nelle famiglie in cui è presente un caso di ADHD, vi è un più elevato livello di stress sia fisico che emotivo, i genitori si sentono poco competenti nel loro ruolo, è maggiore il consumo di alcol, la coppia è più conflittuale e aumentano le separazioni e i divorzi (Viola D., 2011).

Molti possono essere anche i bisogni che una famiglia necessita di soddisfare per condurre una vita serena e soddisfacente. I bisogni che vado ad elencare valgono per qualunque persona, ma in questa sede ho cercato di adattarli al tema della mia analisi, per cui saranno i bisogni delle famiglie, cioè dei soggetti-caregivers che si prendono cura più da vicino dei bambini con ADHD:

1. I bisogni economici

Prendersi cura di un bambino affetto da ADHD comporta sostenere delle spese economiche per quanto riguarda, per esempio, il costo delle terapie rivolte al proprio figlio e alla coppia genitoriale e l'acquisto di farmaci laddove ne venga fatto uso. Oltre a condizionare l'utilizzo delle risorse economiche di cui una famiglia dispone, la presenza di un figlio con ADHD condiziona anche la capacità e la possibilità nel reperire tali risorse economiche (Lori A., Goldfarb et al., 2003).

Questo significa che, a volte, uno dei due genitori può essere costretto a rinunciare al suo impiego, a una grossa opportunità di lavoro o ad una promozione per occuparsi del proprio figlio che nessuno riesce a gestire.

Ecco, quindi, che per i motivi sopra esposti, le difficoltà economiche esistono e sono un problema reale.

2. I bisogni di salute fisica e di sicurezza

I bisogni di salute fisica e di sicurezza non sono bisogni propri solamente delle persone affette da una patologia o disabilità, ma riguardano sempre più anche i familiari che si prendono cura di loro. Un nucleo familiare che vive con un bambino con ADHD esprime il bisogno di “stare bene fisicamente”, di non esaurirsi, in quanto occuparsi di lui comporta un grande impiego di energia fisica oltre che mentale. Altro bisogno che cerca di trovare soddisfazione è quello di sicurezza: per i genitori, questo bisogno, da una parte viene minato dall’incertezza circa il futuro del proprio figlio se non sono stati elaborati dei progetti specifici, mentre dall’altra, l’insicurezza e l’incertezza derivano dall’imprevedibilità dei comportamenti del bambino (cosa può succedere domani? Cosa può succedere da un’ora ad un’altra?) che rendono l’esistenza e la situazione familiare alquanto precaria (Ibidem).

3. I bisogni di assistenza nelle attività quotidiane

Questo bisogno non si traduce solamente nell’assistenza e affiancamento di cui possono necessitare i bambini con ADHD nell’igiene personale, nel vestirsi, o in tutte quelle attività per acquisire delle autonomie, ecc., ma anche nel bisogno da parte degli altri membri della famiglia di essere supportati e aiutati, in termini di tempo e di energie, nelle attività quotidiane che riguardano direttamente la gestione e l’educazione del proprio figlio con ADHD, ma non solo (come per esempio ricevere un aiuto nei lavori e nelle faccende domestiche).

4. Il bisogno di riposo e recupero delle energie

Quando una famiglia si occupa a tempo pieno del proprio figlio con ADHD, il bisogno di riposo, di recupero delle energie e di prendersi un po’ di libertà per se stessi, senza sentirsi in colpa, è molto sentito oltre che essere assolutamente necessario.

5. Il bisogno di contatti sociali

A causa di pregiudizi, insensibilità o imbarazzo provenienti dall'ambiente circostante, le famiglie con un figlio con ADHD possono sentirsi escluse dalla vita sociale ed emarginate.

Questa situazione di isolamento può provenire, oltre che dal mondo esterno, anche dalle famiglie stesse che a causa della loro rabbia per non aver avuto un figlio "come quello degli altri", si autoescludono dalla società (Ibidem).

Riuscire a soddisfare questo bisogno creando delle relazioni sociali, incontrando amici, coltivando una rete amicale e scambiandosi magari anche un aiuto reciproco può essere per la famiglia estremamente positivo, una ricarica di energia, accompagnata dalla consapevolezza di non essere soli.

Tuttavia la famiglia non è soltanto un luogo di bisogni, ma anche un'importante risorsa da coinvolgere per la gestione del comportamento iperattivo insegnando ai genitori adeguate tecniche per incrementare le loro abilità nella gestione dei problemi che insorgono nell'educazione e per aumentare i comportamenti ed atteggiamenti positivi del loro figlio. E' ciò che viene chiamato *parent training*. *Il parent training è stato suggerito come una via per migliorare il funzionamento di bambini con ADHD insegnando ai genitori a riconoscere l'importanza delle relazioni con i coetanei, a insegnare, in modo naturale e quando ve ne è il bisogno, le abilità sociali e di crescita, ad acquisire un ruolo attivo nell'organizzazione della vita sociale del bambino, e a facilitare l'accordo fra adulti nell'ambiente in cui il bambino si trova a vivere (insegnanti e altri educatori)* (Viola D., 2011: 85).

Lavorare solamente con il bambino a volte può non essere sufficiente per l'apprendimento di comportamenti equilibrati, ecco quindi che diventa importante operare in maniera sistematica pure con i genitori insegnando loro delle strategie comportamentali per cercare di favorire i comportamenti positivi nel figlio anche perché molto spesso l'istinto materno e paterno da soli non bastano a modificare gli atteggiamenti iperattivi e/o la disattenzione; inoltre lo stato psicologico del bambino può essere aggravato dalla frequente presenza di relazioni disfunzionali fra questo e i membri della sua famiglia (SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2006).

Tra gli obiettivi del *parent-training* vi sono: l'inquadramento dal punto di vista del bambino del problema che causa un determinato comportamento; il coinvolgimento e la cooperazione di tutti i membri della famiglia; il miglioramento della comunicazione; la definizione di regole chiare e

coerenti; la redistribuzione del potere all'interno del sistema familiare; l'insegnamento di nuove capacità e modi di relazione; la disponibilità a mettersi in discussione essendo disposti a cambiare anche il proprio stile educativo e i propri atteggiamenti (Scheriani C., 2007).

La famiglia è un'importante risorsa da coinvolgere e da impiegare per vivere pienamente ed affrontare con esito positivo le varie tappe e difficoltà della vita. Il concetto di *resilienza* racchiude bene questo principio.

Tutti incontriamo delle difficoltà nella vita, ma il ragazzino con ADHD più degli altri. Una difficoltà può essere quella del passaggio dalla scuola al mondo del lavoro. Il ragazzino ha bisogno, in questo, di essere preparato ed aiutato sia dai genitori che devono trasmettergli l'impegno, la costanza, la fatica, la speranza di un futuro da adulto, sia da professionisti che gli trasmettano competenze e abilità specifiche in un determinato settore (Pavone M., 2009).

2.3.2 L'ADHD a scuola

La scuola, assieme alla famiglia, è un'importante agenzia formativa che si occupa dell'educazione e dell'istruzione di bambini e ragazzi e un luogo, per questi ultimi, in cui nascono ed evolvono relazioni sociali fondamentali con i propri pari e con altri adulti, gli insegnanti. Grazie ad una importante produzione legislativa iniziata negli anni '70, il governo italiano si è impegnato nella realizzazione dell'inserimento e dell'integrazione degli alunni disabili nella scuola in ogni suo ordine e grado. Questo processo inizia con la Legge 517/1977 che ratifica il diritto alla piena integrazione degli studenti con handicap nella Scuola pubblica e definisce la figura dell'insegnante di sostegno. Altra legge molto importante è la Legge 5 febbraio 1992 n. 104, "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" che dedica sei articoli all'integrazione scolastica e introduce il cosiddetto «piano educativo individualizzato» che non è solo il percorso didattico dell'alunno, ma il suo progetto globale di vita scolastica ed extrascolastica, dal momento che viene definito congiuntamente dai genitori, dagli operatori socio-sanitari e dal personale docente della scuola a partire dalle caratteristiche fisiche, psichiche, sociali ed effettive dell'alunno tenendo conto delle possibilità di recupero e delle capacità possedute che devono essere sostenute e rafforzate (Nocera S., 2001).

Quando il bambino inizia a frequentare la scuola dell'obbligo, molti genitori si chiedono se il proprio figlio con ADHD abbia diritto all'insegnante di sostegno.

La legislazione italiana (Legge-quadro 104/92) prevede l'assegnazione di un insegnante di sostegno nel caso in cui il bambino venga "certificato" dal Servizio di NeuroPsichiatria Infantile dell'ASL di competenza, cioè venga ritenuto affetto da una patologia specifica per la quale necessita di una personale assistenza e sostegno.

Come affermato nella Direttiva del Miur del 27 Dicembre 2012, l'ADHD è spesso in comorbilità con altre patologie (disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta in adolescenza, disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi d'ansia e disturbi dell'umore) e quando il quadro clinico, anche a causa di questa comorbilità, si fa particolarmente grave e complesso, viene assegnato l'insegnante di sostegno.

Quello che sta succedendo in questi ultimi anni è che molti bambini con ADHD, anche ricevendo una diagnosi, non vengono certificati e quindi non beneficiano di un adeguato e specializzato aiuto in ambito scolastico, in ragione della minore gravità del disturbo e dell'assenza di una chiara condizione di ritardo intellettivo (Fedeli D., 2012).

Sempre stando alle parole della Direttiva del Miur del 27 Dicembre 2012, vi è la necessità che le misure della Legge 170/2010 per alunni e studenti con disturbi specifici di apprendimento (DSA), vengano estese a tutti gli alunni con Bisogni Educativi Speciali, includendo anche gli alunni con ADHD che non vengono certificati, garantendo così la stesura del Piano Didattico Personalizzato (PDP) per un supporto e una formazione adeguata.

Infatti, nonostante il MIUR abbia emanato due circolari (la n. 1968 del 2009 e la n. 4089 del 2010) che altro non sono se non dei protocolli operativi per gli insegnanti per conoscere meglio il disturbo e per avere delle indicazioni didattiche finalizzate ad agevolare il percorso scolastico degli alunni, manca una norma specifica di riferimento che come la legge 170/2010 per i DSA permetta di intervenire in maniera più incisiva sul percorso formativo dell'allievo.

La legge 170/2010, all'art. 4, per esempio, afferma che nelle scuole di ogni ordine e grado è assicurata un'adeguata preparazione e formazione del personale docente e dirigenziale rispetto alle problematiche relative ai DSA; agli studenti con DSA viene garantita una didattica individualizzata e personalizzata; inoltre, *i familiari fino al primo grado di studenti del primo ciclo dell'istruzione con DSA impegnati nell'assistenza alle attività scolastiche a casa hanno diritto di usufruire di orari di lavoro flessibili* (art. 6, comma 1).

Su sollecitazione delle maggiori Associazioni nazionali sul tema (AIDAI-Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività e AIFA-Associazione Italiana Famiglie ADHD), si è in attesa di

ulteriori sviluppi da parte del MIUR sul piano normativo affinché i bambini e i ragazzi con ADHD vengano conosciuti, riconosciuti bisognosi di una particolare attenzione e tutelati sempre di più.

Non solamente i genitori, ma anche il corpo docente necessita di una consulenza sistematica (*teacher training*) sulla problematica per poter assumere un atteggiamento più costruttivo nel rapporto con il bambino che ogni giorno mette a dura prova gli insegnanti ed è per loro una costante preoccupazione su due versanti: quello del rendimento scolastico, quello del comportamento in classe che oltre a diventare spesso motivo di distrazione e di disturbo per tutti, impedisce al bambino di creare relazioni significative con i pari e con gli adulti.

Prima di tutto sarà necessario destinare i primi incontri di consulenza, tenuti dallo psicologo, ad una maggiore informazione sul disturbo, al rafforzamento delle capacità di autocontrollo emotivo degli insegnanti che non devono mai perdere l'”umanità” anche di fronte ai bambini più difficili, per poi passare all'apprendimento di alcune tecniche di modificazione del comportamento da applicare con l'alunno con ADHD e all'indicazione/suggerimento di particolari strategie didattiche (Istituto Superiore di Sanità, 2008).

Un'altra area di intervento da considerare è quella del rapporto tra il bambino con ADHD e i compagni di classe, in cui le strategie messe in atto dagli insegnanti dovrebbero integrarsi con un training sulle abilità sociali. Per rendere migliore il rapporto con i compagni, bisognerebbe: dare un riconoscimento positivo agli altri alunni quando accolgono il bambino con ADHD nelle loro attività; organizzare delle attività in cui il ragazzino con ADHD possa dare il suo contributo e collaborare; predisporre delle attività in cui l'esito è frutto della cooperazione tra gli alunni; assegnare al bambino con ADHD, quando ciò è possibile, degli incarichi di responsabilità; spezzare i raggruppamenti fissi tra i bambini (SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2006).

Gli interventi di natura cognitivo-comportamentale con il bambino, il *parent training* e il *teacher training* (terapia multimodale) devono essere attuati in una logica di rete che deve essere sinergica e più coesa possibile: questo significa che tutti devono essere informati su quello che fanno gli altri professionisti e gli altri soggetti coinvolti nel problema, allo scopo di creare e mantenere un'alleanza efficace per supportarsi reciprocamente nell'accompagnamento del bambino durante il suo difficile itinerario di crescita (Marzocchi G. M., Centro per l'Età Evolutiva, 2011).

