


Leggere la diagnosi a scuola

Comprendere il quadro clinico
per una didattica inclusiva

Donatella Arcangeli





**Una guida pratica alle
certificazioni scolastiche
per affrontare al meglio
la sfida dell'inclusione.**

€ 15,00



9 788859 033486

Indice

Premessa	7
Introduzione	9
Bibliografia	29
H54-H90 Disabilità sensoriali	33
G00-G99 Disabilità motoria	45
F70-F79 Disabilità intellettiva	57
R41.83 Funzionamento cognitivo limite	69
F80 Disturbo specifico del linguaggio	81
F82 Disprassia	93
F84 Autismo	105
F90.0 ADHD	117
F81 Disturbi specifici di apprendimento	129
F95 Tic	141
F41 Disturbi d'ansia	153
F30-F39 Disturbi di umore	165
F93-F94 Disturbi della sfera emozionale	177
F40.1 Fobia scolare	189
F91 Disturbi del comportamento	201
Autolesionismo	213

Introduzione

Le questioni che riguardano la certificazione di bambini e bambine a scuola sono articolate e spesso complesse.

Solitamente, studenti e studentesse con difficoltà rilevanti di apprendimento, di rendimento e/o di comportamento vengono inviati, su richiesta dell'insegnante e della dirigenza e in accordo con entrambi i genitori, a una valutazione psicodiagnostica completa dalla quale possono emergere diversi quadri clinici.

Si va dalla disabilità (cognitiva, motoria, sensoriale, fisica) ai disturbi del neurosviluppo e alle psicopatologie. Tutti questi quadri clinici possono presentarsi singolarmente oppure associati tra loro.

Tutti gli studenti con una certificazione scolastica hanno Bisogni Educativi Speciali, cioè necessitano di accorgimenti speciali per proseguire il loro ciclo formativo.

A seconda della gravità del quadro clinico sono tutelati dalla legge 104/92 (che riguarda la sfera delle disabilità) e dalla legge 170/2010, legge di riferimento per i disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico, e le sue emanazioni (circolare ministeriale n. 8 del 6 marzo 2013).

Che cos'è una certificazione scolastica?

Una certificazione scolastica è un documento ufficiale, redatto in forme diverse a seconda della regione, che attesta la/le diagnosi cliniche che spiegano le difficoltà di uno stu-

dente, descrive il suo profilo di funzionamento e definisce i Bisogni Educativi Speciali, a volte suggerendo strategie specifiche (in funzione di chi redige il documento).

Le certificazioni scolastiche possono essere più o meno dettagliate e più o meno descrittive: possono essere redatte secondo il metodo ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), ma ad oggi non c'è ancora omogeneità in Italia, nonostante l'emanazione, nel 2022, delle *Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e del profilo di funzionamento*.

Le diagnosi vengono solitamente classificate facendo riferimento al manuale ICD-10 (*Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati*, OMS, 2019) oppure al DSM-5 (*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, APA, 2013).

Ogni diagnosi presenta un codice alfanumerico a cui corrisponde un preciso quadro clinico.

La certificazione scolastica contiene informazioni dettagliate sul funzionamento globale dello studente, che riguardano:

- l'area cognitiva;
- l'area degli apprendimenti;
- l'area del linguaggio e della comunicazione;
- l'area delle competenze motorie;
- l'area delle autonomie personali;
- l'area delle competenze relazionali ed emozionali.

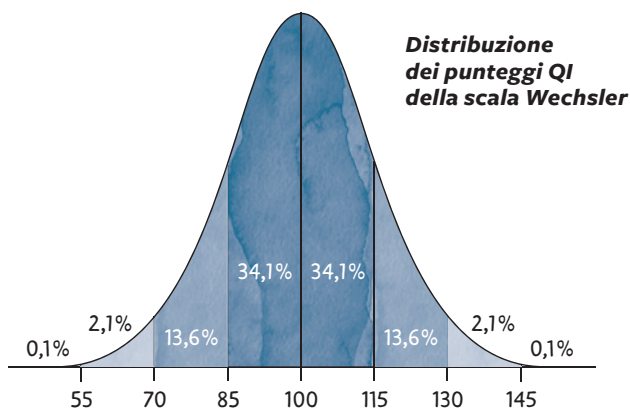
Vediamole più nello specifico.