Una collaborazione triangolare tra famiglia, scuola e specialisti dell'ambito terapeutico è stata evidenziata essere la condizione migliore per consegnare al bambino/ragazzo gli strumenti per

affrontare nel migliore dei modi il suo futuro e per ottenere significativi progressi (Scheriani C., 2007).

Si tratta di una vera e propria sfida educativa con l'obiettivo di una evoluzione positiva dello sviluppo del bambino attraverso anche un cambiamento dell'ambiente che lo circonda, per facilitargli comportamenti e atteggiamenti adeguati e prevenire quelli problematici nella scuola e più in generale nella vita.

2.4 Le modificazioni evolutive dell'ADHD: problematiche emergenti nei giovani-adulti

Le caratteristiche del disturbo da ADHD non sono stabili nel tempo, ma tendono ad evolvere con la crescita della persona, con le modifiche che comporta lo sviluppo e a causa dell'interazione tra le caratteristiche primarie del disturbo e gli ambienti di vita della persona.

Durante la preadolescenza (fase dell'età evolutiva che va generalmente dagli 11 ai 14 anni), l'iperattività tende a diminuire dal punto di vista della frequenza e dell'intensità, ma ad essa può subentrare parzialmente "un'agitazione interiorizzata" che si manifesta soprattutto con irrequietezza, impazienza e continui cambi di attività o movimenti del corpo. In questo periodo della vita, il comportamento incontrollato, insieme alla disattenzione ostacolano una facile acquisizione delle abilità sociali che sono un supporto essenziale al processo di integrazione sociale: i ragazzi con questo disturbo, infatti, hanno difficoltà nel mantenere le amicizie e nel risolvere i conflitti interpersonali (Marzocchi G. M., 2003).

Durante e dopo l'adolescenza (fase dell'età evolutiva che va generalmente dai 15 ai 18 anni), continua una lieve attenuazione dei sintomi di iperattività/impulsività, mentre i sintomi della disattenzione si mostrano persistenti nel tempo, al punto da perdurare, nel 50-70% dei casi, anche nell'età adulta accompagnata generalmente dallo sviluppo di altri disturbi come depressione, condotta antisociale o ansia (Filippello P., 2008).

L'evoluzione fenomenologica del disturbo, con il decremento, dopo l'adolescenza, dei comportamenti iperattivi, mentre rimangono maggiormente stabili le difficoltà attentive, ha reso il disturbo meno evidente e questa evoluzione potrebbe spiegare l'apparente riduzione dei dati di prevalenza con il passare degli anni (Fedeli D., 2012).

In realtà, non possiamo pensare che gli indici di prevalenza riscontrati in età adulta siano molto differenti da quelli riscontrati in età evolutiva perché, da quanto esposto finora, l'ADHD presenta,

nonostante la sua trasformazione nel tempo, un notevole livello di cronicità e quindi non si può pensare, come si riteneva fino a non molti anni fa, che il disturbo si risolva con l'età.

Oggi si parla molto e si interviene soprattutto nei bambini in età evolutiva affetti da disturbo da ADHD, ma non si parla abbastanza di ADHD nei giovani e negli adulti. Riflettendo sulle motivazioni, sono arrivata a queste conclusioni:

- non si conoscono ancora abbastanza bene le caratteristiche del disturbo a mano a mano che aumenta l'età e di conseguenza non sono stati individuati adeguati strumenti, tecniche e metodologie per affrontare il disturbo;
- è ancora diffusa la credenza secondo la quale l'ADHD si risolve con l'età;
- essendo attenuate alcune caratteristiche dell'ADHD in età adulta, è più difficile riconoscere e diagnosticare il disturbo in questa fase. Si tratta infatti di un disturbo i cui sintomi possono essere da un lato avvicinabili ad altre patologie oppure associati a situazioni sociali o ambientali disagiate e transitorie, per cui il superamento di queste circostanze determinerebbe la risoluzione del disturbo;
- prevale l'idea secondo la quale un intervento immediato realizzato appena viene diagnosticato il disturbo negli anni dell'età evolutiva del bambino è in grado di incidere sul suo benessere anche di persona adulta evitando possibili complicazioni. Si ritiene quindi che "lavorare" con il bambino permetta, in ragione anche della sua maggiore malleabilità rispetto all'adulto con ADHD, di ottenere risultati migliori, certi e duraturi in termini di acquisizione di modalità di gestione di alcuni aspetti della vita quotidiana, rispetto ad occuparsi di un giovane-adulto, con il quale realizzare un cambiamento può essere più difficile.

Come già anticipato in precedenza, con l'aumentare dell'età, l'ADHD si presenta associato ad altri disturbi che possono avere una ripercussione nei rapporti sociali e nel contesto scolastico e lavorativo.

La comorbilità tra l'ADHD e il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) è sicuramente quella che si riscontra maggiormente nei giovani-adulti e si manifesta in comportamenti di disobbedienza, sfida e ostilità soprattutto nei confronti degli adulti e delle autorità, nella tendenza ad infastidire e irritare gli altri intenzionalmente e nell'uso di un linguaggio disinibito e volgare (Con contributi dei maggiori esperti nel campo dell'ADHD, 2013)

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio è quindi strettamente legato al Disturbo della Condotta (DC) che si manifesta nella ripetuta violazione dei diritti fondamentali altrui e delle regole della società e, infine, porta frequentemente a sviluppare comunicazioni verbali aggressive e comportamenti aggressivi con una facile predisposizione alla lite (Filippello P., 2008).

Inoltre i giovani con ADHD che manifestano un Disturbo Oppositivo Provocatorio o un Disturbo della Condotta, sono più a rischio di altri nello sviluppare comportamenti devianti e deliquenziali, nell'incorrere in problemi con la giustizia o nell'abuso di sostanze stupefacenti (Con contributi dei maggiori esperti nel campo dell'ADHD, 2013).

Oltre ai comportamenti "esternalizzanti" (che hanno una ripercussione sull'esterno e sono più facilmente visibili) come l'oppositività e l'aggressività, l'ADHD può essere associato anche a comportamenti "internalizzanti" (che colpiscono direttamente la sfera più intima della persona) come la scarsa fiducia in se stessi, l'ansia e la depressione che possono emergere come esito della difficoltà di farsi accettare da parte di un gruppo e come conseguenza della collezione di una serie di insuccessi personali (Filippello P., 2008).

Tutti gli aspetti di comorbilità citati, rendono difficile la vita non soltanto con gli altri, ma nel futuro, anche quella lavorativa. Una persona adulta con ADHD e altri disturbi associati che si prepara ad entrare nel mondo del lavoro, potrà incontrare delle problematiche sia nel farsi assumere, sia nel mantenere il posto di lavoro. Le caratteristiche della persona che possono essere determinanti per questo tipo di conseguenze sono: la polemicità, la difficoltà nella pianificazione, il rischio di prendere troppi impegni che poi non si riesce a rispettare, l'ostinazione, il conflitto costante con i colleghi e con il datore di lavoro, la scarsa tolleranza alla frustrazione che determina problemi d'ansia, la tendenza a vedere interazioni sociali neutrali in modo negativo o ostile (Re A. M., Pedron M., Lucangeli D., 2010).

Se nella scuola, da una parte, gli allievi con ADHD stanno iniziando ad ottenere un'attenzione maggiore finalizzata al miglioramento del loro rendimento e dell'inclusione scolastica, dall'altra, l'istituzione scolastica non è in grado di offrire completamente quegli strumenti e quella preparazione per entrare con successo nel mondo del lavoro.

Ecco quindi che una transizione efficace dalla scuola al mondo del lavoro per i giovani con ADHD, può avvenire attraverso il sistema della formazione professionale, un'occasione prima di tutto di inclusione sociale, ma anche di realizzazione personale e professionale che, se adeguatamente organizzata e progettata tenendo conto dei punti di forza e dei punti di debolezza della persona, può

riuscire a “smussare” e ad attenuare i tratti di personalità più forti e meno accettabili della persona in vista di un suo inserimento efficace nel mondo del lavoro.

CAPITOLO 3

Una possibilità di inclusione per gli adolescenti con ADHD: la formazione professionale

3.1 La formazione professionale in Italia: leggi e provvedimenti normativi

In Italia, la L. 30 marzo 1971, n. 118, ispirandosi all'art 38, co. 3 della Costituzione, ("Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione ed all'avviamento professionale") istituisce il diritto alla formazione professionale espressamente per i mutilati e gli invalidi civili. Qualche anno più tardi, con il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616 e poi con il D.Lgs. 31 marzo 1988 n. 112, viene completato il processo di trasferimento alle Regioni di molte funzioni amministrative esercitate dallo Stato, tra cui quelle riguardanti la formazione professionale e la sua organizzazione (artt. 35 e 41).

Nel 1978 viene promulgata la "Legge-quadro in materia di formazione professionale" (L. 21 dicembre 1978, n. 845), un'importante legge che, come si evince dai primi articoli, ha l'obiettivo di favorire nei cittadini l'acquisizione di una cultura professionale al fine di favorirne la crescita della personalità e l'inserimento nel mondo del lavoro. La legge dà una serie di indicazioni alle Regioni per quanto riguarda i loro poteri e funzioni legislative, la programmazione, l'organizzazione, l'attuazione ed il finanziamento delle attività da realizzare.

Tale legge riconosce alle Regioni, ai sensi dell'ex art. 117 della Costituzione, la potestà legislativa in materia di orientamento e di formazione professionale, purché ciò avvenga in conformità ad alcuni principi, tra cui:

art. 3 lettera m) *promuovere, avvalendosi delle strutture territoriali competenti, idonei interventi di assistenza psicopedagogica, tecnica e sanitaria nei confronti degli allievi affetti da disturbi del comportamento o da menomazioni fisiche o sensoriali, al fine di assicurarne il completo inserimento nell'attività formativa e favorirne l'integrazione sociale* (Selleri G., 2002).

A seguito di questa legge, quindi, ogni Regione ha cominciato a legiferare e a regolamentare la materia in modo autonomo per cui si sono evidenziate differenze sostanziali di gestione da Regione a Regione.

Anche la Legge 104/92 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", parla di formazione professionale, ma dedica soltanto un articolo (art. 17) a questa tematica. Riprendendo e confermando la normativa precedente (L. 845/78), la Legge-quadro 104/92 prevede che le Regioni realizzino l'inserimento della persona con handicap negli ordinari corsi di formazione professionale dei centri pubblici e privati tenendo conto degli orientamenti emersi dai

piani educativi individualizzati realizzati durante il percorso scolastico e quindi tenendo conto delle capacità e delle esigenze della persona.

Con la legge costituzionale n. 3/2001 (Riforma del Titolo V della Costituzione), si assiste ad una nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni. L'istruzione e la formazione professionale, escluse dalla legislazione concorrente Stato-Regioni (art. 117 co.3), rientrano ora nella potestà legislativa residuale delle Regioni ai sensi del comma 4 dell'art. 117. Le Regioni possono quindi legiferare in materia senza l'obbligo di osservare principi fondamentali fissati dallo Stato.

Tuttavia, non si può dire che le Regioni godano di piena autonomia perché con la Legge 28 marzo 2003, n. 53, il Governo è delegato ad adottare nel rispetto delle competenze costituzionali delle Regioni, uno o più decreti legislativi per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale, per esempio dando alcune indicazioni sui percorsi di alternanza scuola-lavoro e sulla valutazione degli apprendimenti.

La formazione professionale per i soggetti svantaggiati può articolarsi nelle seguenti strade:

- la scuola secondaria superiore (istituti professionali statali, istituti tecnici, ecc.) a carattere professionalizzante gestita dal Ministero della Pubblica Istruzione;
- la formazione professionale regionale;
- il laboratorio protetto (DeAnna L., 2002).

Il sistema della formazione professionale di competenza regionale è molto importante perché rappresenta un modo per molti giovani che manifestano un'insofferenza nella frequenza di percorsi scolastici tradizionali, come gli adolescenti con ADHD, di assolvere il diritto-dovere di istruzione e formazione come previsto dalla più recente Legge 28 marzo 2003, n. 53 "Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale". L'art. 2 co. 1 lettera c) della Legge in oggetto afferma che:

“è assicurato a tutti il diritto all'istruzione e alla formazione per almeno dodici anni o, comunque, sino al conseguimento di una qualifica entro il diciottesimo anno di età; l'attuazione di tale diritto si realizza nel sistema di istruzione e in quello di istruzione e formazione professionale (...). La fruizione dell'offerta di istruzione e formazione costituisce un dovere legislativamente sanzionato.”

Inoltre, a norma della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, tale diritto deve essere garantito anche alle persone in situazione di handicap, in un contesto di integrazione, prevedendo e adottando per essi adeguati interventi.

La formazione professionale regionale, grazie al suo approccio più orientato alla pratica e al rilievo dell'alternanza scuola-lavoro, può rappresentare per gli adolescenti con ADHD un mezzo attraverso il quale la persona esercita e accresce le proprie capacità, sviluppa abilità coerenti con le proprie attitudini in vista di un inserimento nel mondo del lavoro, ma in vista anche dell'inclusione e di un più attivo protagonismo all'interno della società. Grazie alla formazione professionale, l'adolescente acquisisce sia competenze tecnico-professionali (conoscenze che riguardano una specifica attività lavorativa) che trasversali (conoscenze e competenze applicabili a qualsiasi contesto lavorativo e sociale perché riguardano il bagaglio comportamentale della persona fatto di capacità comunicative, decisionali, di relazione, di collaborazione, di problem solving, ecc.) (Baldassarre V. A., Zaccaro F., Ligorio M. B. (a cura di), 2001) che favoriscono uno sviluppo della persona nella sua globalità.

3.2 La formazione professionale regionale con Enaip

L'Enaip (Ente nazionale Acli Istruzione Professionale) è un Ente di istruzione e formazione professionale nato nel 1951 su iniziativa delle Associazioni Cristiane dei Lavoratori Italiani e radicato sul territorio nazionale attraverso 210 sedi dislocate nelle varie Regioni, il cui obiettivo generale è quello di promuovere l'orientamento e l'inserimento nel mondo del lavoro attraverso un sistema formativo di alta qualità mettendo al centro la persona, valorizzandone e sostenendone la sua crescita umana, civile e professionale, in stretta relazione con le politiche del lavoro e di sviluppo locale, con forte rilievo del ruolo delle Regioni e degli Enti locali (Volpato B., Callegaro R., Golin E. (a cura di), 1999).

Enaip Veneto, la cui Direzione Generale ha sede a Padova, è un'impresa sociale senza scopo di lucro che aderisce ad Enaip nazionale, ha personalità giuridica ed è stato riconosciuto, con decreto n. 1788 del 1982 dalla Regione Veneto, come un ente che opera in base alla legge n. 845/1978 "Legge-quadro in materia di formazione professionale" e alla legge regionale 30 gennaio 1990, n.10 "Ordinamento del sistema di formazione professionale e organizzazione delle politiche regionali del lavoro" (Ibidem).

La Regione Veneto ha inoltre riconosciuto Enaip Veneto come ente accreditato ai servizi per il lavoro nel territorio della Regione stessa (art. 25 L.R. 3/2009; dgr 2238 del 20 dicembre 2011) e insieme al Fondo Sociale Europeo (FSE) riconosce e finanzia i percorsi di formazione professionale attivati nelle diverse unità operative locali, chiamate Centri Servizi Formativi (CSF).

Gli obiettivi che Enaip Veneto si propone di raggiungere con le sue attività, sono i seguenti:

- promuovere la formazione professionale, l'acquisizione e l'accrescimento di competenze non solo tecnico-professionali, ma anche trasversali per far crescere cittadini attivi e responsabili, capaci di incidere nell'ambiente con il loro "sapere", "saper essere" e "saper fare";
- promuovere la formazione in una dimensione di formazione permanente e continua;
- promuovere una formazione professionale inclusiva, cioè con attenzione alle fasce deboli e marginali;
- promuovere l'orientamento e facilitare l'inserimento nel mondo produttivo e del lavoro;
- valorizzare e promuovere l'imprenditorialità (Ibidem).

In base a questi obiettivi, le attività organizzate da Enaip Veneto sono molteplici e comprendono:

- attività di progettazione di interventi formativi;
- formazione per l'assolvimento del diritto-dovere all'istruzione e alla formazione;
- progetti integrati con gli Istituti Professionali Statali;
- formazione di secondo livello post-qualifica e post-diploma;
- attività di orientamento professionale e accompagnamento al lavoro;
- formazione per apprendisti;
- formazione dei formatori;
- gestione di progetti a valenza sociale;
- progettazione e gestione di interventi formativi aziendali;
- promozione della cultura d'impresa e dell'attività imprenditoriale, assistenza per la creazione d'impresa;
- formazione nel settore sociale;
- formazione continua rivolta alla riqualificazione ed aggiornamento di operatori e tecnici aziendali;
- formazione per operatori della Pubblica Amministrazione;
- progettazione e realizzazione di tirocini formativi per cittadini extracomunitari (art. 27 T.U. sull'immigrazione);
- progettazione e formazione nel quadro dei Progetti di Interesse Comunitario;

- progettazione e formazione nell'ambito di progetti internazionali,²¹
- progettazione, negli ultimissimi anni, di una didattica inclusiva con la predisposizione di strumenti per l'apprendimento e l'integrazione degli adolescenti con Bisogni Educativi Speciali (DSA, disturbo da ADHD, svantaggi socio-economici, linguistici e culturali).

3.3 Cosa offre Enaip Veneto per i giovani

Nella parte generale del Piano Offerta Formativa (POF) del CSF di Padova per l'anno formativo 2013-2014, viene presentato ciò che Enaip Veneto realizza per i giovani, ovvero percorsi triennali di Istruzione e Formazione Professionale che prevedono l'adempimento dell'obbligo di istruzione e l'assolvimento del diritto/dovere di Istruzione e Formazione. In tre anni, il percorso consente di conseguire un titolo di Qualifica Professionale rilasciato dalla Regione Veneto e riconosciuto in Italia ed in Europa (sono 13 le qualifiche che si possono conseguire con Enaip, sulle 22 previste dagli accordi Stato-Regioni).

Con l'attestato di Qualifica Professionale, il giovane può:

- a) inserirsi direttamente nel mondo del lavoro;
- b) accedere al IV° anno nell'ambito dei percorsi di Istruzione e Formazione Professionale per il conseguimento del Diploma professionale;
- c) accedere agli anni conclusivi della scuola secondaria di secondo grado, previo il riconoscimento dei propri crediti formativi.²²

Inoltre, Enaip Veneto propone agli studenti progetti negli ambiti dell'orientamento, dell'accoglienza, dell'educazione alla salute, del sostegno allo studio e offre supporto per gare e concorsi per la realizzazione di prodotti e servizi.

Enaip Veneto realizza percorsi di Istruzione e Formazione Professionale per:

operatore meccanico, operatore elettrico, operatore elettronico, operatore di impianti termoidraulici, operatore delle ristorazione con indirizzo preparazione pasti o con indirizzo servizi di sala e bar, operatore del benessere con indirizzo acconciatura o con indirizzo estetica, operatore amministrativo segretariale, operatore ai servizi di vendita, operatore del montaggio e della

²¹ http://www.enaip.veneto.it/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=22

²² http://www.enaip.veneto.it/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=89&Itemid=144

manutenzione di imbarcazioni di diporto, operatore ai servizi di promozione ed accoglienza con indirizzo servizi del turismo, operatore alla riparazione dei veicoli a motore.

Il Progetto Formativo di durata triennale previsto per ciascun percorso formativo prevede l'adozione della cosiddetta "didattica per competenze", ovvero una didattica che permette al giovane di essere messo nella condizione di acquisire le conoscenze e realizzare le attività pratiche specifiche del suo percorso professionale. Tali competenze sono da una parte quelle dell'Asse culturale (che comprende per esempio, l'area della lingua italiana e inglese, l'area matematica, l'area scientifico-tecnologica e l'area socio-economica) e dall'altra quelle inerenti i processi di lavoro (per esempio l'area laboratoriale, l'accoglienza e l'accompagnamento al lavoro e lo stage, ecc.) la cui combinazione determina i presupposti per il conseguimento della qualifica.²³

3.4 La formazione professionale presso Enaip tra metodologie e considerazioni sulla gestione degli adolescenti con ADHD: intervista alla Dott.ssa Bazzan, coordinatrice dell'area giovani Enaip Veneto

Per studiare più da vicino la tematica della formazione professionale degli adolescenti con disturbo da ADHD, cercando di capire se e in che modo è possibile costruire le condizioni più opportune per favorire l'acquisizione di competenze sia professionali che trasversali spendibili nel mercato del lavoro, ad inizio Aprile 2014, ho avuto l'opportunità di incontrare ed intervistare la Dott.ssa Bazzan, coordinatrice dell'area giovani Enaip Veneto presso la Direzione Regionale di Padova.

Di seguito presenterò le domande poste e le relative risposte della Dott.ssa Bazzan con alcuni commenti personali.

²³ Ibidem.

1) Quanti sono, nell'anno formativo in corso 2013-2014, i ragazzi con disturbo da disattenzione/iperattività che frequentano corsi professionali nei diversi CSF?



BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

Mappatura al 18/02/2014 su 14 CSF

BENESERE	ELETTRICO	ELETTRONICO	MECCANICO	RISTORAZIONE	VEICOLI MOTORE / CARROZZERIA	VENDITA	BES
27	20	6	17	50	30	25	DSA
9	8	9	5	10	1	3	D. ATTENZIONE / IPERATTIVITA'
24	15	4	18	52	7	24	FUNZIONAMENTO COGNITIVO LIMITE
4	2	2	5	21	2	11	SVANTAGGIO LINGUISTICO
15	4	4	6	29	0	19	SVANTAGGIO SOCIO ECONOMICO, CULTURALE

Dott.ssa Bazzan: “Da una mappatura sui Bisogni Educativi Speciali, aggiornata al 18 Febbraio 2014, emerge che su 14 CSF che hanno fornito i dati (i rimanenti altri 6 CSF non hanno ancora fornito i loro dati), i ragazzi con certificazione da ADHD sono 45 su un totale di 14.000 ragazzi frequentanti. Di questi 45, molti hanno anche un DSA e 14 sono in possesso di documentazione scaduta e non rinnovata dai Servizi competenti dell’Ulss. Questi dati sono molto importanti perché ci mostrano un’immagine nuova della condizione dei ragazzi iscritti ai corsi Enaip: da un paio d’anni, infatti, sta aumentando sempre di più il numero dei ragazzi con qualche problematica e aumenta anche la varietà dei disturbi. Aumenta ogni anno il numero delle classi all’interno delle quali vi sono non uno, ma più soggetti portatori di disturbi che anche se uguali si manifestano in maniera diversa da soggetto a soggetto (per esempio, nell’anno formativo in corso 2013/2014 in una classe del 1° anno ad indirizzo meccanico di Padova, su 20 allievi, 6 hanno delle problematiche). L’ADHD è, tra tutti, il disturbo emerso più di recente”.

Questa tabella mi ha permesso di fare alcune considerazioni:

1) L’ADHD non viene considerato una disabilità, ma un Bisogno Educativo Speciale;

- 2) l'ambito formativo maggiormente ambito da tutti coloro che presentano un disturbo o uno svantaggio è quello della ristorazione;
- 3) L'ADHD è nel totale il disturbo meno frequente. Questo dato può essere interpretato in due modi diversi: da una parte si può affermare che, anche se in espansione negli ultimissimi anni, questo disturbo non è ancora molto presente; dall'altra, il totale dei casi di ragazzi con ADHD (45), potrebbe essere un totale parziale se a questi casi, che sono certificati e quindi in possesso di una diagnosi medica o psicologica, si aggiungono altri casi di ragazzi che, non certificati, vengono segnalati soprattutto dai loro formatori perché hanno delle difficoltà evidenti e comportamenti non adeguati.

Anche se l'ADHD viene considerato un Bisogno Educativo Speciale e quindi come tale non avrebbe bisogno di una certificazione medica ai sensi della legge-quadro 104/92, tra le righe mi sembra di capire che ricevere invece un riconoscimento formale di tale disturbo è importante per Enaip per attivare le risorse, per ricevere indicazioni da parte di esperti su come agire e gestire questi casi e perché soltanto in questo modo è possibile attivarsi personalizzando gli interventi.

- 2) *Quali metodologie e quali strumenti vengono impiegati per rendere il percorso formativo, un percorso soddisfacente per il ragazzo con ADHD?*

Dott.ssa Bazzan: “La Regione Veneto, acquisendo sempre di più modalità di gestione dei ragazzi con ADHD secondo criteri ministeriali, dispone che per ogni ragazzo con questo disturbo certificato venga compilato il Piano Didattico Personalizzato (PDP), uno strumento più dettagliato di quello ministeriale che consente, dopo aver raccolto le caratteristiche personali del disturbo, di personalizzare il percorso formativo “ritarando”, ovvero modificando, gli obiettivi didattici, educativi ed affettivo/relazionali oppure introducendo strumenti dispensativi e/o compensativi che offrano un supporto all'allievo per raggiungere gli stessi obiettivi del gruppo-classe. Il PDP viene redatto principalmente dal tutor dell'allievo che dopo aver acquisito anche da figure esterne (genitori, psicologi, neuropsichiatri, insegnanti di sostegno se ci sono stati, ecc.) gli elementi sufficienti per avere una conoscenza completa del ragazzo, stabilisce insieme ai formatori di corso se e come modificare gli obiettivi didattici, se e quali strumenti dispensativi e/compensativi adottare.

Se il PDP non viene modificato negli obiettivi didattici, il ragazzo potrà acquisire, al termine del suo percorso, l'attestato di qualifica corrispondente al corso frequentato, se invece gli obiettivi didattici vengono ritirati potrà acquisire un certificato di competenze.

Il PDP viene approvato dal Consiglio di Corso, dal Responsabile CSF, dal Tutor e dai genitori o tutore in modo tale da far sentire tutti responsabili e protagonisti per il raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi. Il PDP viene periodicamente sottoposto ad un monitoraggio a cura del Consiglio di Corso in cui si valutano i risultati raggiunti fino a quel momento, con la possibilità di ritirare eventualmente gli obiettivi”.