Area cognitiva

Nell'area cognitiva si trovano informazioni che derivano dall'esito di un test di intelligenza.

Il test di intelligenza è una prova neuropsicologica che definisce un **quoziente intellettivo (QI)**. Semplificando, potremmo dire che il QI definisce l'intelligenza di un soggetto. Secondo il modello alla base della scala Wechsler, il livello medio di intelligenza è 100 con variazione di 15 punti. Le differenti fasce date dal test del QI sono quindi:

- maggiore o uguale a 130: quoziente intellettivo molto sopra la media: da qui in poi è possibile individuare un profilo di plusdotazione cognitiva;
- tra 120 e 130: quoziente intellettivo alto, fascia di profilo ad alto potenziale;
- tra 110 e 115: quoziente intellettivo medio-alto;
- tra 90 e 110: quoziente intellettivo nella media;
- tra 85 e 90: quoziente intellettivo medio-basso;
- tra 70 e 85: quoziente intellettivo basso;
- minore o uguale a 70: molto basso (50/55-70 disabilità intellettiva lieve; 35/40-50/55 disabilità intellettiva moderata; 20/25-35/40 disabilità intellettiva grave, <20/25 disabilità intellettiva profonda).



In realtà, ogni test di intelligenza indaga più aspetti delle nostre capacità cognitive:

- del pensiero;
- della memoria;
- dell'esame di realtà;
- della capacità di pianificazione.

Nelle scale Wechsler, diverse prove specifiche e standardizzate (di vocabolario, di memoria, di ragionamento aritmetico, di comprensione, di ricostruzione di immagini) vanno a definire 4 subquozienti:

- Indice di Comprensione Verbale (ICV);
- Indice di Ragionamento Visuo-Percettivo (IRP);
- Indice di Memoria di Lavoro (IML);
- Indice di Velocità di Elaborazione (IVE).

Quando i subtest danno come esito punteggi discordanti, si dice che il profilo cognitivo del soggetto non è «omogeneo», per cui il soggetto avrà capacità cognitive differenti in funzione del ragionamento richiesto per risolvere un quesito.

Area degli apprendimenti

In quest'area si trovano gli esiti delle prove specifiche di apprendimento di lettura, scrittura e calcolo. Si parla di disturbo di apprendimento quando i test restituiscono un risultato di almeno due DS inferiore ai livelli attesi, oppure una prestazione inferiore al 5° percentile delle frequenze delle risposte ottenute dal campione normativo di riferimento.

Area del linguaggio e della comunicazione

In quest'area vengono descritte le abilità di comunicazione sia verbale (comprensione e produzione del linguaggio a livello lessicale/semantico, morfo-sintattico e narrativo), sia non verbale (contatto visivo, prosodia, gestualità, mimica facciale e posturale).

Area delle competenze motorie

L'area descrive le abilità grosso-motorie (cammino, corsa, equilibrio, coordinazione) e fino-motorie (lateralizzazione del movimento, abilità di prensione, tratto grafico).

Area delle autonomie personali

In quest'area vengono descritte le autonomie dello studente (mangiare, vestirsi/svestirsi, andare in bagno, stare seduto al tavolino, riconoscere i pericoli).

Area delle competenze relazionali ed emozionali

L'area prende in considerazione le abilità sociali di uno studente, la sua gestione delle emozioni, la sua impulsività, la capacità di capire e rispettare le regole.

La certificazione scolastica serve quindi a descrivere eventuali disturbi nel funzionamento cognitivo, motorio, sensoriale, mentale, relazionale e comportamentale di uno studente o di una studentessa e ne definisce i Bisogni Educativi Speciali.