Il PDP è composto quindi di quattro parti²⁴:

1) Dati dello studente (a cura del Tutor del CSF):

- dati anagrafici, Istituto scolastico di provenienza, diagnosi;
- iter scolastico;
- dinamica familiare;
- situazione emotiva.

2) Descrizione delle abilità in entrata (a cura del Tutor del CSF):

- area cognitiva;
- area linguistica;
- area affettivo/relazionale;
- area delle autonomie.

3) Didattica personalizzata (a cura di ciascun formatore):

- didattica in aula (si chiede al formatore di scegliere tra le metodologie indicate e/o individuare ulteriori modalità);
- didattica in laboratorio (si chiede al formatore di scegliere tra le metodologie indicate e/o individuare ulteriori modalità);
- verifiche in itinere (vengono indicate le modalità con le quali è possibile l'espletamento delle prove o delle esercitazioni nell'ambito degli obiettivi disciplinari previsti per la classe);
- strumenti compensativi e dispensativi. Gli strumenti compensativi e dispensativi, previsti dalla L. 170/2010 per i DSA, possono essere applicati anche agli allievi con ADHD. Si

²⁴ Vedi Allegato Piano Didattico Personalizzato (PDP) – Enaip p. 76.

tratta di “appositi provvedimenti di flessibilità didattica nel corso dei cicli di istruzione e formazione e negli studi universitari” (art. 5 L. 170/2010);

- obiettivi didattici (potranno essere identici a quelli previsti dagli standard formativi annuali del profilo professionale di riferimento oppure potranno essere semplificati per poter essere raggiungibili dallo studente);
- stage in azienda (indicare eventuali accorgimenti e finalità che si intendono perseguire);
- obiettivi educativi ed affettivo/relazionali (a cura del Consiglio di Corso).

4) Monitoraggio (a cura del Consiglio di Corso):

viene fatto il punto della situazione sull'utilizzo di strumenti compensativi e dispensativi, situazione emotiva e relazionale e viene stilato un piano di intervento in esito al monitoraggio.

Dott.ssa Bazzan: “Un'attività importante prevista dal PDP è lo stage, strumento indispensabile per il ragazzo per entrare in un ambito produttivo, misurarsi con le sue capacità, con le conoscenze acquisite e con i suoi limiti. La scelta dell'azienda presso la quale svolgere lo stage è molto importante, per cui il compito dei formatori e del tutor del ragazzo è quello di realizzare il giusto abbinamento tenendo conto delle caratteristiche dell'azienda e di quelle del ragazzo e, se necessario, può chiedere che quest'ultimo venga affiancato costantemente da un tutor aziendale in grado di accompagnarlo e di seguirlo adeguatamente nel percorso.

Ricordiamo che la formazione professionale regionale non prevede l'insegnante di sostegno come nei cicli di studi statali”.

Questo può essere a mio parere un vantaggio, ma anche uno svantaggio: un vantaggio perché permette al ragazzo di vivere un'esperienza più integrante, di sentirsi parte pienamente di una classe senza dovervi uscire, a volte contro la propria volontà, per un certo numero di ore settimanali; uno svantaggio se pensiamo alle difficoltà che può incontrare un formatore nella gestione del gruppo-classe quando anche un solo allievo con disturbo da ADHD comincia a manifestare segni di insofferenza alzandosi ripetutamente dal proprio posto, non rispettando il turno di parola e diventando con i propri comportamenti motivo di disturbo e di distrazione per i compagni.

Dott.ssa Bazzan: “Un altro strumento messo a disposizione di questi ragazzi, è la figura del Tutor.

Il Tutor accompagna l’allievo nel suo percorso diventando un punto di riferimento non soltanto per lui, ma anche per la sua famiglia, per i formatori e per tutte quelle figure esterne (come psicologi, Assistenti Sociali, psicoterapeuti) che ruotano attorno al ragazzo per promuovere il suo benessere. Il Tutor ha il compito di ascoltare e di raccogliere eventuali richieste da parte del ragazzo, degli insegnanti e della famiglia cercando di individuare assieme delle risposte funzionali; partecipa ai Consigli di Corso trasmettendo aggiornamenti sul percorso del ragazzo ed ha un ruolo di mediatore qualora si verificano dei conflitti.

3) In che modo la Regione Veneto interviene a regolare la materia della formazione professionale e quali indirizzi dà per la formazione professionale rivolta ai soggetti svantaggiati, come gli adolescenti portatori del disturbo da ADHD?

Dott.ssa Bazzan: “Innanzitutto, annualmente, gli enti accreditati per la Formazione Iniziale partecipano ad un bando emanato dalla Regione presentando per ciascun percorso triennale la sua offerta formativa che se risponde a determinati requisiti e criteri indicati nel bando, verrà approvata e finanziata dalla Regione Veneto.

In secondo luogo, dobbiamo ricordare il provvedimento n. 2891 del 28.12.2012 con il quale la Giunta Regionale ha istituito un Tavolo Tecnico con il compito di individuare delle proposte per il perfezionamento della qualità nella formazione iniziale e per l’individuazione di linee di indirizzo per la programmazione e l’individuazione dell’offerta formativa di percorsi di istruzione e formazione professionale.

Con DGR. n. 1368 del 30.7.2013, la Giunta Regionale ha approvato le "Linee di indirizzo per la programmazione del Piano annuale di Formazione Iniziale a decorrere dall'anno formativo 2014/2015" in cui si chiede, per esempio, agli Organismi formativi di pianificare la loro offerta formativa non concentrandosi esclusivamente sulla domanda formativa dei singoli, ma accogliendo il fabbisogno specifico manifestato dal tessuto socioeconomico del territorio interessato in modo tale da avere una buona distribuzione territoriale delle proposte formative”.

Ciò che mi colpisce, leggendo questi testi di recentissima stesura e approvazione, è che in nessuno vi è un qualche riferimento alla formazione professionale rivolta a soggetti svantaggiati, considerato che sempre di più la formazione professionale è per loro un’occasione di inclusione sociale e un trampolino di lancio nel mondo del lavoro che è il futuro di tutti. Mi sarei aspettata che il Tavolo

Tecnico, istituito per il perfezionamento della qualità nella formazione iniziale, avesse tra i suoi compiti, anche quello di individuare e perfezionare le strategie di realizzazione di una vera formazione individualizzata ed inclusiva per i soggetti portatori di un qualche disturbo, come l'ADHD.

Continua la Dott.ssa Bazzan: “Per quanto riguarda il percorso formativo specifico di soggetti svantaggiati, come gli adolescenti con ADHD, la Regione non dà particolari indicazioni, se non l'obbligo di redigere i PDP (il cui modello regionale è più dettagliato di quello ministeriale), i quali periodicamente possono essere sottoposti ad un controllo da parte degli Uffici Regionali competenti per verificare se vi è corrispondenza e coerenza tra le caratteristiche del disturbo e gli obiettivi didattici, eventuali strumenti compensativi/dispensativi e scelta di un determinato contesto per lo stage in azienda”.

4) Vi sentite parte di una rete allargata che vede il coinvolgimento e la collaborazione tra il vostro Ente e le famiglie, le istituzioni scolastiche, la Neuropsichiatria infantile, le aziende e le istituzioni politiche? Che giudizio date ai rapporti intrattenuti con questi soggetti?

Dott.ssa Bazzan: “Partendo dalle famiglie, purtroppo l'esperienza di collaborazione con le famiglie di ragazzi con ADHD non è delle migliori, incontriamo sempre più frequentemente famiglie poco collaborative da una parte perché non si interessano, tendono a posticipare nel tempo i colloqui con il Tutor e non si impegnano nel realizzare il raggiungimento di quegli obiettivi educativi ed affettivo/relazionali del PDP che anche loro hanno sottoscritto; dall'altra la mancata collaborazione è data da una eccessiva ingerenza della famiglia nei compiti propri ed esclusivi del CSF, con la tendenza a volersi sostituire non soltanto al team di esperti professionisti, ma anche al proprio figlio negandogli la possibilità di scegliere, di esercitare la sua autonomia e di essere protagonista del suo percorso.

Per quanto riguarda i rapporti con la NeuroPsichiatria Infantile (NPI) dell'Ulss, si possono dare dei giudizi diversi a seconda del territorio in cui operano i CSF e a seconda del NeuroPsichiatra che si incontra.

In alcune zone c'è una buona collaborazione frutto soprattutto di un riconoscimento reciproco delle rispettive competenze, dei ruoli altrui e dell'importanza che viene riconosciuta alla formazione professionale quale pratica di inclusione sociale e come opportunità di inserimento nel mondo del lavoro.

In altre zone, invece, che tuttavia non sono la maggioranza, la mancata collaborazione tra Enaip e NPI è data dalla difficoltà con cui i NeuroPsichiatri stilano le certificazioni su ragazzi segnalati con un disturbo evidente o dalla difficoltà con cui le aggiornano. Non è raro sentirsi dire frasi del tipo: *tanto vengono da voi, per fare due cose pratiche non hanno bisogno della certificazione.*”

Situazioni di questo tipo, a mio parere, oltre a sminuire la portata qualitativa della formazione professionale, mettono in difficoltà gli operatori nel pensare e progettare un PDP il più possibile individualizzato per la persona senza avere nessun tipo di valutazione, di indicazione da parte di esperti e quindi affidandosi esclusivamente alle proprie risorse e alle proprie competenze.

Dott.ssa Bazzan: “Altre volte ancora le certificazioni esistono, ma rappresentano una foto nuda e cruda dei problemi della persona, a cui non fanno seguito consigli pratici su come intervenire e strategie su come attivare capacità e potenzialità.

I rapporti con le istituzioni scolastiche, in particolare con la scuola di provenienza, (scuola media inferiore o scuola media superiore) sono buoni. Prima dell’inizio dell’anno formativo, è una prassi consolidata per il Tutor prendere contatti telefonici con l’insegnante di sostegno che ha seguito il ragazzo per conoscerlo meglio, per acquisire il suo PDP e avere indicazioni sulle modalità di gestione del caso già sperimentate e rivelatesi efficaci.

C’è una buona sintonia e un buon dialogo anche con le aziende che accolgono i nostri ragazzi in stage. Dalla nostra seppur breve esperienza con il disturbo ADHD, possiamo dire che più il disturbo è accentuato, più difficile può essere l’inserimento in un contesto lavorativo e il suo adattamento e più facili sono i conflitti; se non è inficiata l’attenzione e il tutor aziendale permette che il ragazzo possa, più frequentemente degli altri, alzarsi dalla propria postazione per dare sfogo ad un suo bisogno fisico di movimento, può essere che lo stage abbia esito positivo. Però ciò dipende dall’organizzazione aziendale e dal tutor aziendale. C’è un buon rapporto con le aziende anche perché quando si verificano dei problemi, si cerca sempre di parlarne e di risolverli senza mai espellere il ragazzo dall’azienda in quanto ciò potrebbe avere una forte ricaduta a livello psicologico e sulla sua autostima.

Per quanto riguarda le istituzioni politiche, il nostro dialogo è principalmente con la Regione Veneto, la quale negli ultimi anni sta iniziando a farsi più attenta alla diffusione di certi disturbi.

La Regione Veneto ci obbliga ad adottare il PDP per i ragazzi con ADHD e li controlla per verificare per esempio se c’è corrispondenza tra obiettivi, tipologia di stage e disturbo, ma poi le metodologie di intervento vengono individuate e decise dai singoli CSF in base alle caratteristiche personali dei singoli individui”.

La rete, quindi, da quello che ho potuto ricavare, esiste, ma non è una rete in cui tutti gli attori sono interconnessi, ma una rete in cui i rapporti sono di tipo prevalentemente bidirezionale. Bisogna impegnarsi per creare e sostenere un dialogo attivo e costruttivo con le famiglie affinché si sentano responsabili di un percorso formativo che potrà incidere in maniera significativa sul più ampio Progetto di Vita del loro figlio; bisogna promuovere un clima di fiducia e di collaborazione tra Enaip e gli esperti (NeuroPsichiatri, psicologi) in cui ciascuno cerchi di capire il contributo importante che può dare l'altro per la crescita globale della persona. Si è chiamati a cooperare insieme per conoscere la persona in tutte le sue sfaccettature, per non rischiare di effettuare delle scelte sbagliate o per non correre il rischio di fissare degli obiettivi formativi troppo elevati o troppo elementari; infine, bisogna dialogare con la Regione perché non distolga l'attenzione da quella fascia di giovani svantaggiata e vulnerabile che senza lo sviluppo di un'adeguata politica di inclusione formativa rischia di essere esposta ai rischi di una marginalizzazione culturale e sociale. Il cambiamento auspicato, con il lavoro di rete, non è perciò quello della persona con disturbo, quanto quello delle condizioni politiche, ambientali e sociali che a diverso titolo possono concorrere alla messa a punto di un contesto maggiormente stimolante in grado di attenuare i sintomi del disturbo e concorrere così alla realizzazione della persona.

3.5 La storia di Andrea

Il CSF – Enaip di Piove di Sacco mi dà l'opportunità di incontrare la Dott.ssa Ornella Mercadante, Tutor di Andrea (nome di fantasia), per raccontare la sua storia e il suo percorso formativo iniziato tre anni fa e giunto ormai alla sua conclusione.