Che cosa viene certificato?

Tipicamente sono oggetto di certificazione scolastica:

- le disabilità (fisiche, motorie, sensoriali, psichiche);
- i disturbi del neurosviluppo;
- le psicopatologie.

Disabilità

La disabilità riguarda le difficoltà di un individuo con problemi di salute temporanei o permanenti e i fattori

contestuali (relazionali e ambientali) in cui il soggetto vive e si relaziona.

La disabilità compromette l'autonomia, le attività (ad esempio apprendere e applicare le conoscenze) e la partecipazione alla vita scolastica e sociale.

Disturbi del neurosviluppo

Rappresentano un gruppo di disturbi, di natura congenita (cioè presenti dalla nascita), in cui il bambino presenta delle difficoltà a effettuare compiti previsti per la sua età indipendentemente dal suo livello di intelligenza.

Si dice che questi bambini hanno un **funzionamento cerebrale atipico** rispetto ai coetanei. È importante comprendere bene questa categoria di disturbi perché, come vedremo più avanti, spesso si presentano contemporaneamente nello stesso bambino, rendendo il quadro clinico molto complesso.

Il neurosviluppo definisce lo sviluppo del sistema nervoso centrale, ovvero lo sviluppo del cervello di un bambino.

Tipicamente, i disturbi del neurosviluppo si presentano in soggetti con cervelli sani, integri, non danneggiati o non mal costruiti, che hanno avuto quindi uno sviluppo presoché normale nei **primi 12-24 mesi di vita**. Si tratta quindi di bambini che hanno acquisito regolarmente le tappe dello sviluppo psicomotorio e che non hanno presentato problemi alla nascita o durante la gravidanza, per cui non ci si aspetterebbe l'insorgenza di difficoltà di comportamento, apprendimento e socializzazione.

I disturbi del neurosviluppo sono molteplici e vale la pena ricordarli:

- disturbi della comunicazione (ad esempio, disturbo specifico del linguaggio);
- disturbi dello spettro autistico;
- disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD);

- disturbi specifici dell'apprendimento (dislessia, disortografia, disgrafia, discalculia);
- disabilità intellettive;
- disturbi del movimento (ad esempio, disturbi da tic; disturbo della coordinazione del movimento).

Questi disturbi costituiscono un **fattore di «vulnerabilità»** per il bambino e comportano, pertanto, un rischio di sviluppare problemi sia di apprendimento sia emotivi/psicologici (questi ultimi legati alla sensazione di essere meno «capaci» e adeguati rispetto ai propri coetanei).

Le psicopatologie in età evolutiva

I disturbi mentali (psicopatologie o disturbi psichici) descrivono difficoltà cognitive, di regolazione delle emozioni e/o del comportamento che determinano una significativa sofferenza e compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e in altre aree di vita dell'individuo.

In età evolutiva, sono più frequenti durante l'adolescenza. Tipicamente, negli studenti si possono riconoscere:

- disturbi d'ansia;
- fobie specifiche;
- disturbi di umore;
- disturbi del comportamento;
- disturbi ossessivi compulsivi;
- disturbi psicotici.

Comorbidità in età evolutiva

Molto spesso sulle certificazioni scolastiche troviamo più di una diagnosi e, quindi, due o più codici del manuale diagnostico. Questo significa che lo studente presenta più **quadri clinici in «comorbidità»**, sui quali è importante soffermarsi singolarmente.

La comorbidità è la concomitante presenza, in uno stesso soggetto, di due o più disturbi indipendenti. Attenzione perché la comorbidità influenza il quadro clinico, la sua evoluzione, la prognosi e il trattamento. Le comorbidità, infatti, potenziano la gravità dei singoli disturbi, le amplificano letteralmente. Per questo è molto importante riconoscerle e trattarle separatamente.

Molti disturbi del neurosviluppo si presentano in comorbidità tra loro, e allo stesso tempo costituiscono un fattore di vulnerabilità per le psicopatologie.