Andrea, si iscrive ad un corso professionale Enaip ad indirizzo “operatore elettrico” tre anni fa, all'età di 15 anni, dopo un triennio tortuoso alle scuole medie e dopo essersi reso conto, a pochi mesi dall'inizio del primo anno, che la scelta dell'Istituto Tecnico Statale ad indirizzo grafico “Giovanni Valle” di Padova non era la sua strada. Viene chiesto quindi il passaggio dall'Istituto di Istruzione Superiore ad un Centro di Formazione Professionale Enaip e qui il suo ingresso non è tra i più semplici: gli insegnanti lo descrivono fin da subito come un ragazzo estremamente vivace e svogliato, ma all'inizio, convinti che si tratti di un periodo transitorio dovuto all'inserimento in un nuovo contesto, si decide di non procedere in nessun modo se non tenendo osservata e monitorata la situazione.

I mesi passano e Andrea ha già ricevuto molte note e sospensioni per il suo comportamento disturbante all'interno della classe che impedisce agli insegnanti di portare a termine la lezione, emette urla e vocalizzi che generalmente provocano le risate e la distrazione del resto della classe e manifesta più volte nell'arco di un'ora insofferenza nel rimanere seduto al proprio posto per un periodo di tempo prolungato, tanto da balzare improvvisamente in piedi per soddisfare un bisogno fisico di muoversi che non può essere posticipato al cambio dell'ora o durante l'intervallo.

A questo punto, a circa tre-quattro mesi dal suo ingresso, essendo ormai evidente agli occhi di tutti che Andrea presenta un qualche tipo di disturbo, la Tutor decide di incontrare la famiglia per avere un confronto su quanto osservato dagli insegnanti fino a quel momento. La famiglia sembra incredula a quanto esposto e giustifica i comportamenti del figlio dicendo che sono dovuti ad una generale svogliatezza tipica dei ragazzi della sua età e alla propensione per attività pratiche.

Nonostante il colloquio con i genitori non abbia avuto esito positivo, la Tutor decide, insieme agli insegnanti di corso, di intervenire prevedendo che Andrea possa essere "autorizzato" ad uscire dall'aula o dal laboratorio (anche lo spostamento fisico dei compagni in laboratorio gli creava un disagio) per recuperare quell'attenzione che iniziava a calare quando l'irrequietezza prendeva il sopravvento. Attivando questa metodologia di intervento e grazie anche alla tolleranza e comprensione della sua classe, qualche risultato si inizia a vedere. Andrea, ha infatti la fortuna di trovarsi inserito in un buon gruppo-classe, tollerante, comprensivo, che non l'ha marginalizzato e escluso per via dei suoi comportamenti non adeguati e "stravaganti"; Andrea ha trovato nella classe dei buoni amici che incontra e frequenta anche al di fuori dell'ambiente scolastico-professionale soprattutto nei fine settimana.

Dopo ripetuti incontri con la famiglia, ecco che a giugno, alla fine del primo anno formativo, i genitori consegnano alla Tutor la certificazione medica di diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività.

Inutile chiedersi perché solo ora i genitori hanno presentato la certificazione: un senso di vergogna li ha sopraffatti? Oppure hanno sottovalutato la certificazione medica? Speravano e credevano con tutte le loro forze che l'iscrizione ad un corso professionale fosse la soluzione giusta per il proprio figlio al punto che questa avrebbe annullato le sue difficoltà?

Non è mio compito indagare le risposte a queste domande, ma a giudicare da come si è evoluto il percorso formativo di Andrea, la frequenza di un corso professionale è stata una scelta ottimale per l'inserimento sociale e la sua crescita e maturazione personale.

Una volta in possesso della certificazione, è stato possibile redigere il PDP di Andrea in cui non sono stati modificati gli obiettivi didattici in quanto ha un livello cognitivo medio (le sue difficoltà maggiori sono nell'area logico-matematica), non sono stati previsti strumenti compensativi o dispensativi, per cui al termine del terzo anno formativo egli sosterrà l'esame finale per acquisire la qualifica professionale di operatore elettrico (in prossimità dell'esame di qualifica si dovrà chiedere alla Commissione l'autorizzazione per Andrea di potersi alzare più volte durante le prove scritte per poter recuperare l'attenzione necessaria). Fra gli obiettivi educativi ed affettivo/relazionali si legge invece che "l'allievo va aiutato a "mitigare" i propri atteggiamenti per assumere nei diversi contesti e nella relazione con gli altri, comportamenti adeguati e pertinenti".

Un'esperienza molto importante per Andrea è stata senz'altro, tra successi e difficoltà, lo stage al secondo e al terzo anno. Lo stage del secondo anno si è svolto all'interno di una grande azienda in cui ad Andrea sono state affidate mansioni parcellizzate e ripetitive. La tipologia delle mansioni affidategli, il clima lavorativo, la supervisione di un tutor aziendale competente e comprensivo, insieme ad una buona predisposizione e voglia di mettersi in gioco di Andrea, hanno fatto dello stage del secondo anno un'esperienza positiva ed inclusiva di cui Andrea si è detto soddisfatto.

Più controverso è stato lo stage del terzo anno: ad Andrea è stata proposta, stavolta, un'azienda di piccole dimensioni in cui le mansioni affidategli non erano ripetitive e meccaniche, ma riguardavano per esempio le attività di magazziniere, la pulizia dei locali di lavoro, il cablaggio di fili, la preparazione di quadri elettrici. Forse il cambiamento di tipologia di compiti affidatigli, insieme ad una incompleta e vaga spiegazione di ciò che doveva fare, hanno mandato in confusione Andrea che ha reagito a questa situazione entrando in contrasto con il proprio tutor aziendale e mettendo in atto una serie di atteggiamenti e di comportamenti fuori luogo in un ambiente di lavoro, come, per esempio, oziare, usare continuamente il proprio cellulare, ignorare i richiami a mettersi a lavorare. L'azienda, vista la brutta piega che stava prendendo lo stage, ha deciso di contattare la Tutor di Andrea per metterla al corrente della situazione e l'ha informata anche dell'aggressione verbale della madre di Andrea che si è presentata in azienda piuttosto alterata screditando il lavoro dei vertici e del Tutor aziendale che a suo parere sono degli incompetenti perché non stanno seguendo adeguatamente suo figlio nello stage, lo rimproverano di continuo e non gli stanno trasmettendo competenze tecnico-professionali. Per risolvere questa situazione, la Tutor ha dovuto operare su più fronti: sul fronte dell'azienda ha dovuto suggerire delle strategie di comunicazione e di relazione più efficaci nel rapporto diretto con Andrea; con la famiglia e con Andrea ha dovuto spiegare e chiarire quali sono stati i loro errori per cercare di porvi rimedio e trasmettere così altre modalità di risolvere eventuali problemi. Nonostante non si siano verificati altri problemi e Andrea

abbia concluso positivamente l'esperienza, questo stage l'ha segnato profondamente tanto che quando si parla ancora con lui di questo, emergono per prima cosa gli aspetti negativi per cui si sta tuttora facendo con lui un lavoro di rielaborazione dell'esperienza al termine del quale possa arrivare ad essere convinto che è normale che in un percorso di apprendimento si possano incontrare successi e criticità e che nel suo caso, attraverso il dialogo ed un lavoro di squadra, le criticità sono state superate.

A Giugno, Andrea termina il suo percorso formativo triennale, un percorso del quale si può fare, a mio parere, un bilancio positivo perché gli ha permesso innanzitutto di “sentirsi come gli altri”, di affrontare le stesse sfide che vengono poste ai suoi coetanei, di essere accettato, di crescere, di misurarsi con il mondo del lavoro, di acquisire non soltanto competenze tecnico-professionali, ma anche trasversali (riguardanti la capacità di relazione, di comunicazione, di adattamento, ecc.) che lo valorizzeranno sempre di più e lo aiuteranno ad affrontare e gestire concretamente la propria quotidianità.

Quali prospettive quindi per il lavoro?

Enaip non abbandona i suoi allievi: le aziende sono costantemente in contatto con Enaip alla quale, all'occorrenza, fanno richiesta di persone da selezionare nei loro colloqui oppure assumono direttamente la persona che hanno conosciuto tramite stage. Le statistiche ci dicono infatti che circa il 70% degli studenti qualificati trova un'occupazione coerente con il proprio profilo professionale.

Mi auguro che per Andrea si aprano presto le porte del mondo del lavoro e che riuscendo a convivere in maniera serena con il suo disturbo, dimostri tutto il suo valore e sappia sfruttare positivamente quella buona dialettica che gli insegnanti hanno sempre sottolineato.

3.6 Quali sviluppi futuri delle strategie di inclusione formativa e professionale?

Come si è potuto evincere dal racconto della storia di Andrea, la presa in carico di un soggetto con ADHD all'interno di un contesto professionalizzante appare una soluzione vantaggiosa per la persona, uno strumento di affermazione e di emancipazione sociale, oltre che di benessere interiore.

Abbiamo visto come grazie a metodologie didattiche non tradizionali e convenzionali che si basano sull'interattività e che vanno dai lavori di gruppo ai laboratori, dall'analisi dei casi alle simulazioni, anche il soggetto svantaggiato o con disturbo è in grado di affermarsi perché riesce a trovare in queste varie proposte didattiche un modo per apprendere e per esprimere la propria personalità.

Per quello che ho potuto constatare, Enaip si sta impegnando molto negli ultimi anni a promuovere una didattica inclusiva in cui cerca di adattare i propri programmi alle caratteristiche personali del singolo in modo che si compia per lui una maturazione complessiva fatta di acquisizione di competenze lavorative e di abilità sociali e attraverso la quale può vivere la stessa opportunità di formazione offerta a tutti gli altri. L'obiettivo, infatti, non è soltanto quello di "imparare un lavoro", ma di "imparare a lavorare", cioè acquisire una mentalità, un modo di atteggiarsi spendibile non soltanto nel mondo del lavoro, ma in ogni contesto sociale affinché "il bigliettino da visita" soprattutto della persona con ADHD non sia il suo disturbo, ma ciò che è e ciò che sa fare.

Sul piano delle politiche formative regionali ritengo che, considerato che la legge sull'"ordinamento del sistema di formazione professionale e organizzazione delle politiche regionali del lavoro" risale al lontano 30 gennaio 1990, è il caso, o di ampliare l'art. 15 riguardante gli "interventi a favore dei soggetti svantaggiati" facendo rientrare in questi anche i soggetti con Bisogni Educativi Speciali in modo tale che anch'essi siano tutelati e che a un loro diritto corrispondano doveri e obblighi ai soggetti Istituzionali, oppure si potrebbe prevedere la stesura di una Legge o di un Regolamento ad hoc per favorire l'integrazione e l'inclusione dei minori con BES.

Dobbiamo infatti allontanarci sempre di più dall'ottica della legge-quadro 104/1992 (seppur importante) in base alla quale soltanto in possesso della cosiddetta "certificazione", cioè di una diagnosi medica, è possibile richiedere un intervento individualizzato.

In realtà, sempre di più, i minori presentano delle difficoltà non soltanto a livello organico, ma anche a livello familiare, ambientale, di *background* sociale e culturale che richiedono l'intervento di risorse ed operatori professionisti per rispondervi in modo adeguato senza discriminare ed emarginare.

Visto l'aumento esponenziale negli ultimi anni della varietà di Bisogni Educativi Speciali e di coloro che ne soffrono, si potrebbe pensare all'istituzione di un Osservatorio o di un Tavolo di Lavoro che, formato da esperti in materia, dai rappresentanti delle maggiori Associazioni operanti sul territorio a favore di persone con BES, ma anche dalle stesse persone direttamente coinvolte in un disturbo, si proponga come strumento conoscitivo del fenomeno attraverso attività di studio, ricerca, monitoraggio e come strumento di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche regionali.

Ritornando agli sviluppi futuri dell'inclusione formativa e professionale degli allievi con ADHD presso Enaip, penso che questa possa realizzarsi pienamente attraverso un'attenta stesura del PDP, attraverso la supervisione e l'accompagnamento del Tutor che, in quanto operatore più vicino

all'allievo, ne accoglie le richieste e i bisogni e si fa promotore e coordinatore di una rete in cui i diversi soggetti coinvolti (l'allievo, la famiglia, il Consiglio di Corso, l'eventuale psicologo e/o NeuroPsichiatra) condividano e si impegnino per il raggiungimento dei medesimi obiettivi. Serve un monitoraggio costante e la consapevolezza che l'inclusione si intensifica con la cooperazione di tutti.

Credo sia importante programmare e contemporaneamente motivare insegnanti e tutor aziendali a seguire un'adeguata formazione affinché non si trovino impreparati ad accogliere e a gestire studenti con un disturbo da ADHD, ma, forti di alcune conoscenze e strategie, contribuiscano a qualificare in maniera positiva il loro percorso formativo valorizzandone le potenzialità umane.

Ogni Centro Servizi Formativo dovrà continuamente mettersi in discussione in termini di miglioramento della didattica inclusiva e dell'organizzazione degli interventi, in una logica di ricerca continua di "cosa è bene" per la persona che abbiamo di fronte anche condividendo sempre di più con gli altri Centri Servizi Formativi le proprie difficoltà e i propri successi nella logica che il lavoro di rete genera aiuto per se stessi e per gli altri.

La "didattica inclusiva", inoltre, a mio parere, non si esplica soltanto in una serie di interventi specificatamente rivolti ad una determinata tipologia di destinatari come gli studenti con ADHD per permettere loro di affrontare, coerentemente con le loro caratteristiche ed i loro limiti, un percorso formativo, ma dovrebbe comprendere anche una serie di insegnamenti nell'area pedagogica-sociale da inserire nelle competenze culturali del quadro orario dell'intera classe, così da sensibilizzare i giovani alle tematiche sociali attuali in modo che diventino anch'essi protagonisti del processo di inclusione in senso lato.

Auspico che anche nel mondo del lavoro, i giovani con ADHD adeguatamente preparati e formati professionalmente, sappiano trovare un ambiente sgombro da pregiudizi, rispettoso, disponibile a mettersi in gioco e a raccogliere nuove sfide nell'ottica di valorizzare le differenze a prescindere dalla categoria di appartenenza. Non sarà di sicuro facile, ma penso che se questo inizi a succedere, il messaggio che ne potremmo ricavare è quello di una società che si fa più accogliente e più ricca umanamente.

CAPITOLO 4

Come intervenire per e con l'adolescente con ADHD per una transizione efficace al mondo del lavoro?

4.1 Le normative attuali: cosa permettono e cosa vincolano?

Considerando la normativa analizzata fino ad ora, possiamo affermare che non esiste una legge che tratti il disturbo dell'ADHD e che tuteli il soggetto con questa sindrome. Per coloro che considerano l'ADHD una disabilità, e quindi una limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di fare qualcosa nel modo considerato normale per un essere umano, il riferimento è la legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"; per quelli invece che considerano l'ADHD un Bisogno Educativo Speciale e quindi una difficoltà evolutiva di funzionamento in ambito educativo e/o apprenditivo conseguente all'interazione di fattori fisici/corporei con fattori ambientali/sociali, il riferimento è principalmente alla Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012 "*Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*" e alla L. 170/2010 "*Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*" che si vuole estendere a tutti gli alunni con Bisogni Educativi Speciali.

In base alle considerazioni appena fatte, possiamo quindi avere minori con ADHD che, in ragione anche di una condizione di ritardo intellettivo, vengono certificati e ricevono un aiuto specializzato in ambito scolastico (Legge-quadro 104/92) e altri che, non ricevendo una certificazione, ovvero una diagnosi medica, essenzialmente perché manca una chiara condizione di ritardo intellettivo, divengono portatori di un BES con la necessità di educazione speciale individualizzata attraverso strumenti compensativi e misure dispensative.

Le leggi citate hanno senz'altro il pregio di permettere di esercitare il diritto all'educazione e all'istruzione in maniera inclusiva e consentono all'alunno di frequentare il ciclo scolastico fino al livello che è in grado di conseguire in base alle sue capacità e potenzialità personali.

Ma, se la Legge-quadro 104/92 interviene in tutti gli ambiti di vita della persona disabile, non si può dire che il legislatore stia facendo altrettanto con i soggetti con Bisogni Educativi Speciali. In quest'ultimo caso, infatti, l'attenzione è concentrata sull'ambito scolastico con l'attuazione di interventi didattici mirati ed efficaci forse perché si ritiene che le difficoltà maggiori si manifestino in questo contesto, ma così facendo è come se non si considerasse il bambino una persona in

evoluzione, una persona che deve sviluppare capacità e abilità per entrare nel mondo del lavoro e per vivere da adulto una vita indipendente.

Sulla scuola si è detto e si continua a dire e ad intervenire molto, ma l'ambito formativo e l'ambito lavorativo non risultano, per i soggetti svantaggiati non disabili, adeguatamente rappresentati dal punto di vista normativo.

La legge 845/1978 "Legge-quadro in materia di formazione professionale", mai più modificata negli anni, afferma che la potestà legislativa delle Regioni in materia di orientamento e di formazione professionale, deve avvenire in conformità ad alcuni principi. Tra questi principi vi è quello di "promuovere, avvalendosi delle strutture territoriali competenti, idonei interventi di assistenza psicopedagogica, tecnica e sanitaria nei confronti degli allievi affetti da disturbi del comportamento o da menomazioni fisiche o sensoriali, al fine di assicurarne il completo inserimento nell'attività formativa e favorirne l'integrazione sociale".

Il valore dell'integrazione sociale, risalente a più di trent'anni fa, appare ormai anacronistico rispetto a ciò che si sta verificando nella realtà e cioè il passaggio graduale dal modello "integrazionista" al modello "inclusivo". Ciononostante, questo cambiamento di prospettiva iniziato dal basso grazie alla diffusione di una certa sensibilità culturale in ambito scolastico, non è stato ancora recepito dalle politiche tanto che nella legge-quadro 845/1978 si parla ancora di integrazione sociale limitando quindi interventi di tipo più inclusivo.

Se l'integrazione è determinata dal reciproco adattamento-accomodamento attivo tra l'individuo ed il contesto per inserire la persona in un ambiente e renderla quanto più possibile simile agli altri, l'inclusione, viceversa, rappresenta un processo in base al quale la persona, a prescindere dalle sue abilità, comportamenti, origine etnica o culturale, entra a pieno titolo nella comunità e vi partecipa mettendo in discussione le regole di adattamento al contesto (Pavone M., 2010).

Anche la normativa della Regione Veneto in ambito di formazione professionale non è delle più recenti, risalendo al lontano 30 gennaio 1990, e non è nemmeno tra le più efficaci, dando indicazioni alquanto vaghe e approssimative per quanto riguarda gli interventi a favore di soggetti svantaggiati, ma nonostante questo, Enaip, nell'ambito della formazione professionale regionale ha recepito e fatto proprie le indicazioni ministeriali per rendere la didattica formativa maggiormente inclusiva.

Quando poi con la Riforma del Titolo V della Costituzione, alle Regioni è stata riconosciuta la potestà legislativa residuale anche nell'ambito della formazione professionale, non si è assistito ad un processo di riforma del sistema che mettesse in discussione quell'antico assunto nazionale

secondo il quale la formazione professionale regionale doveva essere al servizio delle politiche attive del lavoro, per mettere al centro invece la promozione dell'educazione integrale e dell'inclusione sociale e professionale di tutti.

Enaip predispone annualmente il proprio Piano di Offerta Formativa (POF) sulla base di determinati requisiti stabili dalla Regione, la quale si rifà agli standard minimi formativi delle competenze tecnico-professionali definiti a livello nazionale, pena la mancata approvazione e finanziamento da parte della Regione dell'offerta formativa di quell'anno. Altro vincolo per Enaip, come emerge da un'indagine ISFOL sull'Offerta di Formazione Professionale (OFP 2012), è la riduzione dei finanziamenti economici che hanno posto dei vincoli e dei freni sull'Offerta di Formazione Professionale. Prendendo come riferimento le disposizioni ministeriali, è possibile invece adottare per i soggetti svantaggiati un PDP in cui gli obiettivi formativi possono essere "tarati" a seconda delle caratteristiche della persona oppure possono essere previste misure compensative e dispensative per il raggiungimento dei medesimi obiettivi formativi del gruppo-classe.

E' quindi nella prassi quotidiana dei Centri di Formazione Professionale Enaip e non nelle normative che possiamo trovare dei chiari segnali di inclusione formativa e professionale per tutti quei soggetti, con ADHD per esempio, che discostandosi dall'essere definiti "disabili" non trovano riconoscimento in alcun testo di legge, se non in alcune direttive del Ministero dell'Istruzione e della Ricerca.

Come per l'ambito formativo manca una norma specifica che riesca ad intervenire in maniera incisiva sul percorso formativo di un soggetto svantaggiato, come può essere la persona con ADHD, rendendo questo percorso inclusivo e formativo allo stesso tempo, la stessa cosa si può dire per l'ambito lavorativo. La legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", garantisce infatti il diritto al collocamento obbligatorio per soggetti con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%. Si parla di persone con una disabilità conclamata, mentre negli ultimi anni si stanno diffondendo sempre di più situazioni di persone con le più varie difficoltà evolutive di funzionamento (DSA, ADHD, svantaggio linguistico, funzionamento cognitivo limite, svantaggio socio-economico-culturale) che se non vengono "intercettate" e guidate in un percorso significativo di formazione e di inserimento nel mondo del lavoro, rischiano di restare ai margini della società e di diventare un peso per gli altri.

4.2 Il ruolo dei servizi

Non essere lasciato solo, ma avere il supporto dei servizi nelle tappe salienti della crescita, come il passaggio dalla formazione al lavoro, è di fondamentale importanza per una persona con ADHD.

Il giovane con ADHD va compreso prima di tutto “persona” con tutti i bisogni propri di ogni singolo individuo e fra questi bisogni il lavoro occupa un posto di particolare rilievo essendo l’elemento cardine dell’identità adulta e uno strumento primario per la socializzazione e l’apprendimento. Avere un determinato ruolo lavorativo grazie al quale la persona può far emergere ciò che sa fare, accresce l’autostima e forma un’identità accettabile, in alternativa ad un’immagine di sé centrata sullo svantaggio.

L’assegnazione di un ruolo lavorativo alla persona con ADHD non potrà avvenire facilmente e improvvisamente quando sarà diventata adulta, ma si presenterà come il risultato di un percorso che iniziato a scuola, è continuato a livello di formazione professionale ed ha portato alla maturazione e alla acquisizione di competenze sia professionali che trasversali. Per compiere questo percorso occorre una rete effettiva di servizi (educativo/formativi, sociali, sanitari, per l’inserimento al lavoro) che sostenga la famiglia nel suo ruolo educativo, che assicuri una presa in carico continuativa e globale e sia capace di operare in modo coordinato e sinergico su obiettivi condivisi di crescita della personalità e di inclusione sociale.

Un primo servizio da coinvolgere per garantire una transizione efficace dalla scuola al mondo del lavoro, è il servizio sociale comunale che rappresenta spesso l’interlocutore con cui la famiglia con figli si interfaccia di più nel corso degli anni e quindi, proprio perché segue diverse fasi della crescita e dello sviluppo dell’individuo, dovrebbe prevedere la presa in carico della persona (in questo caso il bambino con ADHD) dall’età evolutiva all’età adulta compresa.

Ma non è soltanto la singola persona ad essere presa in carico, spesso lo è anche la famiglia che ha bisogno di ricevere un aiuto da parte dell’Assistente Sociale nella costruzione del progetto di vita familiare e del progetto di vita del bambino con ADHD. Per la famiglia d’origine, perciò, l’Assistente Sociale è un vero punto di riferimento al quale rivolgersi nel momento in cui “perde la rotta” e ha bisogno di qualcuno per condividere delle difficoltà ed essere aiutata a risolverle, per intravedere un’evoluzione positiva del percorso di vita del figlio per esempio attraverso un determinato percorso formativo e l’accompagnamento all’inserimento nel mondo del lavoro.

A mano a mano che il bambino cresce e diventa prima adolescente e poi persona adulta, tale progetto di vita dovrà essere sempre più condiviso con lui, riconoscendo le sue attese e offrendogli

tutto il sostegno e l'aiuto necessari per fare anche delle scelte autonome che lo caratterizzino come persona adulta. Dal decidere "per lui" si dovrà passare al decidere "con lui".

Come anticipato in precedenza, la presa in carico della persona con ADHD inizia in età evolutiva, non appena viene diagnosticato il disturbo, ma non si può prevedere una sua conclusione perché l'ADHD non scompare con il passare degli anni, anzi in età adulta possono comparire, associati ad esso, nuovi disturbi, come il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) o il Disturbo della Condotta (DC) che possono interferire negativamente nei rapporti sociali e nel contesto lavorativo. L'"accompagnamento di lungo periodo" quindi del Servizio Sociale comunale di base, può essere di aiuto per tenere monitorata la situazione, intervenendo in tempo, anche con gli altri servizi in campo, per cercare di evitare che questi nuovi disturbi interferiscano in maniera negativa con i piccoli progressi fatti in precedenza.

All'interno di una rete di servizi che lavora per il benessere della persona, il compito dell'Assistente Sociale sarà quello di coordinare le prestazioni dei vari servizi istituzionali come una sorta di operatore "chiave" (*key worker*) che si interessa affinché ciascuno, in base alle proprie competenze, eserciti le proprie funzioni per il raggiungimento dei medesimi obiettivi e quindi la soluzione condivisa di un problema, grazie non soltanto alla promozione del cambiamento della persona, ma anche attraverso la modifica delle condizioni ambientali in cui questa si trova a vivere (per esempio, un'attività di sensibilizzazione generale, all'interno dei luoghi di lavoro, alle problematiche dell'inclusione per soggetti svantaggiati che possa modificare alcune logiche di pensiero ed atteggiamenti).