Il disturbo che più frequentemente si presenta in comorbidità con altri è l'**ADHD** (disturbo da deficit di attenzione/iperattività). Dal momento che l'ADHD è anche, molto spesso, uno dei disturbi che crea maggiori difficoltà in ambito scolastico, vale la pena soffermarci sui quadri più comuni di comorbidità.

- *ADHD + disturbo oppositivo provocatorio (50% dei soggetti con ADHD)*: un bambino o bambina che presenta questa comorbidità necessita di essere tenuto molto sotto controllo. In questi casi, il lavoro di rete tra clinici, famiglia e scuola deve essere tempestivo. Questi sono bambini che, se non trattati adeguatamente, sono ad alto rischio di una evoluzione più grave in adolescenza.
- *ADHD + disturbo di ansia (30% dei soggetti con ADHD)*: molto spesso i soggetti con ADHD, specialmente quelli con sottotipo disattento, soffrono di ansia, anche indotta dalle loro difficoltà a portare a termine i compiti e a organizzarsi.
- *ADHD + disturbo di apprendimento scolastico (30-40% dei soggetti con ADHD)*: come già accennato, questi disturbi peggiorano pesantemente la vita a scuola dei bambini con ADHD, per i quali la scuola stessa diventa un vero «peso».
- *ADHD + disturbi dell'umore (15-20% dei soggetti con ADHD)*: di solito per capire se un bambino con ADHD soffre anche di un disturbo di umore, dobbiamo andare a

valutare la sua irritabilità, la sua tendenza ad avere degli sbalzi di umore e la sua negatività di fronte agli insuccessi scolastici, sportivi o relazionali.

- *ADHD + disturbo da tic (15-20% dei soggetti con ADHD)*: nei soggetti con ADHD si presentano in forma isolata, multipla o come Sindrome di Tourette. I soggetti con ADHD sono più predisposti a sviluppare un disturbo da tic.
- *ADHD + autismo + disabilità intellettiva (5-10% dei soggetti con ADHD)*: in questi casi il disturbo principale non è l'ADHD. Ci sono bambini con autismo o disabilità che sono anche iperattivi e disattenti in modo marcato. È importante riconoscerlo perché l'ADHD peggiora in questi casi il quadro clinico principale e va adeguatamente trattato.

Occorre tener presente che un bambino che ha un disturbo di funzionamento cerebrale e/o fisico cresce con il suo disturbo e il suo disturbo cresce con lui.

La traiettoria evolutiva, cioè come evolve il disturbo durante la crescita e come la crescita dell'individuo ne risulta condizionata, dipende da tanti fattori, tra cui la predisposizione genetica, il contesto socio-familiare, le esperienze di vita, le cure specifiche, l'inclusione scolastica, l'educazione.

La «soglia clinica», ovvero il livello di compromissione funzionale e la severità del quadro clinico, viene determinata sempre dall'ambiente.

Un soggetto con un disturbo anche severo può essere «semplice» da includere, gestire, educare e fare crescere se ogni attore (scuola, famiglia, tecnici della riabilitazione, clinici) fa la sua parte in sintonia con gli altri. Ma può accadere, come spesso purtroppo capita, che un soggetto con un disturbo medio-lieve risulti letteralmente «ingestibile», perché il contesto sociale/educativo è del tutto inadeguato. In questa guida proviamo allora insieme a impostare un metodo, un approccio al mondo degli studenti con diagnosi che possa rendere più favorevole la loro traiettoria evolutiva.

I codici dell'ICD-10

Malattie del sistema nervoso

G00-G09

Malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale:
meningiti, encefaliti, ecc.

G10-G14

Atrofie sistemiche che interessano principalmente il
sistema nervoso centrale: atassia, atrofia muscolare
spinale e sindromi correlate.

G20-G26

Disturbi extrapiramidali e del movimento

G30-G32

Altre malattie degenerative del sistema nervoso

G35-G37

Malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale:
G35 Sclerosi multipla (Encefalomielite disseminata)

G40-G47

Disturbi episodici e parossistici

G40 Epilessia

G41 Stato epilettico

G43 Emicrania

G50-G59

Disturbi dei nervi, delle radici nervose e dei plessi nervosi

G60-G64

Polineuropatie e altri disturbi del sistema nervoso periferico

G70-G73

Malattie della giunzione neuromuscolare e dei muscoli

G70 Miastenia grave e altri disturbi neuromuscolari

G71 Disturbi primitivi dei muscoli

G72 Altre miopatie

G80-G83

Paralisi cerebrale e altre sindromi paralitiche

G80 Paralisi cerebrale infantile

G81 Emiplegia

G82 Paraplegia e tetraplegia

G83 Altre sindromi paralitiche

G90-G99

Altri disturbi del sistema nervoso:

G90 Disturbi del sistema nervoso autonomo

G91 Idrocefalo

Dalla teoria...

Le disabilità motorie sono un gruppo di disturbi che descrivono studenti con una malattia a carico del sistema nervoso centrale o periferico o muscolare, ovvero con problemi grosso e fino-motori rilevanti, che hanno quindi la necessità di essere più o meno assistiti nelle loro attività della vita quotidiana.

Definizione

I disturbi motori sono caratterizzati da:

- difficoltà a muoversi adeguatamente nello spazio;
- problemi più o meno severi di deambulazione, equilibrio, coordinazione, motricità fine e autonomia personale;
- movimenti anomali, come tremori e distonie.

A volte il danno motorio colpisce anche il linguaggio, per cui il bambino ha difficoltà ad articolare le parole o a coordinare lo sguardo.

Caratteristiche

Le caratteristiche di questo tipo di disturbo sono molteplici e dipendono dalla severità della disabilità motoria stretta e dalla eventuale concomitante disabilità cognitiva.

Le disabilità motorie possono riguardare solo gli arti inferiori (con incapacità o limitazione della deambulazione autonoma) oppure sia gli arti superiori che inferiori, con totale immobilità e incapacità di camminare (come accade per gli studenti affetti da gravi

paralisi cerebrali, tetraparesi o emiparesi, miopatie severe o miasteniche).

I deficit motori possono essere temporanei o transitori e possono associarsi anche a epilessia, più o meno severa.

Come accennato, in alcuni casi la disabilità è solo di natura motoria, in altri può essere associata a disabilità cognitive e/o sensoriali.

Cause

Le cause più frequenti di disabilità motoria sono di origine prenatale, quindi congenite, e sono riconducibili a un danno a carico del sistema nervoso dovuto a cause malformative, genetiche, infiammatorie, infettive o vascolari in epoca pre-perinatale.

Il disturbo motorio colpisce tipicamente bambini nati gravemente prematuri — che hanno quindi subito dei danni cerebrali a causa della bassa età gestazionale alla nascita — oppure bambini che, dopo la nascita, hanno sofferto di idrocefalo, emorragie cerebrali, malformazioni cerebrali, encefalopatie epilettiche o tumori.

In alcuni casi, i danni motori insorgono a seguito di malattie infettive/infiammatorie acute (meningiti, encefaliti, encefalopatie vascolari), oppure di malattie neuromuscolari degenerative (distrofia muscolare di Duchenne) o di traumi cranici/spinali gravi.

... alla pratica

Un bambino con disabilità motoria va stimolato sotto tutti i punti di vista: non solo in ambito motorio, ma anche sociale, cognitivo e sensoriale.

Talvolta, può apparirci troppo fragile o debole, ma è importante non impedirgli di fare esperienze e permettergli di restare sempre con gli altri compagni.