Altro servizio direttamente coinvolto nella transizione dalla formazione al lavoro, è proprio la scuola, un'importante agenzia formativa chiamata sempre più a curare non solamente l'aspetto degli apprendimenti, ma anche quello dell'orientamento che è molto importante negli anni dell'adolescenza quando si è chiamati a scegliere che direzione dare alla propria vita in base a quelli che sono i propri interesse, le proprie risorse e capacità. Il progetto di orientamento aiuta la persona a conoscere meglio le proprie competenze e attitudini sul piano dell'autonomia e dell'apprendimento, ad acquisire consapevolezza di sé e già da questo momento inizia l'acquisizione di regole di base per un inserimento lavorativo. Se la fase dell'orientamento viene ben curata, presentando le varie opportunità e possibilità che si prospettano e aiutando l'adolescente a fare una scelta confacente alla sua personalità, è più probabile che un percorso formativo e lavorativo abbiano maggiormente successo, evitando così inutili frustrazioni e stress ad un ragazzo con ADHD già particolarmente vulnerabile. Possono essere previste, più volte nell'arco dell'anno scolastico, visite ad aziende del territorio, incontri e testimonianze con giovani ragazzi che grazie

allo studio e alla formazione, si sono inseriti nel settore lavorativo che desideravano oppure si sono messi in gioco anche in altri ambiti che non avrebbero immaginato fossero alla loro portata.

Certo, per un giovane con ADHD ci possono essere molti ostacoli all'inserimento lavorativo dovuti alle manifestazioni del disturbo che continuano anche in età adulta (soprattutto la violazione delle regole e l'ostilità nei confronti delle autorità che impediscono un approccio corretto al contesto lavorativo) ed ai pregiudizi esterni, ma questa strada va tentata anche con loro attraverso l'apporto dei servizi che devono pensare ed agire in un'ottica di rete.

I Centri di Formazione Professionale Enaip continuano l'opera di formazione dandogli una connotazione più professionalizzante e offrono all'individuo, attraverso i loro percorsi, la possibilità di collocarsi in maniera più consapevole e vantaggiosa nel mercato del lavoro.

Hanno il compito di non trascurare e di intervenire attraverso una didattica inclusiva e personalizzata a favore di quella fascia di persone svantaggiate (tra cui ritroviamo anche quelle affette da ADHD) per le quali la formazione professionale rappresenta un'opportunità importante per affermarsi nella realtà sociale e lavorativa. E proprio per facilitare l'inclusione nel mondo del lavoro, è importante che formatori e tutor si impegnino a dotare gli adolescenti con ADHD di un bagaglio di tecniche di autopromozione insegnando loro a stendere un curriculum vitae e lettera di presentazione originali ed efficaci che diano un'immagine brillante di sé, ad affrontare un colloquio di lavoro sapendo mettere in evidenza le proprie qualità, ad affrontare contatti telefonici di autocandidatura e individuino altre strategie di presentazione più originali e magari maggiormente confacenti alla personalità dell'adolescente, come il video curriculum; mentre altre modalità per rendersi visibili e autopromuoversi possono essere l'uso di social network professionali e di blog in cui ognuno può esprimere la sua opinione e magari essere notato.

Il percorso professionale deve essere quindi un percorso tendente a formare la persona da un punto di vista globale, quindi sia sul piano della professionalità, sia sul piano delle competenze trasversali nelle quali rientrano anche la capacità di autopromuoversi, per realizzare il maggior livello di autonomia e di responsabilità possibili.

Anche i servizi sociosanitari dell'Ulss dovrebbero avere un ruolo nei confronti di giovani svantaggiati con ADHD, da una parte offrendo un supporto psicologico costante e dall'altra offrendo supporto nella fase di accompagnamento al lavoro e poi di monitoraggio dell'inserimento. Così come la Legge Regionale 16/01 di attuazione della Legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", ha provveduto a istituire il SIL (Servizio di Integrazione Lavorativa) presso le Aziende Ulss, con il compito di realizzare percorsi di impiego e di integrazione lavorativa per persone

disabili, allo stesso modo dovrebbe esistere un Servizio che si fa carico dell'accompagnamento e dell'inclusione lavorativa di tutte quelle situazioni di svantaggio, come l'ADHD e altri Bisogni Educativi Speciali, che anche se non sono considerati delle disabilità, possono incontrare degli ostacoli nella ricerca autonoma di occupazione e nel mantenimento del posto di lavoro trovato. Il compito del Servizio dovrà essere quello di avviare la ricerca di opportunità di impiego adeguate alle caratteristiche di ogni singolo utente; costruire un percorso di inserimento nel luogo di lavoro che preveda la possibilità di acquisire ulteriori competenze e di costruire relazioni interpersonali positive con i colleghi; essere di supporto ad eventuali situazioni di criticità che dovessero manifestarsi; verificare continuamente l'andamento del percorso ascoltando direttamente il punto di vista della persona coinvolta e il resoconto dell'ambiente di lavoro.

Infine, ricordiamo il ruolo dei servizi psicologici che devono collaborare con l'adolescente, con i genitori e gli insegnanti per far apprendere nuove modalità per affrontare il problema e potersi relazionare in modo positivo e sereno, acquisendo così una maggiore conoscenza e consapevolezza del disturbo. I servizi dovranno promuovere, soprattutto nei genitori, un nuovo tipo di mentalità: l'adolescente con ADHD non potrà essere considerato eternamente piccolo, bisognoso o malato, ma una persona capace a poco a poco di assumersi delle responsabilità e di avere un ruolo attivo all'interno della società. Questo riconoscimento, insieme a delle esperienze concrete, contribuiscono alla maturazione dell'identità che dall'essere prevalentemente familiare, passerà ad essere un'identità di tipo sociale e adulta.

Tutti i servizi citati, come già detto, non possono lavorare individualmente, ma devono lavorare in rete attivando aiuti, processi relazionali e sinergie per il benessere della persona. Il vero lavoro di aiuto scaturisce sempre da una rete, cioè da un insieme di soggetti che anche se diversi, sono ben collegati tra loro e riconoscono le competenze altrui così da avere alla fine una sola azione, una sola linea di intervento da perseguire condivisa da tutti.

CONCLUSIONI

Questo mio lavoro di tesi mi ha permesso di approfondire la conoscenza della tematica del “Disturbo da deficit di attenzione e iperattività” e mi ha consentito di fare alcune importanti riflessioni in merito al futuro degli adolescenti con ADHD, che rischia di non esserci o di rimanere un futuro incerto se non si pensano e non si progettano delle adeguate opportunità di inclusione sociale e lavorativa.

E' stato analizzato come la formazione professionale possa essere un'opportunità di preparazione professionale, una possibilità di inclusione e di partecipazione, oltre ad essere un trampolino di lancio per l'inserimento nel mondo del lavoro.

La fase della transizione dalla scuola al mondo del lavoro è un momento molto delicato in cui si definisce più precisamente l'identità del giovane e un momento che ha un forte impatto sulla qualità di vita della persona, per cui progettare la formazione professionale come un percorso che va a valorizzare l'individuo potenziandone le sue capacità, che accoglie e cerca di superare le sue difficoltà nell'ottica di un progetto personalizzato, è senz'altro un'opportunità di benessere, un esempio di inclusione e un passo importante per avvicinarsi ed entrare nel mondo del lavoro preparati sotto molteplici punti di vista, cioè con un bagaglio di competenze professionali e trasversali spendibili anche nella vita di tutti i giorni.

Con l'esercizio del diritto alla formazione e al lavoro, possiamo vedere realizzata l'inclusione sociale che permette all'adolescente di essere visibile all'interno della comunità e di parteciparvi.

Sempre nell'ottica inclusiva, non è soltanto l'individuo che si deve adattare al contesto, ma è il sistema formativo, per esempio, che si deve adattare alla diversità degli alunni attraverso risposte individualizzate. Questa affermazione è anche in linea con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF – OMS 2001) in base alla quale se la salute della persona è influenzata non soltanto da fattori organici propri della persona, ma anche da fattori ambientali, l'attenzione non va posta solamente sul trattamento indirizzato al singolo individuo, ma si deve auspicare ad un intervento anche sull'ambiente che potrà avere effetti positivi sulla persona. Applicando quindi il modello biopsicosociale, si parla di un percorso progettuale e promozionale focalizzato sull'individuo nel suo ambiente.

Tutti i servizi che ruotano attorno al minore vanno coinvolti nel percorso inclusivo in cui non c'è soltanto un Piano Didattico Personalizzato da stendere e da realizzare, ma c'è da pensare ad un progetto di vita che apre le dimensioni della progettazione al desiderio di adultità, a una prospettiva

temporale più lunga e più ampia, e ciò va fatto coinvolgendo anche la famiglia, alleato numero uno dei servizi.

La politica deve cercare, invece, di intervenire con leggi che riconoscano innanzitutto che non esiste solamente la “disabilità”, ma una varietà di “disturbi” che negli ultimi anni si stanno espandendo e necessitano di tutela e di risorse; deve scendere in campo per promuovere il cambiamento dei fattori culturali e ambientali che impediscono la piena partecipazione alla vita sociale; deve impegnarsi per creare un collegamento progettuale tra le politiche attive del lavoro e le politiche formative in modo da fare della formazione una risorsa per la crescita di ciascuno e allo stesso tempo una condizione che permetta di trovare uno sbocco per il proprio inserimento sociale e professionale.

BIBLIOGRAFIA

- BALDASSARRE V.A., ZACCARO F., LIGORIO M.B. (a cura di), 2001, *Progettare la formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati*, Carocci, Milano.
- BARATELLA P., LITTAME' E., 2009, *I diritti delle persone con disabilità. Dalla Convenzione Internazionale ONU alle buone pratiche*, Erickson, Trento.
- BATTISTELLA A., DE AMBROGIO U., RANCI ORTIGOSA E., 2007, *Il Piano di zona. Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci Faber, Roma.
- Con contributi dei maggiori esperti nel campo dell'ADHD, 2013, *ADHD a scuola. Strategie efficaci per gli insegnanti.*, Erickson, Trento.
- CORNOLDI C., DE MEO T., OFFREDI F., VIO C., 2001, *Iperattività e autoregolazione cognitiva*, Erickson, Trento.
- DE ANNA L., 2002, *Pedagogia speciale. I bisogni educativi speciali*, Guerini Studio, Milano.
- DGR n. 2082 del 03 Agosto 2010, Documento regionale di indirizzo per la programmazione di zona 2011-2015.
- DGR Veneto n. 3364 del 23 Ottobre 2007.
- DI PIETRO M., BASSI E., FILORAMO G., 2001, *L'alunno iperattivo in classe. Problemi di comportamento e strategie educative*, Erickson, Trento.
- FEDELI D., 2012, *Il Disturbo da deficit d' attenzione e iperattività*, CarocciFaber, Roma.
- FILIPPELLO P., 2008, *Valutazione e trattamento dei disturbi del comportamento. Interventi Cognitivo-Comportamentali in ambito scolastico e familiare*, Piccin, Padova.
- IANES D., 2005, *Bisogni educativi speciali e inclusione*, Erickson, Trento.
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', 2008, *Registro nazionale dell'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder): primo anno di attività (2007-2008)*, Rapporti ISTISAN.
- LORI A., GOLDFARB et al., 2003, *La sfida dell'handicap e della malattia cronica. Guida al problem-solving familiare*, Erickson, Trento.
- MARZOCCHI G.M., 2003, *Bambini disattenti e iperattivi*, Il Mulino, Bologna.
- MONTANI BRIGO R., CALDIN PUPULIN R., 2001, *Disabilità: quadro teorico e percorsi di integrazione*, Cleup, Padova.

- NOCERA S., 2001, *Il diritto all'integrazione nella scuola dell'autonomia. Gli alunni in situazione di handicap nella normativa scolastica italiana*, Erickson, Trento.
- OMS, 2007, *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione per bambini e adolescenti*, Erickson, Trento.
- PAOLINI M., 2009, *Chi sei tu per me? Persone con disabilità e operatori nel quotidiano*, Erickson, Trento.
- PAVONE M., 2010, *Dall'esclusione all'inclusione. Lo sguardo della Pedagogia Speciale*, Mondadori Università, Milano.
- PAVONE M. (a cura di), 2009, *Famiglia e progetto di vita. Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*, Erickson, Trento.
- Piano Socio Sanitario Regionale (Regione Veneto) 2012-2016.
- RE A., PEDRON M., LUCANGELI D., 2010, *ADHD e learning disabilities: metodi e strumenti di intervento*, FrancoAngeli, Milano.
- REGIONE DEL VENETO, *Relazione Socio sanitaria della Regione del Veneto*, anno 2013 (dati 2011-2012).
- SCHERIANI C., 2007, *Bambini sopra le righe. Bambini affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività. Ricerca e trattamento nella scuola dell'obbligo*, Armando Editore, Roma.
- SCHIANCHI M., 2009, *La Terza Nazione del mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*, Serie Bianca Feltrinelli, Milano.
- SELLERI G., 2002, *Legislazione e handicappati. Guida ai diritti civili degli handicappati*, Del Cerro, Tirrenia.
- SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2006, *Linee Guida per il DDAI e i DSA. Diagnosi e interventi per il Disturbo de Deficit di Attenzione/Iperattività e i Disturbi Specifici dell'Apprendimento*, Erickson, Trento.
- TESSARI P. (a cura di), 2005, *Disabili & Abili. Manuale per educatori professionali*, Cleup, Padova.
- VIO C., MARZOCCHI G.M., OFFREDI F., 1999, *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Erickson, Trento
- VIOLA D., 2011, *Disturbi dell'attenzione. Sopravvivere all'ADHD: manuale per psicologi, medici, insegnanti e genitori*, Libreriauniversitaria, Padova.