- Eliminare le barriere architettoniche: disporre i banchi in modo pratico e usare un banco adeguato

- Nelle ore di educazione fisica preparare in anticipo esercizi motori idonei in piccoli gruppi

- In caso di gravi disabilità motorie e cognitive associate introdurre da subito percorsi di stimolazione sensoriale

Alla scuola dell'infanzia



In ingresso

Al momento dell'iscrizione alla scuola dell'infanzia, nella maggior parte dei casi il bambino avrà già ricevuto una certificazione scolastica, che consente al personale della scuola di organizzarsi sin da subito per venire incontro ai suoi bisogni assistenziali e didattici.

Innanzitutto, pianifichiamo un **incontro con entrambi i genitori**, chiedendo loro di descrivere le autonomie del bambino, quali sono le situazioni in cui mostra di sentirsi a disagio e in quali invece si sente particolarmente tranquillo.

Occorre inoltre **organizzare gli spazi**, in modo da garantire al bambino di potersi muovere in autonomia, gattonando, strisciando, camminando o spostandosi sulla sedia a rotelle senza barriere architettoniche.



Cosa fare e non

Di solito questi bambini sono «sensoriali», nel senso che amano:

- le **stimolazioni uditive**, attraverso la musica, il canto, le voci e le risate degli altri bambini;
- le **stimolazioni visive forti**: luci colorate, giochi sonori e luminosi;

- le **stimolazioni tattili**, quindi carezze e abbracci anche da parte degli altri bambini, uso di materiali didattici sensoriali (colori a dita, sabbia, acqua, pasta sale e altri tipi di materiali modellabili).

Il nostro compito principale sarà quello di **stimolare le autonomie** del bambino: partendo dall'analisi delle abilità motorie degli arti superiori, cerchiamo di capire (confrontandoci con i genitori e i terapeuti) quali movimenti riesce a fare con le mani e come stimolare la prensione e l'uso di posate, colori e pennelli, forbici, ecc. Analizziamo poi come mobilitare tutto il corpo del bambino e quali sono i movimenti che possiamo fargli riprodurre durante le ore di frequenza.

Ricordiamoci che, nei primi anni di vita, anche i bambini che non presentano deficit cognitivi associati al deficit motorio necessitano di una **semplificazione dei percorsi didattici**, perché sono già molto impegnati nel compensare le difficoltà motorie.



In uscita

Negli ultimi tre mesi di frequenza, **documentiamo tramite foto e video** (previo consenso dei genitori) tutte le attività che il bambino sa fare e tutte le autonomie raggiunte. Grazie a questa documentazione, chi lo accoglierà alla scuola primaria saprà utilizzare, sin dai primi giorni, le tecniche corrette per consentirgli di integrarsi al meglio nei nuovi ambienti e con i nuovi compagni. Se possibile, favoriamo l'inserimento del bambino in una classe dove sono presenti alcuni compagni che già lo conoscono bene, in modo da rendere più semplice e più familiare l'ambientamento nel nuovo contesto di vita.

Alla scuola primaria



In ingresso

Prima di tutto, **visioniamo tutta la documentazione** fornita dal personale della scuola dell'infanzia. Occupiamoci poi degli adeguamenti strutturali dell'aula e della scuola necessari per accogliere il bambino con disabilità motoria.

Poiché probabilmente avrà bisogno di assistenza, è importante capire quali sono i momenti in cui è indispensabile la presenza di una persona dedicata solo a lui e in quali, invece, potremo organizzarci in altro modo.

Ripensiamo e strutturiamo il **momento dell'ingresso a scuola**, verificando che sia idoneo alle difficoltà motorie del bambino.



Cosa fare e non

Se il bambino è sulla sedia rotelle, occorre scegliere l'aula più funzionale, ovvero con **minori barriere architettoniche**, vicino al bagno per disabili e all'ascensore. Serve inoltre predisporre un **banco adeguato**, individuando il posto all'interno dell'aula che consenta di muoversi il più agevolmente possibile con la sedia.

Se il bambino deambula autonomamente, ma con difficoltà, è importante assegnargli un banco comodo e sicuro per evitare che gli altri bambini possano involontariamente spingerlo a terra.

Se il bambino non presenta deficit cognitivi e linguistici, sarà in grado di frequentare le lezioni regolarmente e potrà quindi rimanere sempre in classe, nonostante le possibili difficoltà grafo-motorie e di motricità fine.

Se, invece, oltre al deficit motorio sono presenti deficit di tipo cognitivo e linguistico, il bambino necessiterà di un **insegnamento altamente individualizzato** e differenziato.

Poiché per questi bambini risulta fondamentale la stimolazione sociale, è indispensabile cercare di svolgere l'insegnamento individualizzato in classe, in modo da garantire al bambino la possibilità di frequentare il più possibile il gruppo dei coetanei, attuando anche **percorsi di tutoring** da parte dei pari.



In uscita

A questo punto, il quadro di funzionamento globale del bambino (cognitivo, comunicativo-linguistico, motorio, di interazione sociale e di autonomie personali) sarà ben definito e sarà nostro compito dividerlo con i genitori e con gli insegnanti della scuola secondaria.

Il profilo di funzionamento dovrà delineare le **abilità di apprendimento** (lettura, scrittura e calcolo), le **autonomie personali** (andare in bagno, vestirsi e svestirsi) e quelle **motorie** (deambulazione, salire e scendere le scale, motricità fine, eventuale uso di ausili di diverso tipo).

Alla scuola secondaria



In ingresso

Il primo aspetto di cui occuparsi è l'**organizzazione degli spazi**, ai fini di favorire l'accoglienza e l'integrazione nel nuovo edificio. Alla scuola secondaria aumenta l'offerta formativa e si cambia spesso aula nel corso di una stessa giornata scolastica, per cui è importante effettuare un'analisi adeguata delle **eventuali barriere architettoniche** presenti a scuola. Definiamo quindi, in base alle informazioni raccolte, quali sono le attività in cui è indispensabile che il ragazzo abbia un'assistenza individualizzata e organizziamo una sua presentazione ai compagni di classe.

Nel caso in cui lo studente necessiti di un piano didattico differenziato, prepariamo sin da subito il materiale idoneo.



Cosa fare e non

I tre anni della scuola secondaria di primo grado sono molto preziosi per accompagnare lo studente con disabilità motoria nel processo di **inclusione sociale**.

Se lo studente non ha deficit cognitivi, sarà fondamentale sostenerlo nel **percorso psicologico ed emotivo** di accettazione delle proprie difficoltà: per questo saranno molto importanti i compagni di

classe a cui verrà assegnato il ruolo di «supporter» nei momenti in cui il compagno necessiterà di assistenza. In questi casi, è altresì importante capire come aiutarlo, senza umiliarlo.

Nei casi, invece, in cui è presente anche una disabilità cognitiva, bisognerà strutturare un programma scolastico che tenga conto sia di momenti di stimolazione cognitiva (usando materiale consono all'età) sia di insegnamento pratico (laboratori creativi), ma soprattutto di inclusione sociale attiva (occorre una progettualità in cui i compagni di classe si sentano attori nel coinvolgere lo studente con disabilità).

Facciamo attenzione a **non isolare** i ragazzi con disabilità motoria e cognitiva, specialmente in questa fascia di età, ritenendo che siano «troppo» diversi dai coetanei: **i pari hanno molte più risorse** di quanto crediamo.



In uscita

Al termine dei tre anni, se la disabilità è solo motoria, aiuteremo il nostro studente a capire quali sono i suoi punti di forza dal punto di vista didattico e i suoi desideri per il futuro. Prepareremo inoltre dei **progetti «ponte»** per inserirlo nella scuola secondaria di secondo grado più idonea.

Se, invece, la disabilità è anche di tipo cognitivo, l'obiettivo è quello di inserire lo studente in una scuola secondaria di secondo grado con esperienza, che sia in grado di organizzare **laboratori creativi**, progetti di inclusione sociale e **attività nella natura**: una «scuola dell'accoglienza» dove lo studente possa essere contento e sentirsi bene.