- VOLPATO B., CALLEGARO R., GOLIN E. (a cura di), 1999, *Penso positivo nel mio spazio lavoro: percorsi di orientamento, formazione e accompagnamento al lavoro di fasce deboli: brochure conclusiva*, Enaip Veneto, Padova.

SITOGRAFIA

- http://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/P/politica.shtml
- http://www.icom-italia.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=86:normativa-accessibilita-internazionale-e-comunitaria&id=31:documenti&Itemid=103
- <http://www.superando.it/files/2013/01/piano-d-azione-bozza-dicembre-2012.pdf>
- <http://www.ass4.sanita.fvg.it/ass4/servizi/allegati/Convenzione%20ONU%20sui%20diritti%20delle%20persone%20con%20disabilit.pdf>
- http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/disable/com406/406-it.pdf
- http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11414_it.htm
- http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0047_it.htm
- http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/ef0016_it.htm
- <http://www.annoeuropeodisabili.it/documenti/programmaeuropeo.doc>
- <http://www.anisa.it/Sostegno/Linee%20guida%20per%20l'integrazione.pdf>
- [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET\(2013\)474426_IT.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET(2013)474426_IT.pdf)
- http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Programma_azione_disabilita.pdf
- <http://www.fishonlus.it/2014/04/15/falsi-invalidi-una-sentenza-storica-per-le-persone-con-vera-disabilita/>
- <http://www.ulss16.padova.it/all/tmp9fafkX.pdf>
- http://www.enaip.veneto.it/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=22
- http://www.enaip.veneto.it/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=89&Itemid=144



PIANO DIDATTICO PERSONALIZZATO (Formazione Iniziale)

1. DATI DELLO STUDENTE (a cura del Tutor del CSF)

Nome e Cognome _____ Data di nascita _____

Classe: _____ Corso: OPERATORE _____

Tutor del CSF _____ Anno Formativo _____

Istituto scolastico di provenienza _____

Diagnosi _____

ITER SCOLASTICO - Istituto scolastico e servizi

DINAMICA FAMILIARE - Famiglia e studente

SITUAZIONE EMOTIVA - Istituto scolastico, servizi, famiglia, studente

2. DESCRIZIONE DELLE ABILITA' IN ENTRATA (a cura del Tutor del CSF)

AREA COGNITIVA

AREA LINGUISTICA

AREA AFFETTIVO / RELAZIONALE

AREA DELLE AUTONOMIE

3. DIDATTICA PERSONALIZZATA (a cura di ciascun formatore)

Formatore _____

ASSE / PROCESSO _____

DIDATTICA IN AULA

SCEGLIERE TRA LE METODOLOGIE INDICATE E/O INDIVIDUARE ULTERIORI MODALITA'

- Incoraggiare l'apprendimento collaborativo favorendo le attività in piccoli gruppi
- Predisporre azioni di tutoraggio tra pari
- Sostenere e promuovere un approccio strategico nello studio utilizzando mediatori didattici facilitanti l'apprendimento (immagini, mappe ...).
- Insegnare l'uso di dispositivi extratestuali per lo studio (titolo, paragrafi, immagini,...)
- Sollecitare collegamenti fra le nuove informazioni e quelle già acquisite ogni volta che si inizia un nuovo argomento di studio.
- Promuovere inferenze, integrazioni e collegamenti tra le conoscenze e le discipline.
- Dividere gli obiettivi di un compito in "sotto obiettivi"
- Offrire anticipatamente schemi grafici relativi all'argomento di studio, per orientare l'alunno nella discriminazione delle informazioni essenziali.
- Privilegiare l'apprendimento esperienziale e laboratoriale "per favorire l'operatività e allo stesso tempo il dialogo, la riflessione su quello che si fa"
- Sviluppare processi di autovalutazione e autocontrollo delle strategie di apprendimento negli studenti: per tutti l'autocorrezione degli errori perché permette di rivedere ciò che si è fatto ed attivare strategie di recupero dell'errore stesso
- Utilizzare la lavagna per schemi, riassunti avendo l'accortezza di usare sempre e solo lo stampato e gessi di colore diverso in modo da catturare anche l'attenzione che spesso è deficitaria.
- Abolire la penna rossa per la correzione dei compiti.
- Abolire la lezione sotto dettatura.
- Programmare puntualmente la lezione.
-

DIDATTICA IN LABORATORIO

SCEGLIERE TRA LE METODOLOGIE INDICATE E/O INDIVIDUARE ULTERIORI MODALITA'

- Incoraggiare l'apprendimento collaborativo favorendo le attività in piccoli gruppi
- Predisporre azioni di tutoraggio
- Sostenere e promuovere un approccio strategico nello studio utilizzando mediatori didattici facilitanti l'apprendimento (immagini, mappe ...).
- Insegnare l'uso di dispositivi extratestuali per lo studio (titolo, paragrafi, immagini,...)
- Sollecitare collegamenti fra le nuove informazioni e quelle già acquisite ogni volta che si inizia un nuovo argomento di studio.
- Promuovere inferenze, integrazioni e collegamenti tra le conoscenze e le discipline.
- Dividere gli obiettivi di un compito in "sotto obiettivi"

- Offrire anticipatamente schemi grafici relativi all'argomento di studio, per orientare l'alunno nella discriminazione delle informazioni essenziali.
- Privilegiare l'apprendimento esperienziale e laboratoriale "per favorire l'operatività e allo stesso tempo il dialogo, la riflessione su quello che si fa"
- Sviluppare processi di autovalutazione e autocontrollo delle strategie di apprendimento negli studenti: per tutti l'autocorrezione degli errori perché permette di rivedere ciò che si è fatto ed attivare strategie di recupero dell'errore stesso
- Utilizzare la lavagna per schemi, riassunti avendo l'accortezza di usare sempre e solo lo stampato e gessi di colore diverso in modo da catturare anche l'attenzione che spesso è deficitaria.
- Abolire la penna rossa per la correzione dei compiti.
- Arredare i laboratori di schemi riassuntivi semplici ed ad alto impatto visivo dei principali processi tecnici che siano sempre di supporto nei momenti di necessità e che andranno riadattati a seconda del programma svolto.
- Programmare puntualmente la lezione.
-

VERIFICHE IN ITINERE – Disturbo di lettura

Per l'espletamento delle prove o delle esercitazioni nell'ambito degli obiettivi disciplinari previsti per la classe lo studente:

- può usufruire di tempo aggiuntivo di
- nella valutazione delle prove orali e in ordine alle modalità di interrogazione si terrà conto delle capacità lessicali ed espressive proprie dello studente.
-

VERIFICHE IN ITINERE – Disturbo di scrittura

Per l'espletamento delle prove o delle esercitazioni nell'ambito degli obiettivi disciplinari previsti per la classe lo studente:

- può usufruire di tempo aggiuntivo per realizzazione dei compiti scritti ...
- la valutazione delle prove scritte si soffermerà soprattutto sul contenuto disciplinare piuttosto che sulla forma ortografica e sintattica.
- avrà prove strutturate in un determinato carattere e formato.
- avrà prevalentemente prove strutturate con domande a scelta multipla, V/F.
- le domande aperte verranno inserite in misura minore e non necessariamente
-

VERIFICHE IN ITINERE – Disturbo dell'area del calcolo

Per l'espletamento delle prove o delle esercitazioni nell'ambito degli obiettivi disciplinari previsti per la classe lo studente verrà sostenuto nel:

- gestire, anche in contesti collettivi, almeno parte degli interventi in modo individualizzato;

- analizzare gli errori per comprendere i processi cognitivi che vi sottendono;
- comprendere il testo dei problemi assegnati e si terrà conto dei singoli processi e non del complesso: il risultato ottenuto può essere errato ma se il procedimento / ragionamento che sta alla base è corretto, lo si valuterà comunque corretto e si procederà poi all'autocorrezione da parte dello studente;
-

STRUMENTI COMPENSATIVI – Disturbo di lettura

- Lettura da parte del formatore degli items dei test, le consegne dei compiti, le tracce dei temi o i questionari con risposta a scelta multipla
- Sintesi vocale, con i relativi software,
- Libri o vocabolari digitali
- Mappe concettuali e schemi
- Cartine geografiche, cartine storiche
- Tabella dei mesi
- Tabella dell'alfabeto e dei vari caratteri
- ...

STRUMENTI COMPENSATIVI – Disturbo di scrittura

- Mappe concettuali e schemi
- Cartine geografiche, cartine storiche
- Computer con programmi di video - scrittura con correttore ortografico e sintesi vocale
- Registratore per prendere appunti
- CD dei libri di testo
- Tabella dei verbi e dei complementi
- ...

STRUMENTI COMPENSATIVI – Disturbo dell'area del calcolo

- Calcolatrice
- Tabella pitagorica
- Tabella dei mesi
- Tabella dell'alfabeto e dei vari caratteri
- Tavola pitagorica, linea dei numeri, tabella delle misure, tabella delle formule geometriche
- ...

STRUMENTI DISPENSATIVI – Disturbo di lettura

Lo studente:

- è dispensato dalla lettura a voce alta in classe;
- è dispensato dalla lettura autonoma di brani di lunghezza non sia compatibile con il livello di abilità possedute;
- da tutte quelle attività in cui la lettura è la prestazione valutata
- avrà assegnati compiti a casa in misura ridotta e adeguata alle possibilità
- avrà interrogazioni programmate
- avrà tempi più lunghi per lo studio
- ...

STRUMENTI DISPENSATIVI – Disturbo di scrittura

Lo studente:

- avrà tempi più lunghi per le verifiche scritte o una quantità minore di esercizi,
- sarà dispensato dalla valutazione della correttezza ortografica/grammaticale della scrittura: lo si correggerà non per tenerne conto nella valutazione, ma per aiutarlo a prendere dimestichezza e a correggere autonomamente gli errori ricorrenti
- potrà accompagnare o integrare la prova scritta con una prova orale attinente ai medesimi contenuti laddove il risultato ottenuto nello scritto non sia sufficiente
- per le lingue straniere è essenziale e perentorio integrare la prova scritta con una prova orale attinente ai medesimi contenuti perché c'è una doppia difficoltà che non dipende dallo studio (accertarsi a tale proposito che non vi sia stato l'esonero dalle prove scritte)
- avrà assegnati compiti a casa in misura ridotta e adeguata alle possibilità
- avrà sempre e solo interrogazioni programmate su argomenti concordati e con un anticipo di almeno una settimana e, durante le stesse, potrà utilizzare mappe e/o schemi di sintesi
- avrà tempi più lunghi per lo studio
- potrà utilizzare il carattere che gli risulta più consono (spesso per un dislessico o disgrafico il carattere più consono è lo stampato minuscolo)
-

STRUMENTI DISPENSATIVI – Disturbo dell'area del calcolo

Lo studente:

- avrà tempi più lunghi per le verifiche scritte o una quantità minore di esercizi,
- avrà assegnati compiti a casa in misura ridotta e adeguata alle possibilità
- avrà tempi più lunghi per lo studio
- avrà sempre e solo interrogazioni programmate su argomenti concordati e con un anticipo di almeno una settimana e, durante le stesse potrà utilizzare mappe e/o schemi di sintesi
- avrà materiale cartaceo stampato con interlinea 1,5 - non giustificato
- ...

OBIETTIVI DIDATTICI

NEL CASO SI RITENGA CHE LE COMPETENZE PREVISTE DALLA RUBRICA POTRANNO ESSERE RAGGIUNTE PIENAMENTE, RIPORTARE LA FRASE:

Gli obiettivi didattici fanno riferimento agli standard formativi annuali del profilo professionale di riferimento.

NEL CASO SI RITENGA DI DOVER SEMPLIFICARE LA COMPLESSITA' DI CIASCUNA COMPETENZA PREVISTE DALLA RUBRICA, DESCRIVERE COMPITI E/O ABILITA' CHE SI IPOTIZZA SIANO RAGGIUNGIBILI DALLO STUDENTE

STAGE IN AZIENDA

INDICARE EVENTUALI ACCORGIMENTI NELLA SCELTA DEL CONTESTO DI INSERIMENTO, FINALITA' CHE SI INTENDONO PERSEGUIRE E VALORIZZARE ATTRAVERSO L'ESPERIENZA DI STAGE IN AZIENDA

OBIETTIVI EDUCATIVI ED AFFETTIVO / RELAZIONALI (a cura del Consiglio di Corso)

il Consiglio di Corso

Il Responsabile
Centro Servizi Formativi
(_____)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Il Tutor
Centro Servizi Formativi
(_____)

Per presa visione ed accettazione

Il genitore / Tutore

4. MONITORAGGIO (a cura del Consiglio di Corso)

Consiglio di Corso del _____

1. Utilizzo di strumenti compensativi e dispensativi:
2. Situazione emotiva e relazionale:
3. Piano di intervento in esito al monitoraggio:

Consiglio di Corso del _____

1. Utilizzo di strumenti compensativi e dispensativi:
2. Situazione emotiva e relazionale:
3. Piano di intervento in esito al monitoraggio: