

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E  
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale

LM-87



**TITOLO:**

Inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità in Italia.

Analisi dei servizi sociali e scolastici in un contesto locale.

*Relatrice: Prof.ssa* Maria Castiglioni

*Laureando:* DANIEL VIGATO

matricola N: 2017428

A.A. 2022/2023



Introduzione .....	3
CAPITOLO I: L'evoluzione della concezione della disabilità.....	5
<b>Introduzione</b> .....	5
1.1 L'evoluzione del concetto di inclusione e dei modelli di concezione della disabilità sul piano culturale. ....	6
1.2 Il concetto di "funzionamento" e "disabilità" nel modello ICF. ...	10
1.3 L'evoluzione sul piano del diritto internazionale: da Salamanca a Madrid.....	12
1.4 La Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità e la Strategia europea sulla disabilità (2010-2020).....	18
1.5 Il percorso italiano: dall'esclusione all'inserimento e integrazione. ....	23
1.6 Il percorso italiano: la legge 104/1992. ....	26
1.7 Il percorso italiano: il Decreto Legislativo 66/2017.....	29
1.8 Il minore disabile nei servizi.....	31
CAPITOLO II: La dimensione del fenomeno in Italia e le caratteristiche dei servizi.....	35
<b>Introduzione</b> .....	35
2.1 Gli alunni disabili a scuola.....	36
2.1.1 La distribuzione per grado di istruzione e gestione. ....	37
2.1.2 La distribuzione territoriale .....	40
2.1.4 Alunni con disabilità: serie storiche. ....	46
2.2 I servizi (o sistemi) per la popolazione scolastica disabile. ....	48
2.2.1 Il "sistema scuola". ....	50
2.2.2 I docenti di sostegno nel sistema scuola italiano.....	52

2.2.3 Il “sistema sanità” .....	57
2.2.4 Il “sistema sociale” .....	58
2.2.5 Gli assistenti ad personam nel sistema scuola italiano .....	59
2.3 Alcune criticità.....	60
CAPITOLO III: La ricerca .....	63
<b>Introduzione</b> .....	63
3.1 Il contesto di riferimento.....	64
3.2 Fonte dei dati e analisi documentale. ....	65
3.3 Le caratteristiche del campione .....	66
3.4 Analisi dei dati: confronto con il quadro nazionale .....	68
3.4.1 Le tipologie di disabilità.....	69
3.4.2 Analisi del campione di interesse per grado di istruzione e tipologie di disabilità.....	74
3.5 Le disabilità maggiormente rappresentate.....	75
3.6 Indagine sui bisogni sociali.....	77
3.7 Conclusioni.....	82
3.8 Sviluppi futuri.....	84
BIBLIOGRAFIA.....	86

## *Introduzione*

Nel corso dell'anno 2022 ho avuto il piacere di svolgere il Tirocinio di ricerca presso il Servizio di Inclusione Sociale e Scolastica (SISS) del Cadore, facente riferimento all'AULSS 1 Dolomiti e operante nell'ambito della disabilità in età evolutiva. Uno degli obiettivi dell'esperienza di tirocinio era la definizione di una ricerca finalizzata all'approfondimento di una tematica o alla risoluzione di un problema espresso dal Servizio. La necessità espressa era di natura conoscitiva e faceva riferimento alle caratteristiche anagrafiche e diagnostiche dell'utenza. A partire da questo bisogno si è proceduto a sistematizzare i dati diagnostici e anagrafici dell'utenza afferente al SISS del Cadore e a compararli con quelli disponibili per le altre sedi del Servizio. In questa prima fase l'analisi si era limitata alla frequenza di specifiche diagnosi per identificare, tra gli utenti, le disabilità maggiormente rappresentate. La disponibilità della sede Cadorina alla proposta di ricerca ha successivamente permesso il coinvolgimento della sede di Agordo e di quella di Belluno, tra loro coordinate.

Il presente lavoro vuole espandere quanto fatto durante il tirocinio con la finalità di raccogliere ulteriori dati, utili ai SISS in oggetto, alle scuole del territorio e ai soggetti operanti nell'area della disabilità per conoscere le caratteristiche anagrafiche, sociali e diagnostiche dei propri utenti. L'obiettivo è fornire una base di dati utile a future elaborazioni, confrontare le caratteristiche degli utenti dell'area di interesse con i dati nazionali e identificare, nel campione analizzato, specifici gruppi di utenti connotati da caratteristiche diagnostiche e bisogni sociali affini. L'individuazione di tali sottogruppi è funzionale alla previsione di interventi mirati che possano sostenere il personale scolastico e i nuclei familiari di questi minori.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire la tematica hanno una duplice natura. In primo luogo, derivano dalle specifiche necessità dei servizi nei quali ho svolto la ricerca di tirocinio, interessati ad approfondire la ricerca svolta per ottenere informazioni per operare al meglio. In

secondo luogo, questo lavoro si connette con la mia esperienza di insegnante di sostegno presso una scuola primaria e con la necessità di ottenere dati per operare in modo efficace nei contesti scolastici.

La tesi si compone di tre capitoli. Nel primo verrà affrontato il tema della disabilità e dell'inclusione dal punto di vista teorico e legislativo. Si vuole tracciare l'evoluzione che il concetto di disabilità ha subito nel tempo, caratterizzando gli atteggiamenti e il trattamento riservato alle persone con disabilità. Il capitolo presenterà questa evoluzione dal punto di vista internazionale per poi restringere il *focus* sul contesto italiano, con particolare attenzione al minore disabile nel percorso socioassistenziale.

Il secondo capitolo presenterà la dimensione del fenomeno della disabilità in età evolutiva in Italia, fornendone i principali dati. La presentazione dei dati nazionali è funzionale alla comparazione dei dati raccolti. Si presenterà inoltre una panoramica dei soggetti, che a diverso titolo, si interfacciano con il minore disabile e la sua famiglia sulla base della normativa presentata nel primo capitolo. Si approfondirà il ruolo del "sistema sanità", del "sistema scuola" e del "sistema sociale", la cui necessaria integrazione richiede a soggetti quali medici, assistenti sociali, psicologi, docenti, educatori, logopedisti, fisioterapisti e altri professionisti un coordinamento multidisciplinare permanente.

Il terzo capitolo presenterà la ricerca. Si confronteranno i dati raccolti sull'utenza nell'area di intervento dell'AULSS 1 Dolomiti con i dati nazionali, cercando di evidenziare similarità o differenze utili al lavoro con l'utenza. Si indagherà poi il bisogno espresso da questi utenti per identificare sottogruppi del campione locale caratterizzati da bisogni simili e sostenibili attraverso interventi mirati. Il capitolo si chiuderà presentando i limiti della ricerca e i suoi possibili sviluppi futuri.

## **CAPITOLO I: L'evoluzione della concezione della disabilità.**

### ***Introduzione***

Storicamente la disabilità e il concetto stesso di persona disabile sono cambiati più volte, determinando altrettanti approcci della società nei loro riguardi. La disabilità passa dall'essere inizialmente concepita come un difetto da emendare a essere una sfida per creare un mondo più inclusivo.

Il mutamento della concezione di disabilità è, in primo luogo, un processo culturale che impatta sulla terminologia adottata per parlare di disabilità e sul trattamento che la società riserva alle persone disabili. Ciò si riflette sul piano del Servizio Sociale, nell'ampliamento progressivo dei diritti e dei servizi dedicati a questa categoria di utenza. Un mutamento, questo, che si lega anche al lungo processo di evoluzione legislativa registrato a livello internazionale. Le numerose conferenze, le iniziative e le convenzioni europee sul tema hanno avuto riflessi diretti sul piano nazionale, favorendo non solo una maggiore conoscenza e sensibilità sul tema ma anche precise normative a tutela della disabilità.

Per tracciare il cammino percorso occorre ripercorrere le radici dei concetti di disabilità e inclusione che, quando coesistono, garantiscono a bambini e bambine con disabilità gli stessi diritti costituzionali di tutti gli altri, attraverso la promozione di una scuola inclusiva, che dota tutti i suoi studenti degli strumenti per affrontare la vita adulta, che ha come primo obiettivo la promozione sociale dei minori, fungendo da vero e proprio ascensore sociale. Inoltre, non va trascurato il fatto che l'inclusione scolastica porta benefici per i bambini non disabili, poiché li aiuta a sviluppare empatia, comprensione e rispetto verso le persone disabili, diventando cittadini più responsabili e rispettosi delle diversità.

### 1.1 L'evoluzione del concetto di inclusione e dei modelli di concezione della disabilità sul piano culturale.

In Italia il termine "inclusione" è spesso usato come sinonimo improprio della parola "integrazione". Il concetto di inclusione ammette il modello «*biopsicosociale*» (OMS, 2004, pag. 7), intendendo la disabilità come frutto di una complessa interazione di fattori personali e ambientali, allineandosi quindi alle definizioni presenti nella Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità, documento vincolante per gli Stati firmatari, sul quale mi soffermerò più avanti. Il percorso di evoluzione dei concetti della disabilità è strettamente connesso al percorso che ha portato inizialmente all'esclusione degli alunni con disabilità dalla scuola, poi alla loro integrazione, fino all'adozione dell'approccio inclusivo che si rivolge a tutti gli studenti, non unicamente a quelli disabili.

Il primo modello considerato ai fini di questa analisi è il «*modello medico*» (OMS, 2004, pag. 36). Questo modello si basa sull'*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), una classificazione della disabilità, i cui elementi fondamentali sono:

- a. Il disturbo, ossia la situazione di anomalia che connota l'individuo che si manifesta mediante segni e sintomi;
- b. La menomazione, ossia la perdita a carico di funzioni fisiche o psichiche, che si manifesta nell'esteriorizzazione del disturbo;
- c. La disabilità, intesa come una qualsiasi limitazione nella capacità di agire a seguito di una menomazione e come svantaggio personale;
- d. L'handicap, ossia lo svantaggio sociale derivante dalla menomazione o dalla disabilità.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il modello medico «vede la disabilità come un problema della persona, causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute» (OMS, 2004, pag. 36). Il nucleo problematico è rappresentato dal fatto che questi elementi sono posti in un'ottica unidirezionale che attribuisce la responsabilità dello svantaggio alla persona disabile: il disturbo, carattere intrinseco e spesso ascrivito, fa derivare la menomazione, carattere oggettivo ed esteriorizzato che sfocia nello svantaggio personale (disabilità) e sociale (handicap). La conseguenza diretta dell'unidirezionalità è un approccio emendativo verso le persone disabili, consistente nel tentativo di rimozione, annullamento o cura della menomazione. In questo modello «La gestione della disabilità mira alla [...] cura oppure all'adattamento [...] da parte dell'individuo e a un cambiamento comportamentale» (OMS, 2004, pag. 36). Tale eventualità non sempre è possibile e ammette un "residuo" ossia accetta che la parte non emendabile della popolazione disabile sia marginalizzata, nascosta, allineandosi alle tendenze di segregazione tipiche dei percorsi scolastici differenziali e delle iniziative totalizzanti precedenti alla Legge Basaglia (L180/1978).

Questa dimensione emendativa si riflette sulle specifiche modalità di intervento sociale verso questa categoria, ancorata in questa fase a un modello assistenzialistico e istituzionalizzante. In altri termini, questo modello relega la persona con disabilità a una condizione passiva: quella di malato, invalido o inabile, ricettore di cure e trasferimenti economici. La dinamica sottostante è di correzione o esclusione. Ci troviamo, in questa prima fase, lontani dal concetto attuale di inclusione e dalla sua emersione nella pratica e nel dibattito pubblico.

Successivamente, alcuni caratteri del modello medico, tra i quali la colpevolizzazione dell'individuo e la diretta connessione operata tra disabilità e *deficit*/disturbo, hanno condotto a una critica e a un mutamento di paradigma. La critica, mossa dalle associazioni per la tutela dei diritti dei disabili, in particolare dall'*Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS) porta all'abbandono del modello medico in favore del

«*modello sociale*» (OMS, 2004, pag. 36) di concezione della disabilità, secondo il quale quest'ultima è intesa come un costrutto sociale derivante dalle mancanze della società nel fornire servizi idonei a soddisfare i bisogni delle persone disabili. La prospettiva è completamente diversa, se non antitetica rispetto alla prospettiva medica, e si basa sui concetti di menomazione, intesa come la presenza di un arto o un meccanismo corporeo difettoso, e di disabilità, intesa come lo svantaggio derivante dalla scarsa organizzazione sociale, che non tiene presenti le necessità delle persone disabili, escludendole dalla partecipazione piena alla società. In altri termini, «*vede la questione principalmente come un problema creato dalla società*» (OMS, 2004, pag. 36).

La conseguenza di un modello di concezione della disabilità di questo tipo si riflette, con altrettanta novità, sugli approcci di intervento verso la popolazione disabile, spostandosi da orientamenti assistenzialistici e istituzionalizzanti verso uno schema di assistenza sociale, in un processo di rielaborazione e riflessione sulla tematica che non si esaurisce nel modello sociale, ma sfocia in un terzo modello di concezione della disabilità, definibile come un "giusto mezzo" tra modello medico e sociale: il modello biopsicosociale.

Il modello biopsicosociale è quello nel quale la parola inclusione assume pieno significato, ammettendo la globalità della persona e basando la diagnosi sull'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Lo stato di salute è inteso come globale e connesso a fattori psicosociali, ossia alla combinazione tra stato sociale, emotivo e cognitivo della persona, che amplia la sua sfera di interazioni verso professionisti e servizi, posti in una rete di supporto integrato multiprofessionale, tra l'altro in linea con la direzione impostata dalla Legge 328/2000, pietra miliare del servizio sociale e dell'approccio integrato. La necessaria presenza di vari soggetti che, a diverso titolo e con diversa specializzazione, interagiscono tra loro e con la persona con disabilità, impone la presenza di un linguaggio condiviso che possa non tanto descrivere la disabilità, quanto la salute e le condizioni a essa connesse, favorendo la reciproca comprensione e

collaborazione in un'ottica di promozione dell'*empowerment* dell'individuo. A questo proposito, va detto che all'interno del modello biopsicosociale prende forma una nuova classificazione: L'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).

La classificazione ICF è sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è stata adottata da 191 Paesi come standard internazionale per misurare e classificare la disabilità. L'Italia fa parte del gruppo di 65 Stati che hanno contribuito alla sua creazione, mossa dal processo di revisione del ICIDH, elemento fondante dell'approccio medico-emendativo. L'ICF è il frutto del tentativo di integrazione e mediazione a vari livelli tra la prospettiva medica e quella sociale di concezione della disabilità ed è utilizzabile come strumento, sia operativo che analitico, in numerose discipline e diversi settori. Gli scopi della classificazione, chiariti dalla stessa OMS (OMS, 2004, pag. 16), possono essere sintetizzati come segue:

- a. fornire una base scientifica per comprendere e studiare la salute e le sue condizioni, conseguenze e cause predominanti;
- b. stabilire un linguaggio comune per descrivere la salute e le condizioni ad essa correlate tra i diversi soggetti che si occupano di disabilità;
- c. rendere possibile un confronto tra i dati raccolti nei Paesi aderenti;
- d. fornire uno schema sistematico di codifica per sistemi informativi.

Le informazioni codificate dall'ICF restituiscono una descrizione del funzionamento umano e delle sue restrizioni, relative a diversi fattori contestuali e articolate in due parti: la prima inerente al funzionamento e alla disabilità, la seconda ai fattori di contesto. La peculiarità di questa classificazione, come si vedrà in seguito, è la possibilità di esprimere le componenti del funzionamento e della disabilità in termini negativi, ad indicare menomazioni, limitazioni nelle attività o nella partecipazione; o in termini positivi o neutri, indicando gli aspetti dello stato di salute e degli

stati ad esso correlati che non si configurano come limitazioni e sui quali, ipoteticamente, costruire interventi di ampliamento delle autonomie, funzioni o capacità. Va sottolineato che la classificazione ICF aiuta a descrivere prevalentemente i funzionamenti umani in relazione ai contesti di vita, sostenendo una narrazione positiva della disabilità intesa come interazione tra stato di salute e una serie di altri fattori.

In ottica complementare alla classificazione ICF, l'OMS adotta la classificazione denominata *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), dichiaratamente sbilanciato nella descrizione delle cause della disabilità. L'ICD è lo strumento adottato per la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati che vengono descritti in 22 capitoli, ognuno afferente a tipologie di problematiche tra loro affini e univocamente definite da un codice alfanumerico.

In questo percorso di evoluzione i modelli di concezione della disabilità hanno portato a una terminologia, a classificazioni e a modalità condivise nell'universo della disabilità, passando dall'esclusione all'integrazione, all'inclusione.

### *1.2 Il concetto di "funzionamento" e "disabilità" nel modello ICF.*

Tra i concetti più innovativi introdotti dall'ICF vi è quello di *funzionamento*, che nella prospettiva delineata dall'OMS rappresenta una rivoluzione nel modo di pensare alla disabilità.

Il funzionamento corrisponde agli aspetti generalmente considerati come positivi di una persona. Si sottolinea dunque ciò che l'individuo è in grado di fare in relazione a uno specifico contesto e, considerati i funzionamenti nel loro complesso, essi possono definirsi come le effettive realizzazioni del soggetto. Il funzionamento, così inteso, interessa non solo le persone con disabilità, ma ogni individuo. Oggi, il funzionamento in relazione al

proprio ambiente di vita è diventato l'obiettivo verso il quale tendono gli interventi di cura e inclusione, in tutti i contesti. Nella classificazione OMS, il funzionamento rappresenta un valore opposto alla disabilità e fa riferimento all'interazione tra individuo e fattori ambientali. Questa lettura comporta il fatto che *«più una persona riesce a esprimere le proprie capacità, attraverso lo svolgimento di attività e la partecipazione nelle diverse aree di vita, meno è disabile»* (Pasqualotto L., 2014, pag. 1).

In contrapposizione al concetto di funzionamento, l'ICF pone il concetto di disabilità come termine che indica i fattori legati alle menomazioni, alle limitazioni di attività e alle restrizioni nella partecipazione, in modo generalizzato. Di rilevante vi è l'ancoraggio all'ambiente, sia per quanto riguarda il concetto di funzionamento sia per il concetto di disabilità, e il trasparire dell'idea che questi concetti siano il frutto dell'interazione tra fattori ascritti e acquisiti.

Riprendendo i concetti sin qui esposti, la grande evoluzione risiede nel fatto che, a differenza del modello ICDH, nel modello ICF la disabilità viene intesa non come un fattore in sé, ma come una conseguenza, ovvero un risultato della complessa interazione tra salute, fattori personali e ambientali che connotano e definiscono le circostanze nelle quali la persona vive. Tale concetto è ripreso e chiarito dal preambolo della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, che riconosce la disabilità come *«il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»* (ONU, 2006, pag. 5).

### *1.3 L'evoluzione sul piano del diritto internazionale: da Salamanca a Madrid.*

Il percorso di evoluzione del diritto internazionale sulla disabilità si muove parallelamente al necessario mutamento culturale, che condurrà molti Stati a aderire alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Tappe fondamentali di questo percorso sono state:

- la “Dichiarazione Universale dei Diritti Umani” (1948), riconosciuta come il primo passo compiuto verso una maggiore consapevolezza dei diritti dell'uomo: un punto di svolta per le libertà fondamentali dell'individuo all'indomani della fine della Seconda guerra mondiale;
- la “Dichiarazione ONU dei diritti dei disabili mentali” (1971), con la quale i diritti delle persone con ritardo mentale sono stati equiparati a quelli di tutti gli esseri umani. Questo documento enfatizza la necessità di dotarsi di strumenti di protezione contro i rischi di sfruttamento per questi soggetti;
- la “Dichiarazione ONU dei diritti dei disabili motori e sensoriali” (1975);
- la “Dichiarazione ONU dei diritti dei disabili visivi e uditivi” (1979);
- l'“Anno internazionale dei disabili”, proclamato dalle Nazioni Unite nel 1981 culminato, il 3 dicembre, nella “Giornata internazionale delle persone con disabilità”. Anche questa una iniziativa rivolta a promuovere una migliore conoscenza sui temi della disabilità e per sostenere l'inclusione dei disabili in ogni ambito di vita;
- Il “Decennio dei disabili”, voluto sempre dalle Nazioni Unite tra il 1983 e il 1992 con l'obiettivo di dare un orizzonte decennale ai governi degli Stati membri per attuare politiche adeguate e coordinare gli sforzi per sostenere le persone con disabilità;
- l'anno 1993, nel quale l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adotta le “regole standard per l'uguaglianza di opportunità delle

persone con disabilità”. Questo documento reca le disposizioni per consentire la partecipazione egualitaria di tutti i cittadini alla vita sociale. Data la sua natura non vincolante, questo documento si è affermato sul piano della “dichiarazione di intenti” che sta agli Stati valutare se e come applicare al proprio interno dando concretezza ai principi affermati.

Momento fondamentale di questo percorso è la Dichiarazione di Salamanca (1994) adottata dall’UNESCO, agenzia specializzata dell’ONU per l’Educazione, la Scienza e la Cultura. Questo documento rappresenta uno dei primi passi istituzionali condivisi a livello internazionale per la disabilità, in particolare per la disabilità connessa alla scuola. Il documento si afferma come manifesto della scuola inclusiva. Esso, per primo, riconosce e attribuisce importanza ai bisogni educativi speciali piuttosto che alla disabilità, proponendo un cambio di prospettiva. I rappresentanti dei 92 governi e delle 25 organizzazioni internazionali che hanno prodotto la Dichiarazione, richiamano il diritto di tutti all’educazione (già sancito nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948) e *«con la speranza che lo spirito delle sue disposizioni ed esortazioni guidi i governi e le organizzazioni»* (UNESCO, 1994) proclamano che: (1) l’educazione è diritto fondamentale di ogni persona, (2) ogni persona è un individuo con caratteristiche e bisogni unici, (3) i sistemi educativi devono strutturarsi in modo da poter tener conto di questa grande diversità e (4) *«le persone con bisogni educativi speciali devono poter accedere alle scuole normali che devono integrarli»* (UNESCO, 1994). La Dichiarazione di Salamanca, inoltre, invita ed esorta tutti i governi ad *«adottare, come legge o politica, il principio dell’educazione inclusiva»* (UNESCO, 1994), inteso come un corso di azione o un processo volto a garantire il diritto all’educazione di tutti, indipendentemente dalle diversità che possono derivare tanto da una disabilità, quanto da uno svantaggio di natura economica o culturale. L’attenzione posta dalla Dichiarazione al concetto di “bisogno educativo speciale” è positiva poiché pone l’accento non su un limite o una carenza

nella persona, ma qualificandone il bisogno e affermandone la diversità. La Dichiarazione sostiene che le diversità sono un carattere di ognuno di noi e non devono più essere elevate a motivo di limitazione dei diritti. In chiusura, la Dichiarazione pone attenzione alla formazione degli insegnanti relativamente ai bisogni educativi speciali: un primo richiamo a quello che nel tempo diventerà un obbligo formativo e di aggiornamento professionale.

Altro momento determinante per tracciare il percorso di evoluzione sul piano del diritto internazionale è il 2002 quando, a Madrid, su impulso della Presidenza spagnola e della Commissione dell'Unione Europea, si tiene una conferenza europea sulle tematiche della non discriminazione e delle azioni positive in favore delle persone disabili. A chiusura della conferenza viene presentata ai partecipanti (rappresentanti dei governi nazionali, delle parti sociali, delle istituzioni europee e del mondo della disabilità) la Dichiarazione di Madrid sull'inclusione sociale delle persone con disabilità. C'è da notare che, l'anno prima, con decisione del 3 dicembre 2001, il Consiglio dell'Unione Europea aveva proclamato il 2003 come "Anno europeo delle persone con disabilità", indicando a obiettivo dell'iniziativa la sensibilizzazione sui temi dell'integrazione e della non discriminazione. La Dichiarazione di Madrid, rifacendosi a tale decisione, esprime i principi e le linee guida a cui si ispireranno le attività nell'Anno Europeo del Disabile sotto lo *slogan* "niente su di noi senza di noi". La Dichiarazione, tra i suoi principi, asserisce che «*la disabilità è una questione che riguarda i diritti umani*» (Dichiarazione di Madrid, 2002, par. 1), richiamando la Dichiarazione Universali sui Diritti Umani, il Trattato dell'Unione Europea e le diverse costituzioni nazionali. Afferma inoltre che «*le persone disabili chiedono pari opportunità e non beneficenza*» (Dichiarazione di Madrid, 2002, par. 2), auspicando che possa proseguire il processo di abbandono di approcci paternalistici in favore di approcci orientati all'*empowerment*. L'approccio paternalistico viene considerato inaccettabile dalla Dichiarazione, perché basato sulla compassione. Si constata, poi, la preoccupante situazione che vede i livelli di occupazione

delle persone con disabilità sensibilmente più bassi rispetto al dato standard, la maggiore incidenza della povertà estrema sui cittadini disabili rispetto ai non disabili.

Nel contesto italiano queste affermazioni sono vere per quanto concerne i livelli di occupazione. Infatti, *«nel 2019, considerando la popolazione tra i 15 e i 64 14 anni, risulta occupato solo il 32,2% di coloro che soffrono di limitazioni gravi contro il 59,8% delle persone senza limitazioni»* (Istat, 2021a, pag. 13). Per quanto riguarda, invece, il rischio di povertà, si evidenzia che la sua incidenza in Italia *«tra le famiglie con disabili non supera quello osservato a livello nazionale»* (Istat, 2021a, pag. 14), ciò grazie ai trasferimenti monetari e ai servizi di natura assistenziale e previdenziale.

Nella Dichiarazione di Madrid si pone come causa dell'esclusione la struttura delle nostre società, affermando che *«le barriere sociali<sup>1</sup> portano alla discriminazione e all'esclusione sociale»* (Dichiarazione di Madrid, 2002, par. 3), lasciando intravedere come, anche sul piano del diritto internazionale, si percepisca un passaggio dalla concezione medica della disabilità, alla concezione sociale e biopsicosociale, come precedentemente descritto. La volontà di un cambio di paradigma viene esplicitata nella seconda parte della Dichiarazione, che espone il pensiero dei firmatari, descritto come una *«contrapposizione tra questa nuova concezione e la vecchia concezione che si vuole sostituire»* (Dichiarazione di Madrid, 2002, pt. 2). La nuova concezione proposta vede le persone disabili non più come oggetto di compassione, ma come soggetto che vanta diritti. Non più come malati, ma come cittadini indipendenti. Non più passivi, ma decisori. Soprattutto vede le persone disabili non più inutilmente segregate in ambito educativo, ma integrate nelle strutture comuni.

---

<sup>1</sup> La Convenzione fa riferimento a quegli ostacoli immateriali derivanti da pregiudizi, rappresentazioni distorte o conoscenze parziali che generano in modo diffuso convinzioni e atteggiamenti stigmatizzanti, discriminatori e non inclusivi.

Emerge dalla Dichiarazione di Madrid la chiara volontà da parte delle persone con disabilità di produrre un mutamento sul piano degli atteggiamenti verso la disabilità. Per ottenere questo e gli altri obiettivi non citati in questa sede, la Dichiarazione suggerisce specifiche azioni, da portare avanti sul piano del diritto formale, delle attitudini e dei servizi, indicando come priorità il sostegno alla famiglia. A quest'ultima, infatti, viene riconosciuto *«un ruolo fondamentale nella educazione e nell'inserimento sociale dei disabili, ed in particolar modo nel caso dei bambini disabili [...] non in grado di rappresentare se stessi»* (Dichiarazione di Madrid, 2002, par. 4). Il Documento si spinge oltre, indicando le azioni e i precisi ambiti di intervento sui quali lavorare, auspicando:

- a. la promulgazione di misure legislative atte a promuovere l'integrazione delle persone disabili;
- b. una presa di consapevolezza delle persone disabili circa i propri diritti;
- c. l'erogazione di servizi che promuovano la vita indipendente piuttosto che la segregazione;
- d. il sostegno alle famiglie data la loro rilevanza e alle donne disabili data la loro potenziale condizione di doppia discriminazione, in quanto donne e disabili;
- e. la garanzia di accesso ai servizi sanitari, scolastici, professionali e sociali in un'ottica di rete data dalla natura del bisogno della persona disabile, che richiede *«una risposta comprensiva, che tenga in considerazione sia l'individuo sia i vari aspetti della sua vita»* (Dichiarazione di Madrid, 2002, par. 6);
- f. l'accesso delle persone disabili nel mondo del lavoro, indicato come una delle forme più importanti per combattere l'esclusione sociale;
- g. l'inclusione delle persone disabili nel processo decisionale che li riguarda, all'insegna dello slogan "niente su di noi senza di noi".

Gli atti internazionali sopra citati anche se non sono gli unici nei quali la riflessione sulla disabilità è emersa con forza, costituiscono tappe fondamentali per tracciare quel mutamento culturale che ha condotto, nel 2006, alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che resta un documento fondamentale sul tema.

#### 1.4 La Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità e la Strategia europea sulla disabilità (2010-2020).

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità viene approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale e rappresenta una pietra miliare della comunità internazionale perché per la prima volta, essa si dota di uno strumento giuridico sovranazionale e vincolante sul tema della disabilità. Si tratta anche del primo accordo sui diritti umani del ventunesimo secolo e, nonostante tratti nello specifico i diritti delle persone con disabilità, non si limita a introdurre diritti specifici o differenziati, ma piuttosto a raggiungere la parità sul piano dei diritti e delle opportunità tra persone disabili e non disabili.

Il Documento si compone di un preambolo e di 50 articoli che, sulla base del principio della lotta a ogni forma di discriminazione basata sulla disabilità, toccano fondamentali tematiche, quali: il diritto alla vita (art. 10), l'eguale riconoscimento dinanzi alla legge (art. 12), l'accesso alla giustizia (art. 13), il diritto alla libertà e sicurezza personale (art. 14), il diritto di non essere sottoposto a tortura, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti (art. 15). Sulla stessa linea si afferma il diritto di non essere sottoposto a sfruttamento (art. 16), all'integrità fisica (art. 17), alla libertà di movimento (art. 18), alla vita indipendente e all'inclusione nella società (art.19).

Rilevante ai fini di questo elaborato è l'articolo 24 con il quale gli Stati aderenti riconoscono il diritto all'istruzione delle persone con disabilità. A questo scopo si vincolano a garantire un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli, garantendo parallelamente le iniziative di *life long learning*. Il comma 2 del citato articolo definisce gli elementi che gli Stati aderenti devono assicurare nell'attuazione del diritto all'istruzione, specificando che le persone con disabilità non devono essere escluse dal sistema di scolastico generale, ma devono essere inquadrare nell'istruzione primaria e secondaria, obbligatoria e gratuita; (art. 24 c. 2 lett. c) e deve venir

fornito loro un “accomodamento ragionevole”<sup>2</sup> in funzione dei bisogni della persona e (art. 24 c. 2 lett. e) un sostegno personalizzato, necessario all’effettiva istruzione e alla piena integrazione.

La prima parte della Convenzione chiarisce che lo scopo è quello di *«proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità»* (ONU, 2006 art. 1 c.1). Nel preambolo viene condivisa una definizione di disabilità non stigmatizzante, allineata al modello biopsicosociale. Si riconosce, infatti, che *«la disabilità è un concetto in evoluzione e che [...] è il risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»* (ONU, 2006, pt. Preambolo). Questa definizione apre alla prospettiva secondo la quale è responsabilità di tutti creare le condizioni e le opportunità perché ogni individuo possa esprimere i propri funzionamenti<sup>3</sup>, abbattendo quelle barriere comportamentali, attitudinali e ambientali con le quali l’interazione può far emergere disabilità.

La Convenzione viene ratificata dall’Italia nel 2009 con la Legge 18/2009. Contestualmente alla ratifica del trattato, la suddetta legge istituisce l’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Al nuovo organo viene affidato il compito di promuovere l’attuazione della Convenzione, di predisporre programmi di azione biennali per promuovere l’inclusione e i diritti delle persone disabili, di raccogliere dati statistici sulla condizione delle persone con disabilità e di definire, in riferimento ai territori, aree prioritarie di intervento. Queste iniziative di ricerca corroborano le rilevazioni permanenti promosse dal MIUR che si occupa della raccolta e

---

<sup>2</sup> La Convenzione ONU in oggetto definisce l’accomodamento ragionevole come «le modifiche e gli adattamenti [...], per garantire alle persone con disabilità il godimento e l’esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali» (art. 2) e si riferisce in particolare alle modifiche necessarie nell’ambiente scolastico o lavorativo.

<sup>3</sup> Si veda paragrafo 1.2

diffusione dei dati riferiti al contesto scolastico. Anche l'Unione Europea ha aderito alla Convenzione (23 dicembre 2010), segnando un traguardo estremamente rilevante per i diritti delle persone con disabilità, ma non l'unico per il 2010. Un mese prima, infatti, la Commissione Europea, con la Comunicazione n. 636 della Commissione al Parlamento Europeo, presentava al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, la "*Strategia europea sulla disabilità 2010-2020: un rinnovato impegno per un'Europa senza barriere*". Si tratta di un documento che si basa dichiaratamente sulla Convenzione ONU, richiamandone anche la terminologia. Esso vuole rinforzare la posizione delle persone disabili affinché possano esercitare i loro diritti fondamentali e partecipare alla vita sociale e all'economia su base di uguaglianza con gli altri. Vengono individuati otto settori nei quali l'Unione Europea e i Paesi membri dovranno concentrare le loro azioni:

- accessibilità: le persone disabili devono avere accesso ai beni, ai servizi e all'assistenza; deve essere assicurato loro l'accesso ai trasporti, alle strutture, alla comunicazione e alla tecnologia su una base di uguaglianza con gli altri;
- partecipazione: le persone disabili devono poter esercitare i loro diritti connessi alla cittadinanza europea. In quest'ambito si prevede l'eliminazione degli ostacoli alla mobilità e la garanzia dell'assistenza residenziale;
- uguaglianza: il documento indica come necessarie delle politiche attive per promuovere l'uguaglianza dei cittadini negli Stati membri e la garanzia della piena applicazione delle norme europee in materia di lotta alla discriminazione;
- occupazione: connettendosi all'area precedente, si indicano come necessarie politiche attive e di miglioramento dell'accessibilità dei luoghi di lavoro ai fine di aumentare il numero dei lavoratori disabili;
- protezione sociale: si stabilisce che i fondi strutturali europei e le misure nazionali dei singoli Stati possono essere utilizzati per

- assicurare le persone con disabilità dal rischio di povertà e di esclusione sociale;
- salute: le persone disabili devono poter accedere, su una base di uguaglianza con gli altri, alle strutture sanitarie, compresi i centri di salute mentale;
  - azione esterna: l'Unione Europea si impegna a promuovere i diritti delle persone con disabilità attraverso sensibilizzazione, finanziamento europeo, raccolta dati statistici e monitoraggio dell'attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità;
  - istruzione e formazione: la Strategia europea vuole «*promuovere l'istruzione inclusiva e l'apprendimento permanente per gli allievi e gli studenti disabili*» (Commissione Europea, 2010, pag. 8) e specifica che «*i bambini con una grave disabilità incontrano difficoltà e talvolta subiscono una segregazione nell'accesso all'istruzione generale*», (Commissione Europea, 2010, pag. 8), evidenziando l'importanza di un'appropriata inclusione nelle scuole generali, e del beneficio di un sostegno individuale per questi studenti.

Il Documento si conclude mettendo in evidenza l'invecchiamento demografico europeo. Si tratta di un aspetto rilevante perché sempre di più la disabilità, a differenza del passato, non è unicamente un carattere ascrivito, ma acquisito con l'età, il cui avanzare rende l'espressione dei bisogni legati alla disabilità e alla non autosufficienza sempre più evidenti.

Le fonti internazionali presentate sembrano essere concordi nel considerare i diritti delle persone con disabilità come diritti umani e nell'enfatizzare l'importanza della frequenza degli alunni disabili nelle scuole generali. In riferimento a quest'ultima, va detto che la pratica dell'inserimento scolastico degli alunni con disabilità, ossia la loro frequenza nei percorsi comuni, è ormai una realtà in tutta Europa. L'Unione si è progressivamente allineata alle priorità definite nelle fonti

sovranzionali. Unica eccezione è quella della Germania, che prevede un sistema scolastico differenziato, nel quale sono previste «*scuole speciali basate sulla tipologia di disabilità: sensoriale, del linguaggio, fisico-motoria, dello sviluppo mentale o dello sviluppo emotivo*» (Kock, 2004, pag. 1387). In questo modello, al termine di ogni anno scolastico, le scuole speciali sono «*obbligate a esaminare se la frequenza sia ancora necessaria o se il minore possa frequentare la scuola ordinaria*» (Kock, 2004, pag. 1388), creando un ponte tra istruzione generale e speciale. Per quanto concerne la situazione negli altri Stati europei, l'Agencia europea per lo sviluppo dell'istruzione per studenti disabili in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione italiano (MIUR), nel 2004, aveva fotografato l'andamento dell'integrazione degli studenti disabili in Europa nelle classi comuni, documentando una situazione altamente differenziata su base nazionale che solo recentemente si è ricomposta<sup>4</sup>. Nel 2004 erano presenti in Europa tre approcci differenti alle politiche educative e alle prassi di integrazione:

- l'approccio *unidirezionale*, che riguarda «*i paesi in cui le politiche educative e le prassi di attuazione tendono ad inserire quasi tutti gli alunni nel sistema scolastico ordinario*» (MIUR, 2004, pag. 14);
- l'approccio *multidirezionale*, adottato da quei Paesi che presentano una grande varietà di approcci all'integrazione, offrendo «*una pluralità di servizi tra due sistemi scolastici (ordinario e differenziato)*» (MIUR, 2004);
- l'approccio *bidirezionale*, nel quale si possono distinguere chiaramente due sistemi educativi differenziati: quello generale e quello delle scuole speciali.

La ricomposizione degli approcci nei riguardi della disabilità in Europa, con particolare riferimento all'inclusione degli alunni disabili nei percorsi scolastici comuni, testimonia l'attenzione posta a livello sovranazionale sui

---

<sup>4</sup> Fatta eccezione per il sistema scolastico tedesco.

temi della disabilità. Il percorso di trasformazione, che si è sin qui tracciato sul piano culturale e internazionale, interessa anche l'Italia che, già nel 2009, anticipando l'adesione dell'Unione del 2010, ratificava la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

### *1.5 Il percorso italiano: dall'esclusione all'inserimento e integrazione.*

L'Italia, all'inizio del '900, non era dotata di norme specifiche per gli studenti con disabilità. Il Paese si affacciava infatti al nuovo secolo con una normativa scolastica risalente al 1859, precedente all'Unità d'Italia ed estesa, nel processo di "piemontizzazione", all'intera penisola. Tale normativa, emanata con Regio Decreto n. 3725 del 1859, e celebre come *Legge Casati*, ridisegnava l'articolazione di tutto il sistema scolastico italiano e, per prima, introduceva l'obbligo scolastico fino agli 8 anni di età. Le introduzioni normative successive alla Legge Casati non trattano dell'educazione dei bambini con disabilità. Bisognerà attendere la Riforma Gentile, ossia una serie di provvedimenti presi dal 1922 al 1923, per trovare i primi riferimenti ai minori disabili. Questa riforma, che prende il nome dal suo promotore Giovanni Gentile, Ministro dell'Istruzione in questa primissima fase del Ventennio, ridisegna completamente il progetto preunitario. Essa, nell'ambito dell'ampliamento dell'obbligo scolastico al quattordicesimo anno d'età, cita per la prima volta i minori sordi e non vedenti. Nel Capo II "*Dell'istruzione dei ciechi e sordomuti*", all'art. 5 del Regio Decreto n. 3126 del 1923, si estende infatti l'obbligo scolastico ai «*ciechi e sordomuti che non presentino altra anormalità che ne impedisca loro l'ottemperanza*». È da questo momento che anche l'istruzione dei bambini disabili inizia ad affrancarsi dall'iniziativa privata<sup>5</sup> e il modello

---

<sup>5</sup> Storicamente l'educazione dell'infanzia, soprattutto se in condizione di povertà e marginalità, è stata lasciata all'iniziativa privata che è spesso corrisposta all'iniziativa di singoli enti religiosi. Si faccia anche riferimento al fatto che l'avocazione della scuola elementare da parte dello Stato italiano avviene nel 1933 con R.D. del 1° luglio n. 786.

adottato fa segnare una fase di *riconoscimento* dell'esistenza dei minori disabili e del loro obbligo all'istruzione, ma, parallelamente, segna la netta *separazione* della popolazione scolastica generale da quella disabile. Infatti, in questo periodo iniziano a sorgere le "scuole speciali", «*frequentate perlopiù [...] da alunni in grado di rientrare quotidianamente in famiglia*» (Lascioli, 2011, pag. 367) e gli "istituti speciali", con carattere residenziale. All'interno delle scuole comuni erano previste "classi differenziali" e riservate «*solo agli alunni con problematiche reputate lievi o transitorie (per lo più riconducibili a fattori socioculturali)*» (Lascioli, 2011, pag. 367). Questa fase segregativa perdura fino agli anni '70, e produce un «*sistema di presa in carico del diritto all'istruzione anche per l'infanzia "anormale"*» (Lascioli, 2011, pag. 368) parallelo, che mostrò tutta la sua fragilità, facendo sperare in ipotesi alternative alla segregazione. Ulteriori riferimenti ai minori con disabilità risalgono al Regio Decreto n. 1297 del 1928 "Regolamento generale sui servizi dell'istruzione elementare", che all'art. 415 prescrive, nel caso di permanente indisciplina dell'allievo nella scuola generale, il suo allontanamento verso le classi differenziali. Tale inciso lascia immaginare una particolare modalità di utilizzo dei percorsi differenziali che, oltre ad accogliere minori oggettivamente disabili, accoglieva quei minori troppi indisciplinati, quindi indesiderati nei percorsi generali.

Una prima norma che si muove nella direzione opposta alla separazione è la Legge 118/1971, fondamentale perché allinea le modalità di coinvolgimento dei disabili nella scuola con gli obiettivi internazionali precedentemente richiamati. La suddetta legge, infatti, stabilisce che l'istruzione obbligatoria dei soggetti disabili deve avvenire nella scuola pubblica, all'interno delle classi comuni. L'art. 28 prevede che l'istruzione dell'obbligo avvenga nelle classi «*normali*» della scuola pubblica, salvi i casi in cui i soggetti siano affetti da «*gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali*». Questa legge segna l'inizio della fase dell'inserimento degli alunni con

disabilità in Italia, introducendo però un'ampia possibilità di deroga. La norma non prevede alcun accenno a sostegni o a forme di didattica speciale per questi minori. In questa fase, il minore disabile che fa il suo ingresso nelle classi comuni deve adeguarsi a esse.

Di grande interesse per il percorso dei minori disabili nella scuola italiana sono i risultati della Commissione Falcucci del 1975, incaricata di indagare i problemi scolastici degli *«alunni handicappati»*. Nella relazione conclusiva si ipotizza un cambio di paradigma nel sistema di istruzione, perché *«il superamento di qualsiasi forma di emarginazione degli handicappati passa attraverso un nuovo modo di concepire e di attuare la scuola»* (MIUR, 1975, pt. 1). Con questo documento si specifica che la frequenza di scuole comuni da parte di bambini disabili *«non implica il raggiungimento di mete culturali minime comuni [...], superando il concetto rigido del voto o della pagella»* (MIUR, 1975, pt. 1). La Commissione Falcucci rielabora il concetto di *apprendimento*, e lo fa in modo che possa allargare i propri confini per accogliere tutti gli studenti. Il nuovo concetto di apprendimento include non solo *«i livelli di intelligenza logica-astrattiva»* (MIUR, 1975, pt. 1), ma considera *«anche l'intelligenza sensorio-motrice e pratica e [...] i processi di socializzazione»* (MIUR, 1975, pt. 1), fondamentali per lo sviluppo della personalità. Infatti, il *«nucleo concettuale su cui si regge la "via italiana all'integrazione" consiste nell'ipotesi che tra socializzazione, riabilitazione e apprendimento esista un nesso inscindibile»* (Lascioli, 2011, pag. 368).

A questa apertura del sistema scolastico alla disabilità, sancita della Legge 118/1971 e dalle conclusioni della Commissione Falcucci, segue la Legge 517/1977, che supera l'impostazione della normativa precedente, eliminando l'ampia possibilità di deroga all'obbligo scolastico sulla base della severità o della tipologia di disabilità del minore. Queste iniziative hanno il merito di aver aperto la pubblica istruzione agli alunni disabili. Va tuttavia *«osservato che quanto stabilito dalle Leggi 118 e 517 non generò da subito l'auspicato processo di integrazione che aveva ispirato il legislatore»* (Lascioli, 2011, pag. 369). Per questo sarà necessario

attendere la Circolare n. 258 del 1985 che ha ad oggetto l'azione di sostegno a favore degli *«alunni portatori di handicap»*. La circolare specifica che la difficoltà di apprendimento connessa a una disabilità non può costituire ostacolo all'esercizio del diritto-dovere all'istruzione. Pertanto, grazie ad essa, *«si venne a modificare la filosofia dell'educazione che aveva fatto da sfondo alla fase "dell'inserimento selvaggio"»* (Lascioli, 2011, pag. 369). Ne consegue quel cambio di paradigma che era stato richiamato dalla Commissione Falcucci e che si riscontra già nelle prime righe della circolare, laddove si afferma che, dal punto di vista dell'azione educativa che la scuola deve compiere, è più rilevante l'analisi e la conoscenza delle potenzialità del soggetto disabile e dei suoi bisogni educativi piuttosto che la classificazione della tipologia dell'handicap.

L'approdo al modello dell'integrazione scolastica in Italia segue cronologicamente la fondamentale comprensione dello specifico ruolo che la scuola deve avere nei confronti degli alunni. Essa ha il compito e la responsabilità di favorire lo sviluppo e permettere la maturazione sociale, culturale e civile. Questa responsabilità non può essere diretta unicamente ad alcuni alunni, ma è da estendersi a tutti, senza distinzioni tra alunni con o senza disabilità.

### *1.6 Il percorso italiano: la legge 104/1992.*

Pietra miliare della normativa italiana sulla disabilità è la Legge 104/1992. Essa è da ritenersi fondamentale giacché tocca tutte le aree di vita della persona, compresa la scuola e l'inserimento/integrazione sociale. Fino a questo momento le introduzioni normative di interesse per i disabili erano sempre state disorganizzate, proprio perché frutto di un percorso evolutivo. La Legge 104/1992 riprende gli ambiti specifici di tutte le norme precedenti, definendo una legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione

sociale e i diritti delle persone disabili. I punti fondamentali introdotti, o riordinati, dalla legge sono:

- la possibilità per le persone disabili di fruire di agevolazioni fiscali e di servizi di assistenza domiciliare;
- la promozione dell'accessibilità e dell'abbattimento delle barriere architettoniche;
- l'obbligo per le aziende di riservare una quota di posti di lavoro alle persone disabili;
- la creazione di centri diurni e di strutture residenziali per le persone disabili;
- la promozione dell'inclusione scolastica e l'adozione di misure di sostegno per le persone disabili nell'ambito dell'istruzione.

La Legge 104/1992 rappresenta un importante strumento di tutela e di promozione dei diritti delle persone disabili e della loro integrazione nella società. Obiettivo della legge è quello di promuovere la piena integrazione delle persone disabili nella società e garantire il pieno godimento dei loro diritti. Essa mira a promuovere l'autonomia delle persone disabili, prevede misure a sostegno delle stesse e sancisce il diritto delle persone disabili all'istruzione e all'educazione, promuovendo l'inclusione scolastica e l'adozione di misure di sostegno scolastico. Prevede, inoltre, la programmazione coordinata di servizi scolastici, sanitari, socioassistenziali, culturali, ricreativi e sportivi, con l'obiettivo di creare una rete di servizi attorno alla persona che possa sostenerla nel percorso evolutivo.

Necessario per l'accesso ai servizi e ai trasferimenti previsti dalla legge è il riconoscimento della condizione di disabilità. Essa avviene mediante procedura di accertamento dell'*handicap*, prevista e definita dall'art. 4 della Legge 104/92. Si prevede che gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà e alla necessità di un intervento assistenziale vengano effettuati dalle unità sanitarie locali mediante commissioni mediche

integrate da un operatore sociale. La procedura di accertamento dell'handicap ha lo scopo di valutare la situazione della persona disabile e di individuare le misure di sostegno più adeguate a garantirne l'integrazione sociale.

Concluso il procedimento di accertamento dell'handicap, la persona disabile, in particolare il minore in situazione di disabilità, ha accesso alle provvidenze garantite dagli artt. 12 e 13 della Legge 104/92. L'articolo 12 garantisce il diritto all'educazione e all'istruzione delle persone disabili, sancendo la garanzia dell'inserimento nei nidi d'infanzia (0-3 anni) e l'inclusione nelle scuole materne e nelle classi comuni di ogni ordine e grado. Tale introduzione si allinea all'obiettivo dell'integrazione scolastica, ossia lo sviluppo delle potenzialità delle persone disabili nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione; specificando che tale diritto non può essere impedito da difficoltà di apprendimento o altre difficoltà connesse all'handicap.

L'art. 13, sempre in materia di integrazione scolastica, prevede che gli enti locali forniscano assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali e garantiscano attività di sostegno mediante l'assegnazione di personale specializzato e insegnanti di sostegno che partecipano alla programmazione educativa e didattica.

La Legge 104/1992 rappresenta un punto di svolta della legislazione italiana sulla disabilità in generale e, nello specifico, della disabilità nei contesti scolastici. Raccoglie e integra gli interventi legislativi successivi alla Legge 517/77, diventando il riferimento normativo per l'integrazione sociale e scolastica delle persone con disabilità. Si tratta anche del primo intervento legislativo di carattere organico sul tema. Esso identifica e assegna a specifici attori dei precisi compiti all'interno di un chiaro processo d'inclusione, che parte dalla certificazione della disabilità, passa per il sostegno familiare, approda all'integrazione socio-scolastica e muove verso l'integrazione socio-lavorativa per una vita indipendente. A tale fine, la legge identifica anche gli strumenti indispensabili per questo

processo, ossia il Profilo di Funzionamento (PDF) e il Progetto Educativo Individualizzato (PEI), che saranno in seguito approfonditi e che, grazie al loro ancoraggio alla prospettiva ICF, permettono a tutti i soggetti orbitanti attorno al minore, al giovane adulto disabile e all'adulto disabile, la condivisione di uno stesso linguaggio e di uno stesso obiettivo.

### *1.7 Il percorso italiano: il Decreto Legislativo 66/2017.*

Il percorso normativo italiano prosegue con il Decreto Legislativo 297/1994, il Testo Unico nel quale la parte della Legge 104/92 inerente all'istruzione viene trasferita.

Nel 2010, con la Legge 107, si inseriscono le nuove norme in materia di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)<sup>6</sup> e nel 2012, con il Decreto Ministeriale 27/12/2012, si estende il diritto alla personalizzazione dell'apprendimento anche per gli alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES)<sup>7</sup>.

L'approdo formale al modello dell'inclusione nella scuola si ha con il D.lgs. 66/2017, detto "Decreto inclusione". Esso rappresenta l'ultima tappa, in ordine di tempo, del percorso verso la realizzazione dell'inclusione scolastica. Il periodo che va dalla promulgazione della Legge 104/92 a questo decreto è ricco di importanti avvenimenti, tanto sul piano nazionale quanto su quello sovranazionale. Come si è riportato, in questo periodo registriamo la Dichiarazione di Salamanca, l'Anno europeo delle persone con disabilità, la Dichiarazione di Madrid e la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Tali documenti hanno contribuito a far maturare una sensibilità diversa attorno alla disabilità e possono essere

---

<sup>6</sup> Si tratta di disturbi del neuro-sviluppo che interessano le capacità di scrittura, lettura e di calcolo.

<sup>7</sup> Un bisogno educativo speciale può nascere da una pluralità di ragioni, può derivare da svantaggio di natura sociale o da difficoltà derivanti dalla mancata conoscenza della lingua.

correttamente considerati dei passi di un percorso culturale che conduce dall'esclusione all'inclusione.

L'art. 1 del Decreto Legislativo 66/2017 sancisce che l'inclusione scolastica si rivolge a bambini, studenti e studentesse. Essa mira a soddisfare i loro diversi bisogni educativi attraverso metodi didattici e pedagogici finalizzati allo sviluppo delle capacità di ciascuno, rispettando il diritto all'autodeterminazione e all'accomodamento ragionevole<sup>8</sup> al fine di garantire la migliore qualità della vita.

L'art. 3 definisce le prestazioni che i diversi soggetti sono tenuti a fornire. In particolare, lo Stato, tramite l'amministrazione scolastica, si occupa dell'assegnazione dei docenti di sostegno, mentre gli enti territoriali garantiscono gli interventi necessari per l'assistenza, come l'assegnazione di personale (assistenti *ad personam*), i servizi di trasporto e l'accessibilità e fruibilità fisica, sensoriale e comunicativa degli spazi e degli strumenti delle scuole statali.

L'art. 9 realizza l'inclusione scolastica mediante una nuova<sup>9</sup> *governance* articolata su diversi livelli territoriali:

- a livello regionale, il Gruppo di Lavoro Interistituzionale Regionale (GLIR) ha compiti di supporto al livello di ambito territoriale e alla formazione in servizio del personale;
- a livello di ambito territoriale, il Gruppo Inclusione Territoriale (GIT), ha il compito di formulare delle previsioni e delle proposte delle risorse di sostegno didattico alle scuole del proprio ambito di competenza;
- a livello delle singole istituzioni scolastiche, il Gruppo per il Lavoro per l'Inclusione (GLI) affianca il collegio docenti nell'attuazione del

---

<sup>8</sup> Vedere nota 2 par. 1.4

<sup>9</sup> L'art. 9 del D.lgs. 66/2017 sostituisce integralmente l'art. 15 della Legge 104/92 che definiva l'articolazione dei "Gruppi per l'inclusione scolastica".

Piano Annuale per l'Inclusione (PAI)<sup>10</sup> e dei progetti educativi dei singoli alunni.

Questi gruppi di lavoro si aggiungono al Gruppo di Lavoro Operativo (GLO), già previsto dalla Legge 104/92, che si configura come équipe multidisciplinare focalizzata sul singolo caso, quindi responsabile della personalizzazione didattica.

### *1.8 Il minore disabile nei servizi.*

Il Decreto Legislativo 66/2017, al capo III, definisce lo specifico percorso per l'accesso alle prestazioni, ossia specifica le procedure di certificazione per l'inclusione scolastica. La domanda per l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica va presentata all'INPS e corredata del certificato medico diagnostico-funzionale che contiene la diagnosi clinica a cura dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL). La certificazione di disabilità viene quindi redatta e rilasciata da una commissione medica. Successivamente all'accertamento della condizione di disabilità, un'unità di valutazione multidisciplinare formata da un medico, uno specialista in neuropsichiatria infantile, un terapeuta della riabilitazione e un assistente sociale, è chiamata a definire il Profilo di Funzionamento (PDF). Si tratta di un documento propedeutico, necessario alla predisposizione della progettazione educativa individuale per il minore. Il PDF definisce le competenze professionali e la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali utili per l'inclusione scolastica. Tale documento si compone di quattro sezioni, la prima reca i dati anagrafici del soggetto, la seconda gli elementi clinici, la terza i punti di forza del soggetto e la quarta descrive il funzionamento della persona, mettendo in luce se, e quanto, i fattori ambientali a disposizione del soggetto sono sufficienti e adatti per superare le eventuali difficoltà nelle

---

<sup>10</sup> Il Piano Annuale per l'Inclusione è un documento redatto dai singoli istituti scolastici per la progettazione dell'offerta formativa e didattica inclusiva.

attività o se, al contrario, le peggiorano. La personalizzazione nei contesti scolastici si traduce, invece, nel Progetto Educativo Individualizzato PEI: uno strumento per la didattica inclusiva che consente ai professionisti che lavorano con il minore disabile di creare un piano personalizzato di obiettivi da perseguire durante l'anno scolastico. Tali obiettivi possono essere completamente personalizzati e definiti sullo specifico minore disabile, rendendo possibile, ad esempio, lavorare parallelamente sui risultati disciplinari e sulle autonomie per una vita indipendente. Il PEI, inoltre, esplicita le modalità del sostegno didattico, i criteri di valutazione, le modalità di verifica e le strategie per creare un ambiente di apprendimento inclusivo che possono essere, appunto, personalizzate.

La rilevanza degli obiettivi definiti nel PEI è data anche dalla composizione del Gruppo di Lavoro Operativo (GLO) che è tenuto alla sua redazione. Il GLO è infatti composto dal Dirigente scolastico (o suo delegato), dai docenti del Consiglio di classe, dagli operatori dell'ASL che ha in carico l'alunno, dai suoi genitori e da altri componenti variabili in relazione alla specifica situazione. Questa équipe si riunisce almeno tre volte l'anno in occasione della stesura, dell'aggiornamento e della revisione del Piano Educativo Individualizzato. La multi-professionalità dell'équipe, (i cui componenti afferiscono alle componenti sociale, sanitaria, scolastica e familiare), rendono possibile il raccordo degli obiettivi più rilevanti tra i diversi sistemi, coordinando le modalità di raggiungimento dell'obiettivo tra i contesti domestico, scolastico, ospedaliero e assistenziale.

Il Decreto Legislativo 66/2017, quindi, traccia un percorso che vede il minore disabile accedere alle provvidenze presentate mediante i "Servizi per i minori con disabilità", che si situano generalmente all'interno dei distretti o delle Aziende sanitarie. Tali modalità dipendono dalle specifiche scelte operate a livello di amministrazione comunale che può scegliere se internalizzare o esternalizzare il servizio. Si avrà quindi come punto di partenza il Comune, in caso l'amministrazione eroghi direttamente il servizio, o l'ASL in caso di delega. Questa seconda eventualità è da preferirsi, data la necessità di elevata integrazione

sociosanitaria. All'accesso segue la presa in carico del minore e della sua famiglia, che vengono sostenuti per l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica, l'ottenimento della documentazione necessaria, la stesura e l'applicazione del PEI, che si rinnoverà di anno in anno sino al termine del ciclo scolastico.

Al fine di sostenere il soggetto nel passaggio dall'integrazione scolastica a quella lavorativa, la normativa prevede che il percorso assistenziale possa proseguire in accompagnamento alla vita adulta. Il PEI stesso presenta una sezione dedicata al "Progetto di Vita". Si tratta di una sezione che, partendo dai bisogni e dai punti di forza della persona disabile, individua le risorse esistenti e potenziali per permettere alla persona di sviluppare a pieno le proprie potenzialità, potersi sentire parte attiva nella comunità e avere la possibilità di vivere una vita indipendente. Tali iniziative sono vitali per sostenere il soggetto nel passaggio dall'integrazione scolastica a quella lavorativa.

Il minore disabile all'interno dei servizi per la disabilità è tutelato da una normativa che lo accompagna dalla sua certificazione, quindi dai primi anni di vita, al suo inserimento lavorativo, ossia all'età adulta, sostenendolo attraverso una rete di soggetti e servizi afferenti alle aree di vita più rilevanti della persona: la famiglia, la scuola, il lavoro, l'assistenza sociosanitaria. Questa grande attenzione riservata alla disabilità, garantita da strumenti reali e operativi per l'inclusione (l'insegnante di sostegno, l'assistente *ad personam*, i trasporti, il PEI e le altre provvidenze garantite dalla normativa), è legittimata non solo dalla messa a fuoco del tema grazie ai vari consessi internazionali dedicati, ma soprattutto dall'estensione del fenomeno che, come si vedrà nelle pagine seguenti, assume oggi dimensioni non trascurabili.



## **CAPITOLO II: La dimensione del fenomeno in Italia e le caratteristiche dei servizi**

### ***Introduzione***

L'approfondimento del fenomeno della disabilità nella scuola ha una duplice finalità: in primo luogo permettere di meglio contestualizzare quanto sin ora trattato per comprendere come la normativa si traduca nella realtà; in secondo luogo, la popolazione scolastica disabile in Italia rappresenta il riferimento al quale rapportare le caratteristiche della popolazione disabile nei contesti territoriali di interesse, permettendo di definire analogie e differenze e ricavare informazioni per contribuire alla parte di ricerca di questo elaborato, nel terzo capitolo.

Il presente capitolo presenta i numeri del fenomeno, indagando quanti soggetti disabili sono inseriti nella scuola italiana, come si distribuiscono in relazione ai gradi di istruzione e da quali tipologie di disabilità sono interessati. Per comprendere come la normativa si cali nella realtà operativa e quale sia il percorso socioassistenziale del minore, verranno successivamente presentati i tre "sistemi" di soggetti e servizi che maggiormente interessano il minore disabile nel suo percorso evolutivo: il "sistema scuola", con un *focus* particolare sugli insegnanti di sostegno; il "sistema sanità" e il "sistema sociale", con un *focus* particolare sugli assistenti *ad personam*.

## 2.1 Gli alunni disabili a scuola

I dati sugli alunni con disabilità vengono annualmente pubblicati dall'ISTAT e dal MIUR.

Vengono considerati disabili quegli alunni che, sulla base dei documenti diagnostici-funzionali redatti dalle ASL, hanno la necessità di supporto da parte di un insegnante di sostegno. Sono quindi esclusi dall'analisi gli alunni che, pur avendo una limitazione, una menomazione o un problema di salute, non hanno la necessità di un sostegno. Si tratta, in altre parole, di minori dotati di certificazione di disabilità in base alla Legge 104/92, ai sensi dell'art. 3, comma 1, o dell'art. 3, comma 3.

Tabella 1: Alunni con disabilità e totale alunni per ordine di scuola. a.s. 2019-2020 2020-2021

Ordine di scuola	Totale alunni	Alunni con disabilità	Incidenza
a.s. 2019-2020			
Infanzia	1415006	36323	2,6%
Primaria	2657284	110110	4,1%
Sec. I grado	1726984	74896	4,3%
Sec. II grado	2684841	77728	2,9%
<b>Totale</b>	<b>8484115</b>	<b>299057</b>	<b>3,5%</b>
a.s. 2020-2021			
Infanzia	1338067	32314	2,4%
Primaria	2588383	113545	4,4%
Sec. I grado	1706482	76226	4,5%
Sec. II grado	2730359	81931	3,0%
<b>Totale</b>	<b>8363291</b>	<b>304016</b>	<b>3,6%</b>

Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

Il Rapporto ISTAT sull'inclusione scolastica degli alunni con disabilità (Istat, 2021b) stima, per l'anno scolastico 2020-2021, la presenza di oltre trecentomila alunni con certificazione di disabilità nella scuola italiana. Il loro numero è in costante crescita. Rispetto all'anno scolastico precedente registra un aumento del 2%. I dati forniti dal MIUR (tab. 1), coerentemente con quelli ISTAT, nel rapporto sugli alunni disabili nella scuola italiana (MIUR, 2022), attestano, relativamente agli anni scolastici 2019-2020 e 2020-2021, il numero degli alunni disabili, che sono rispettivamente 299.057 e 304.016, ovvero il 3.5% e il 3.6% della popolazione scolastica generale.

#### *2.1.1 La distribuzione per grado di istruzione e gestione.*

Il numero totale degli alunni nell'anno scolastico 2020-2021 è di 8.363.291 unità e l'incidenza della popolazione disabile si attesta al 3.6%, segnando il +0.1% rispetto all'anno scolastico precedente.

Nello stesso anno scolastico, in riferimento alla distribuzione della popolazione di studenti disabili nei diversi gradi di istruzione (tab. 1), si segnalano:

- 32.314 studenti disabili nella scuola dell'infanzia, corrispondenti al 2.4% degli iscritti, -0,2 punti percentuali rispetto all'anno scolastico precedente;
- 113.548 alla scuola primaria, corrispondenti al 4,4% degli iscritti, +0,3 punti percentuali rispetto all'anno scolastico precedente;
- 76.226 alla scuola secondaria di primo grado, corrispondenti al 4,5% degli iscritti, +0,2 punti percentuali rispetto all'anno scolastico precedente;

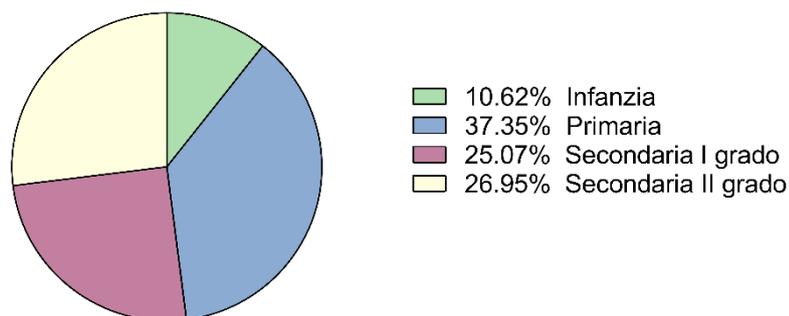
- 81.931 alla scuola secondaria di secondo grado, corrispondenti al 3,0% degli iscritti, +0,1 punti percentuali rispetto all'anno scolastico precedente.

Un dato che può aiutare a descrivere il fenomeno in atto è l'analisi dell'aumento percentuale degli alunni con disabilità nei diversi gradi di istruzione. I dati presentati mostrano che l'incidenza degli alunni con disabilità sul totale degli alunni per grado scolastico è in aumento percentuale generalizzato, ossia si assiste a un aumento del numero di disabili in ogni grado di istruzione. Tali movimenti suggeriscono la *«maggiore attenzione nel diagnosticare e certificare la condizione di disabilità tra i giovani, l'aumento della domanda di assistenza da parte delle famiglie e la crescente sensibilità del sistema di istruzione ordinaria verso il tema dell'inclusione scolastica»* (Istat, 2021b, pag. 2).

Da una prospettiva di servizio sociale e di analisi della domanda di servizi, questo dato è leggibile come un generalizzato e costante (come si vedrà nelle serie storiche) aumento nella domanda di servizi, in particolare servizi sociali e scolastici, relativi al mondo della disabilità.

Nell'anno scolastico 2020-2021, dei 304.016 studenti, il 10,62% della popolazione scolastica con disabilità era iscritto presso una scuola dell'infanzia, il 37,35% presso una scuola primaria, il 25,07% presso la cosiddetta "scuola media" e il 26,95% presso un istituto di istruzione secondaria (fig. 1). La distribuzione dell'anno scolastico precedente è sovrapponibile.

Figura 1. Alunni disabili per grado scolastico (A.S. 2020-2021)



N = 304.016

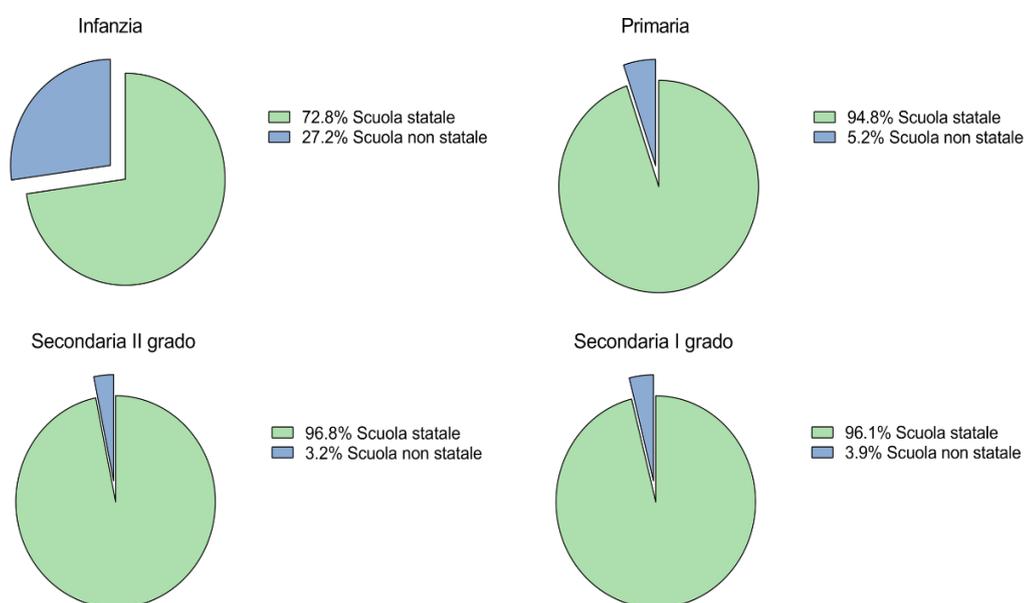
Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

Analizzando il totale degli studenti con disabilità, rileviamo che il 93% è iscritto presso una scuola statale e il 5,4% presso una scuola non statale paritaria. Sono oltre 5 mila, pari all'1,6%, gli studenti disabili che nell'anno scolastico 2020-2021 sono iscritti presso una scuola non statale e non paritaria.

Differenziando gli alunni disabili per gestione, statale o non statale, e per ordine di scuola, emergono distribuzioni simili tra scuola primaria, secondaria di primo e secondaria di secondo grado. Emerge che gli alunni disabili sono iscritti presso scuole a gestione statale, rispettivamente per il 94,8%, 96,1% e 96,8%. Differente è la situazione nelle scuole dell'infanzia, nelle quali il 72,8% degli studenti disabili frequenta scuole a gestione statale, e una quota consistente pari al 27,2% è iscritto presso una scuola non statale (fig. 2).

La differenza tra scuola dell'infanzia e gli altri ordini scolastici è dovuta alla presenza di un maggior numero di scuole dell'infanzia non statali rispetto agli altri gradi.

Figura 2. Alunni con disabilità per ordine di scuola e gestione – A.S. 2020-2021



Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

### 2.1.2 La distribuzione territoriale

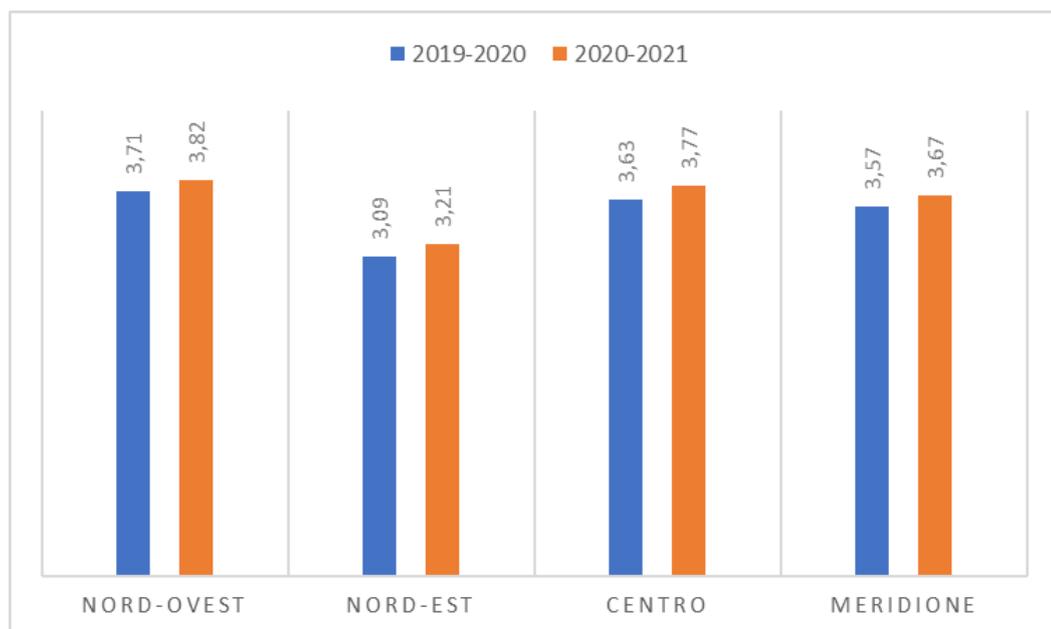
Si riporta in figura 3, con riferimento agli anni scolastici 2019-2020 e 2020/2021, la distribuzione degli alunni con disabilità sul territorio nazionale per macroaree territoriali. In riferimento all'anno scolastico 2020-2021 e si rileva che:

- le regioni del Nord-Ovest presentano, in media, una percentuale di alunni con disabilità sul totale dei frequentanti del 3,82%, con 81.977 alunni con disabilità su circa 2.145.000 alunni complessivi;
- le regioni del Nord Est presentano una percentuale del 3,21%, con 51.365 alunni con disabilità su circa 1.601.000 alunni complessivi;
- nel Centro Italia tale percentuale si attesta sul 3,77% con 61.201 alunni con disabilità su un totale di 1.624.329 alunni complessivi;

- per le regioni dell'Italia Meridionale si ha, con 109.883 alunni con disabilità su circa 2.992.000 alunni complessivi, una percentuale pari al 3,67%.

Osservando la distribuzione regionale, la percentuale di alunni con disabilità sul totale degli alunni oscilla da un minimo del 2,64% in Basilicata a un massimo del 4,12% per la Sicilia. Un'analoga distribuzione territoriale si registra anche nell'anno scolastico 2019/2020.

Figura 3: Alunni con disabilità in percentuale del totale degli alunni per macroarea territoriale – aa.ss. 2019-2020 – 2020-2021



Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

### 2.1.3 Le tipologie di disabilità.

Riferendo l'analisi all'anno scolastico 2020-2021, per il quale i dati sono ormai completamente disponibili a eccezione della provincia autonoma di Bolzano, emerge che la quasi totalità della popolazione studentesca disabile, ossia il 96,8%, è interessata da una disabilità di tipo psicofisico. Le rilevazioni periodiche promosse dal MIUR distinguono le tipologie di disabilità nel seguente modo:

- disabilità visiva;
- disabilità uditiva;
- disabilità psicofisica, specificandone tre modalità: intellettiva, motoria o "altro".

La tipologia "altro" all'interno della macrocategoria della disabilità psicofisica è di grande rilevanza poiché include generiche problematiche psichiatriche a precoce emersione, ma anche disturbi specifici dell'apprendimento in comorbilità con altre problematiche e la sindrome da deficit di attenzione e iperattività: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) di particolare rilevanza nei contesti scolastici.

Si osserva che, per l'anno scolastico in analisi, le disabilità di tipo visivo, uditivo e motorio<sup>11</sup> rappresentano una componente residuale se comparate con l'incidenza della disabilità intellettiva e la modalità "altro". In altre parole, la popolazione studentesca italiana con disabilità si caratterizza per alte quote di disabilità intellettiva, disturbi evolutivi, disturbi specifici dell'apprendimento in comorbilità con altre patologie e ADHD.

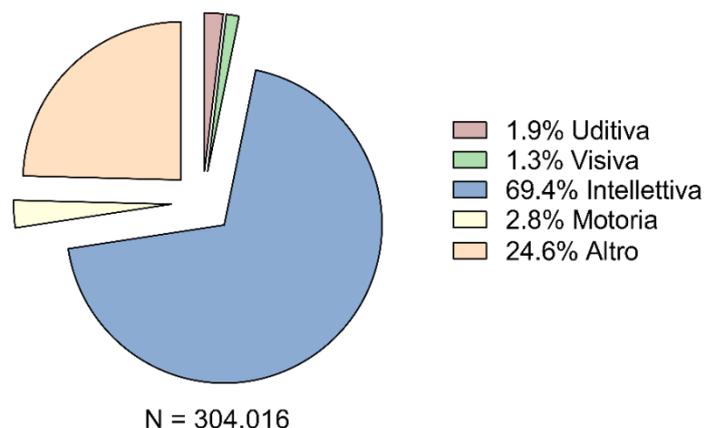
Entrando nello specifico della pubblicazione promossa dall'ufficio di statistica del MIUR ("I principali dati relativi agli alunni con disabilità"), si trova (fig. 4) una precisa distribuzione delle tipologie di disabilità per l'anno scolastico 2020-2021. Considerando il totale degli alunni con disabilità,

---

<sup>11</sup> Inclusa nella categoria della disabilità psicofisica.

l'1,3% presenta una disabilità visiva, l'1,9% una disabilità uditiva e, come precedentemente riportato, il 96,8%, una disabilità psicofisica. Questa risulta così composta: il 69,5% presenta una disabilità intellettiva, il 2,8% motoria e il 24,6% rientra nella modalità "altro".

Figura 4. Alunni disabili per tipologia di disabilità (A.S. 2020-2021)



Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

In relazione alle modalità "disabilità visiva", "uditiva" e "motoria", che si pongono come residuali, si evidenziano sensibili differenze tra i diversi gradi scolastici (tab.2). A discostarsi sensibilmente dalla media è la scuola secondaria di secondo grado, che presenta l'1,9% di studenti con disabilità visiva (+0,6% rispetto alla media), il 2,3% di studenti con disabilità uditiva (+0,4% rispetto alla media) e il 3,4% studenti con disabilità motoria (+0,6% rispetto alla media). In altre parole, i bisogni connessi alle condizioni di disabilità uditiva e visiva e motoria sono espressi maggiormente verso la fine del ciclo scolastico.

In relazione alla modalità "disabilità motoria", si evidenzia la sua particolare incidenza anche nella scuola dell'infanzia (3,8% contro una media del 2,8%).

Per quanto concerne la modalità "altro" si evidenzia la sua maggiore incidenza nella scuola dell'infanzia, nella quale sono evidentemente presenti maggiori certificazioni di ADHD, disturbi specifici

dell'apprendimento in comorbilità e, chiaramente, quei disturbi psichiatrici a esordio precoce che, appunto per la loro precocità, sono certificati in fase di accesso del ciclo scolastico.

È però la modalità “disabilità intellettiva” a presentare particolare interesse, sia per la sua prevalenza, superiore al 60% in tutti i gradi di istruzione, sia per gli specifici bisogni sociali, scolastici e sanitari a essa connessi. Tra questi, si evidenzia la situazione osservabile nella scuola secondaria di primo grado, che presenta la più alta percentuale di studenti con disabilità intellettiva in confronto agli altri gradi scolastici: il 72,4%, ovvero un dato sensibilmente superiore alla media che si attesta sul

Tabella 2: Alunni con disabilità per tipologia di disabilità e ordine di scuola. a.s. 2019-2020 e 2020-2021

Ordine di scuola	visiva	uditiva	psicofisica	di cui		
				intellettiva	motoria	altro*
a.s. 2019-2020						
Infanzia	1,1	2,2	96,7	60,1	4,2	32,4
Primaria	1,1	1,7	97,2	69,8	2,5	24,9
Sec. I grado	1,1	1,8	97,1	73	2,2	21,9
Sec. II grado	1,9	2,4	95,7	67,9	3,7	24,1
<b>TOTALE</b>	<b>1,3</b>	<b>2,0</b>	<b>96,7</b>	<b>69,0</b>	<b>2,9</b>	<b>24,8</b>
a.s. 2020-2021						
Infanzia	1,1	2,1	96,8	59,9	3,8	33,1
Primaria	1,0	1,7	97,3	70,7	2,3	24,3
Sec. I grado	1,1	1,6	97,2	72,4	2,2	22,6
Sec. II grado	1,9	2,3	95,8	68,8	3,4	23,6
<b>TOTALE</b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	<b>96,8</b>	<b>69,5</b>	<b>2,8</b>	<b>24,8</b>

\* sono inclusi problemi psichiatrici precoci, disturbi specifici di apprendimento certificati in comorbilità con altri disturbi e sindrome da deficit di attenzione e ipertattività ADHD

Note: I dati per la provincia autonoma di Bolzano non sono inclusi.

Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

69,5%.

La tabella 2 riporta il dettaglio degli alunni con disabilità per ordine di scuola e tipologia di disabilità, offrendo una comparazione tra due anni scolastici, 2019-2020 e 2020-2021, che evidenzia una distribuzione simile tra le due annualità.

Riproponendo la differenza tra scuola statale e non statale, si evince che nella scuola statale l'incidenza degli alunni con disabilità intellettiva è sensibilmente superiore rispetto a quella della scuola non statale. Infatti, nella scuola statale, il 70,4% degli alunni con disabilità è interessato da disabilità psicofisica di tipo intellettivo. Nella scuola non statale l'incidenza di questa tipologia scende al 54,3%. Quanto alla modalità "altro", si registra una percentuale del 36,6% nel complesso delle scuole non statali contro il 23,8% delle scuole statali. Tali dati attestano che, entrando in una qualsiasi scuola statale, potremmo aspettarci di conoscere 7 bambini con disabilità intellettiva ogni 10 bambini disabili. Nella scuola non statale la situazione cambia sensibilmente. Infatti, di quei 10 bambini, solo 5 saranno interessati da disabilità intellettiva, gli altri 5 da altre tipologie di disabilità. Si segnala che la distribuzione delle tipologie di disabilità tra scuola non statale e scuola paritaria sono sovrapponibili nell'anno scolastico 2020-2021. La differenza sostanziale si rileva tra scuola statale e non statale.

#### 2.1.4 Alunni con disabilità: serie storiche.

L'ISTAT produce rilevazioni annuali per monitorare le caratteristiche della popolazione scolastica con disabilità e riporta, per ogni anno, il numero di studenti con disabilità nella scuola italiana. Come si anticipava, la percentuale degli alunni con disabilità sul totale degli alunni della scuola italiana è in crescita costante.

Tabella 3: Alunni con disabilità per ordine scolastico. 2007 – 2021 (Valori assoluti).

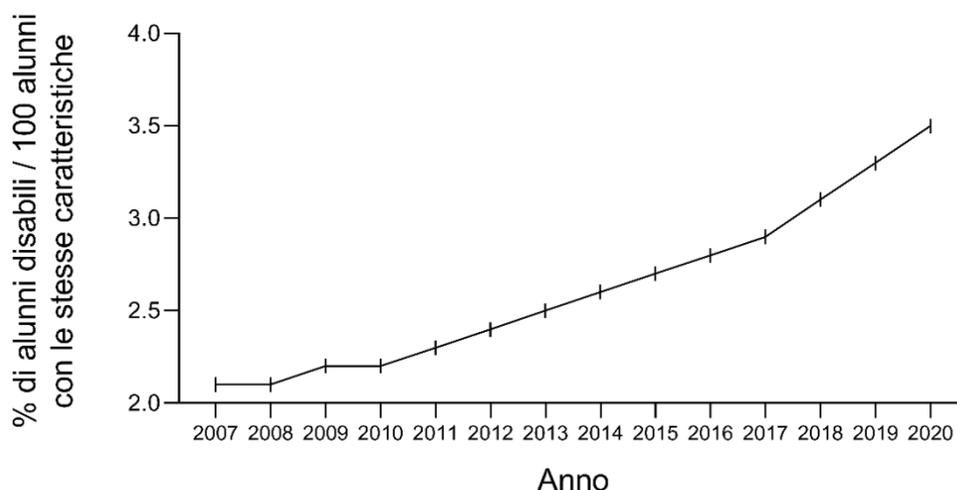
	Ordine scolastico				TOTALE
	Infanzia	Primaria	Sec. I grado	Sec. II grado	
2007	18656	71381	56747	40783	187567
2008	18934	70825	56023	42931	188713
2009	19313	71620	56969	45095	192997
2010	20151	73964	59345	47002	200462
2011	20793	77924	61123	48649	208489
2012	20821	81147	63556	50489	216013
2013	21283	83892	65084	52658	222917
2014	21266	84930	65563	55259	227018
2015	22319	86266	66271	58621	233477
2016	24452	87663	67394	61765	241274
2017	28138	90290	69080	65913	253421
2018	31465	94540	70720	69850	266575
2019	34495	101480	72183	73407	281565
2020	36008	109245	74759	77338	297350
2021	32314	113545	76226	81931	304016

Fonte: Per il periodo 2007-2020: Istat. *Disabilità in cifre*. Per l'anno 2021: MIUR. (2022). *I principali dati relativi agli alunni con disabilità*.

La tabella 3 proposta mostra l'andamento storico in valori assoluti degli alunni con disabilità nella scuola a partire dal 2007 fino al 2020.

Assistiamo storicamente (fig. 5) all'incremento costante nel valore assoluto degli alunni certificati dalla Legge 104/92, che dalle 187.567 unità del 2007 passa alle 297.350 unità del 2020 e alle 304.016 unità del 2021. Tale aumento non dipende dall'aumento della popolazione scolastica generale, ma dall'aumento delle certificazioni di disabilità. A testimonianza di ciò si riporta l'incidenza degli studenti con disabilità sulla popolazione scolastica generale dove si rileva che, nello stesso periodo (2007- 2020), l'incidenza passa dal 2,1% al 3,5%, registrando continui incrementi

Figura 5. Incidenza degli alunni disabili sulla popolazione scolastica generale

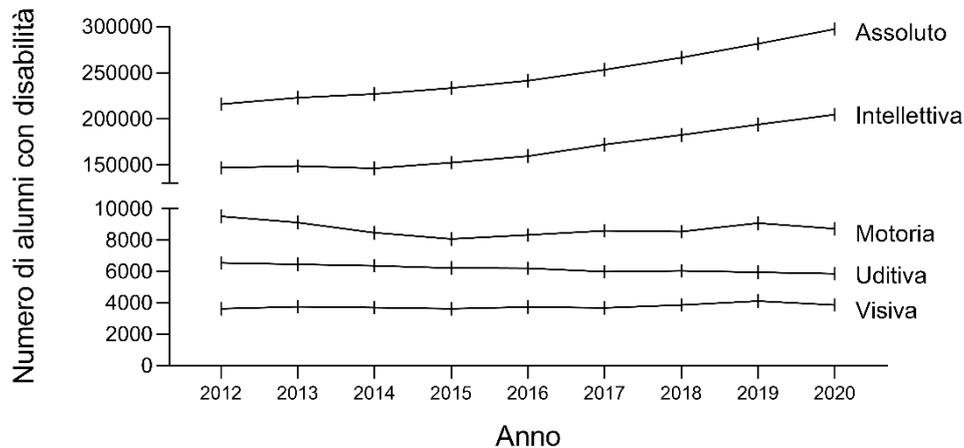


Fonte: Istat. *Disabilità in cifre.*

annuali.

Un carattere peculiare dell'andamento delle serie storiche proposte risiede nel fatto che l'incremento del numero di certificazioni di disabilità dipende strettamente da specifiche certificazioni, ossia da quelle legate alla disabilità psicofisica di tipo intellettivo. Il grafico proposto (fig. 6) mostra l'andamento del numero assoluto degli alunni disabili dal 2012 al 2020. Nella parte bassa troviamo l'andamento storico delle disabilità di tipo visivo, uditivo e motorio.

Figura 6. Andamento delle categorie di disabilità negli anni 2012-2020



Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

## 2.2 I servizi (o sistemi) per la popolazione scolastica disabile.

Definite le dimensioni del fenomeno degli alunni disabili nella scuola italiana, è necessario comprendere come la normativa presentata trovi applicazione nella realtà operativa, ossia nei tre “sistemi” di soggetti e servizi che maggiormente interessano il minore disabile nel suo percorso evolutivo: il “sistema scuola”, il “sistema sanità” e il “sistema sociale”.

I servizi che ruotano attorno alla disabilità sono molteplici e le loro risposte sono differenziate sulla base della singola situazione di disabilità, in un’ottica di personalizzazione e presa in carico dell’intero nucleo familiare. Questi, possono includere:

- servizi educativi: programmi di insegnamento personalizzati, aiuti per la mobilità, assistenza per la comunicazione, supporto per le attività quotidiane;
- servizi sanitari: valutazioni mediche e psichiatriche, terapie fisiche e occupazionali, supporto psicologico;

- servizi sociali: assistenza per l'alloggio, il trasporto, l'integrazione sociale, supporto per le attività quotidiane;
- servizi per la famiglia: supporto finanziario, consulenza e formazione per i genitori e altri familiari, così come supporto per la cura di fratelli e sorelle;
- servizi di assistenza tecnologica: dispositivi di ausilio per la comunicazione, il movimento e la mobilità;
- servizi di supporto legale: assistenza per la comprensione delle leggi e normative relative alla disabilità, supporto per la risoluzione di problemi legati alla disabilità;
- servizi di supporto all'occupazione: formazione professionale, tirocini, supporto per l'inserimento lavorativo;
- servizi di supporto all'integrazione sociale: attività ricreative, programmi di volontariato, programmi di sviluppo di competenze sociali.

Nel contesto italiano si possono distinguere tre grandi sistemi che, indipendentemente dalla tipologia di disabilità e dalla situazione familiare, si pongono per legge in interazione tra loro al fine di produrre e sostenere le iniziative di inclusione sociale, scolastica e lavorativa.

Un primo sistema è quello scolastico. Il “sistema scuola”, comprende gli insegnanti, curricolari e di sostegno, e l’insieme dei soggetti presenti nella scuola italiana.

Un secondo sistema è il “sistema sanità”, rappresentato dalla componente sanitaria, ossia l’insieme dei professionisti, quali i neuropsichiatri infantili, i servizi di assistenza sanitaria e i servizi riabilitativi con i quali la persona disabile viene in contatto.

Un terzo sistema è il “sistema sociale”, rappresentato dalla componente sociale. Esso consta di professionisti quali: assistenti sociali, educatori professionali e assistenti ad personam, inquadrati differentemente da regione a regione. Tali servizi, che sono di competenza dell’ente locale,

possono infatti essere erogati dai comuni o delegati alle aziende sanitarie o anche esternalizzati.

Questi sistemi operano indipendentemente l'uno dall'altro, raccordandosi nel GLO, equipe multiprofessionale chiamata alla redazione del PEI per ogni alunno disabile.

### *2.2.1 Il "sistema scuola".*

La scuola è il luogo nel quale il minore disabile trascorre una parte significativa del proprio tempo e dove ha l'opportunità di interagire con i pari e con l'insieme dei professionisti operanti nelle istituzioni scolastiche. Di particolare rilevanza è la figura del docente di sostegno. Essa costituisce il cardine delle azioni di promozione dell'integrazione sociale e scolastica, grazie alla sua presenza quotidiana nelle classi in cui sono presenti studenti con disabilità e alla sua vicinanza al minore disabile.

Il docente di sostegno è un insegnante specializzato che, oltre all'abilitazione per poter esercitare il ruolo di docente, possiede una formazione specifica per poter contribuire utilmente all'inclusione scolastica. Si avranno quindi docenti di scuola primaria, formati come tali e quindi in possesso di laurea a ciclo unico in scienze della formazione primaria e specializzati sul sostegno didattico, e docenti di scuola secondaria, abilitati all'insegnamento nella loro materia grazie alla laurea magistrale e al completamento dei necessari crediti per le diverse classi di concorso, anch'essi dotati di specializzazione sul sostegno didattico.

Quella del docente di sostegno non è una risorsa destinata al singolo studente disabile, ma è un professionista assegnato alla classe (o alle classi) in cui è presente un soggetto disabile, al fine di rispondere alle maggiori necessità educative che si potrebbero configurare. Le modalità di impiego di questa risorsa professionale sono stabilite da due direttrici: in primo luogo derivano dal ruolo e dalla funzione del docente che assume la

contitolarità della classe, avendo verso di essa piena responsabilità educativa, assieme agli altri insegnanti. In secondo luogo, trattandosi di disabilità, si rende necessaria la massima personalizzazione dell'intervento di sostegno sulla base delle esigenze del singolo caso: la specifica persona con disabilità, inserita nella specifica scuola e nello specifico gruppo classe. A tale scopo le modalità di impiego dell'insegnante di sostegno vengono definite e condivise tra tutti i soggetti coinvolti: la scuola, i servizi sociali, i servizi sanitari e la famiglia, riuniti in un gruppo di lavoro multiprofessionale (GLO). Le modalità di impiego sono quindi formalizzate e condivise nel PEI.

La personalizzazione si rende necessaria perché spesso i percorsi dell'alunno non interessano solo la sfera dell'apprendimento scolastico, ma anche la sfera della socialità e delle autonomie personali.

Nel sistema scuola il docente di sostegno e i docenti curricolari sono parte di un più grande ingranaggio che include altri soggetti che, in base alla specifica situazione, possono intervenire in supporto alle iniziative di inclusione. Sono un esempio in tal senso le iniziative per l'inclusione socio- scolastica, che non di rado prevedono ruoli e funzioni specifiche per il gruppo classe e per il personale ATA che quotidianamente interagisce con lo studente disabile.

Altro ruolo fondamentale è quello svolto del dirigente scolastico che è la figura responsabile dell'organizzazione degli interventi e delle modalità dell'inclusione scolastica. E' compito del dirigente scolastico vigilare sull'attuazione di quanto definito nel PEI dal gruppo di lavoro multiprofessionale.

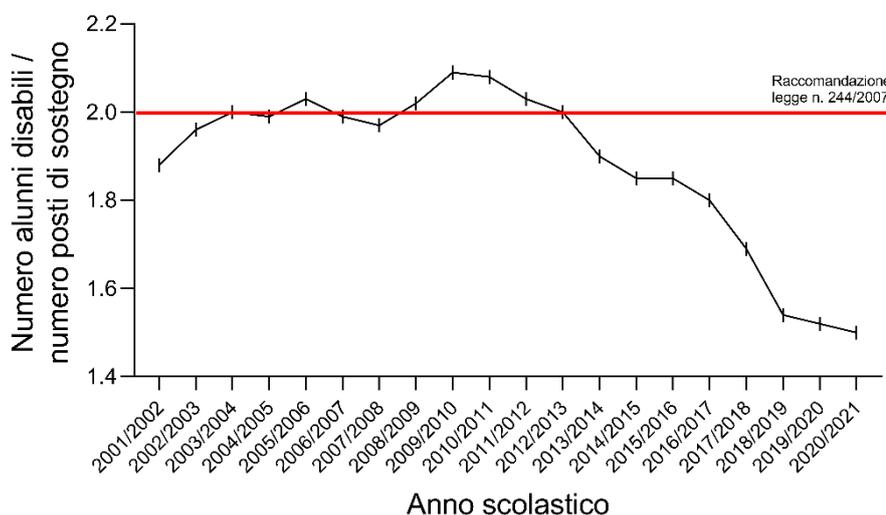
Con la locuzione "organizzazione dell'inclusione scolastica" ci si riferisce alle prerogative del dirigente: l'assegnazione degli alunni con disabilità nelle classi secondo i criteri definiti dalla legge, la pianificazione degli incontri di progettazione, l'assunzione del personale per l'inclusione e il mantenimento dei necessari rapporti tra i sistemi interessati.

Come precedentemente evidenziato, un ruolo non marginale è assegnato ai collaboratori scolastici, ai quali è affidata l'assistenza di base, ossia il supporto materiale in accesso, in uscita e all'interno delle strutture scolastiche. Il coinvolgimento del collaboratore scolastico può anche essere ampliato sulla base delle necessità del singolo caso, in accordo e in sede di GLO. In altri termini, se coinvolto correttamente, il collaboratore scolastico partecipa a pieno titolo al progetto educativo ed è una risorsa fondamentale per favorire l'inclusione scolastica.

### 2.2.2 I docenti di sostegno nel sistema scuola italiano.

L'assegnazione del docente di sostegno rappresenta uno dei diritti garantiti dalla normativa vigente. Si tratta di un insegnante specializzato che viene assegnato alla classe dell'alunno con disabilità per favorirne il processo di integrazione. La figura 7 riporta una serie storica che prende in considerazione il numero di alunni con disabilità rispetto alle cattedre di sostegno disponibili nella scuola statale. A partire dall'anno scolastico 2009-2010, si evidenzia una dinamica di decrescita, che porta il valore di 2,09 alunni con disabilità per ogni cattedra di sostegno nel 2009-2010 a 1,5 alunni disabili per cattedra di sostegno nel 2020-2021.

Figura 7. Serie storica degli alunni con disabilità sui posti di sostegno

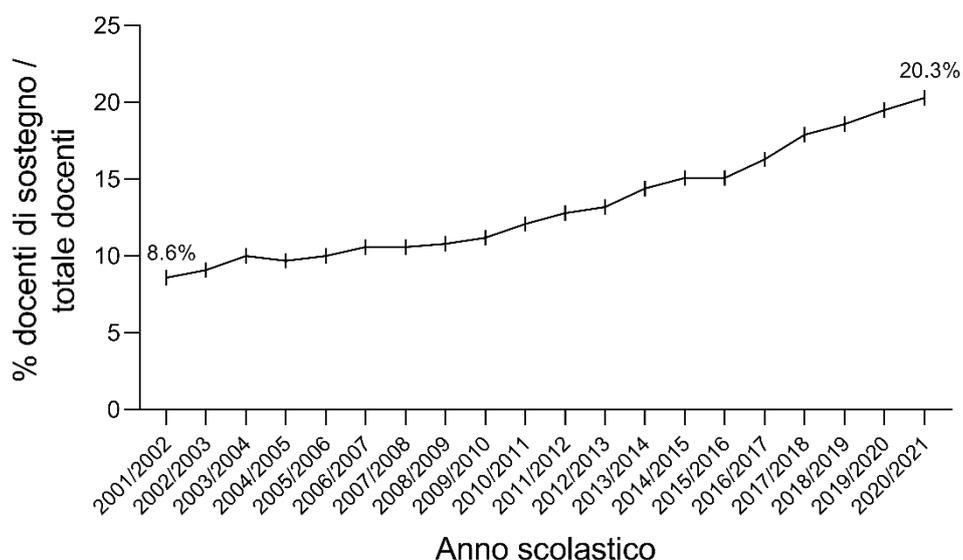


Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

La tendenza di decrescita evidenzia una maggiore attenzione verso il tema dell'inclusione a scuola e questo è positivo alla luce delle raccomandazioni della Legge 244/2007, che prevedeva come valore accettabile quello di un docente di sostegno ogni due alunni disabili.

Coerentemente all'aumento delle certificazioni di disabilità nella scuola, anche il numero di docenti di sostegno è cresciuto. Analizzando la percentuale di docenti di sostegno sul numero totale di docenti (fig. 8) si evidenzia che, dal 2001 al 2021, la tendenza è quella di una progressiva crescita del numero dei docenti di sostegno rispetto loro colleghi curricolari.

Figura 8. Docenti di sostegno sul totale dei docenti



Fonte: MIUR. (2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità.

Nell'anno scolastico 2020-2021, a fronte di un organico di 907.929 docenti assunti nella scuola statale, sono 184.405 i docenti di sostegno e 723.524 i docenti curricolari. Questi aumenti dell'organico di sostegno sembrerebbero, a prima vista, corrispondere all'adeguamento del sistema scolastico nella direzione dell'inclusione scolastica, testimoniando una

attenzione rivolta ai bisogni specifici dei minori disabili nel contesto scolastico. In realtà le cose non sono esattamente così se si osservano le tipologie contrattuali di questi docenti. Sempre con riferimento all'anno scolastico 2020-2021, dei 184.405 docenti di sostegno presenti solo una quota minoritaria, pari a 80.672 docenti, è inquadrata come docenti a tempo indeterminato.

Gli altri 103.733 risultano assunti mediante un contratto a tempo determinato.

I dati più recenti riferiti alle modalità di assunzione dei docenti di sostegno mostrano alcune evidenze preoccupanti. Il report dell'ISTAT sull'inclusione scolastica degli alunni con disabilità mette in luce, infatti, che nell'anno scolastico 2021-2022 il 32% dei docenti di sostegno, corrispondenti a oltre 70 mila unità, è stato selezionato tra docenti (e non) che non hanno una formazione specifica sull'inclusione ma che viene impiegato comunque per il sostegno di classi frequentate da alunni con disabilità.

Il dato evidenzia che il significativo incremento del numero di docenti di sostegno formati sul sostegno didattico, sottolineato dallo stesso *report* (il 68% dell'anno scolastico 2021-2022 contro il 63% dell'anno scolastico 2019/2020), non risulta sufficiente a garantire il fabbisogno di docenti di sostegno specializzati. In altre parole, prendendo un campione di dieci docenti di sostegno nella scuola statale, solo sette di questi avrebbero le qualifiche necessarie per occupare quel posto, mentre degli altri tre sappiamo ben poco circa i loro percorsi formativi.

La mancanza di personale specializzato, unita alle lungaggini del sistema di reclutamento docenti, produce alcune distorsioni che si configurano come veri e propri ostacoli, se non negazioni, del diritto allo studio di molti studenti. All'insufficienza di insegnanti con una formazione specifica sul sostegno, si affianca spesso anche un ritardo nell'assegnazione.

Si pensi a un istituto scolastico che, esperiti i procedimenti classici di reclutamento dei propri docenti, non è in grado di completare il fabbisogno di personale utilizzando le liste ufficiali di reclutamento. Questo istituto

scolastico, per sopperire alla mancanza di docenti specializzati, ha la possibilità di istituire modalità proprie di assunzione del personale attraverso la cosiddetta “messa a disposizione”. Si tratta della raccolta di libere candidature, che possono essere presentate alle singole scuole anche in mancanza dei titoli legali per l’insegnamento: chiunque abbia conseguito un diploma di maturità può presentare la propria messa a disposizione. Sarà poi la scuola, sulla base delle candidature pervenute, a elaborare una graduatoria interna e convocare i soggetti disponibili per essere contrattualizzati a tempo determinato. È questa la modalità con la quale si va a supplire all’assenza di un docente specializzato per coprire quella cattedra. Il fatto che questa modalità di reclutamento sia sistematica è evidenziato da un dato: nell’anno scolastico 2021-2022 il 14% degli insegnanti di sostegno, a un mese dall’inizio delle attività didattiche, non era ancora stato assegnato alle scuole. Questa stessa componente è quella che poi viene assunta attraverso la messa a disposizione.

Da questa situazione emerge che la frequenza scolastica degli alunni della scuola italiana è di fatto differenziata tra le classi che ottengono l’assegnazione del docente di sostegno all’inizio dell’anno scolastico, e le altre classi meno fortunate. Nel 2021-2022 l’assegnazione è avvenuta con un mese di ritardo.

La necessità di coprire tutti i posti di sostegno per garantire agli studenti disabili il diritto all’istruzione implica quindi, sistematicamente, l’assunzione di personale che, oltre a non essere specializzato nel sostegno didattico, non è necessariamente personale docente, ossia non detiene alla data dell’assunzione i titoli legali per insegnare nella scuola pubblica. La procedura di assunzione tramite messa a disposizione non garantisce, infatti, il possesso di un titolo di laurea. La scuola stabilisce una graduatoria interna sulla base delle candidature pervenute, ammettendo criteri propri di discernimento, e, in mancanza di soggetti titolati, deve necessariamente convocare qualcuno per sopperire alla mancanza di docenti specializzati.

In altre parole, il diritto di questi minori allo studio è ostacolato da due ordini di fattori: in primo luogo dalla mancanza di docenti specializzati, il cui numero attuale non può sopperire al fabbisogno e fa derivare ritardi nelle assegnazioni; in secondo luogo, dalle procedure di reclutamento che non possono garantire a priori che la risorsa destinata a una classe sia specializzata sul sostegno, sia un docente o sia dotato di una formazione specifica.

La soluzione di questo problema è complessa e interessa l'intero settore del reclutamento docenti, che è stato storicamente problematico in Italia.

La procedura di specializzazione per docenti di sostegno è attualmente denominata Tirocinio Formativo Attivo (TFA) e forma annualmente un numero di docenti insufficienti a garantire il fabbisogno ma, anche per il ciclo formativo in corso, non sono previsti aggiustamenti nel numero dei docenti che otterranno la specializzazione.

Ci troviamo, quindi, di fronte a un problema sistematico: la mancanza di docenti specializzati e le procedure di assunzione "a maglie larghe" che non possono garantire l'effettiva preparazione delle risorse impiegate. Ciò detto non si vuole demonizzare la procedura della "messa a disposizione", chiaramente necessaria per dotare la scuola di personale; tuttavia, sarebbe necessario anche adeguare il sistema di reclutamento che non può e non deve fondarsi su criteri emergenziali. In attesa che lo Stato intervenga, sarebbe opportuno prestare attenzione alla formazione dei docenti "a disposizione", affinché essa non venga lasciata all'iniziativa del singolo istituto o del singolo docente che, ottenuto l'incarico annuale tramite messa a disposizione, dovrà realmente porsi come elemento di inclusione sociale e scolastica e dovrà, necessariamente, dare risposte ai bisogni della classe.

### 2.2.3 Il “sistema sanità”

Definita la componente scolastica e introdotta la differenza tra principi legislativi e realtà operativa, si introduce il secondo grande attore che orbita attorno al minore disabile e alla sua famiglia.

La componente sanitaria, in connessione con il sistema sociale, è imprescindibile nell’universo della disabilità, in particolare nell’ambito dell’età evolutiva. Tale componente si rende necessaria per legge ai fini dell’accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva in vista dell’inclusione scolastica, ossia quella procedura di accertamento che dà accesso alle provvidenze previste dalla normativa. Tale accertamento riguarda i minori che frequentano la scuola dell’infanzia, la scuola primaria, la scuola secondaria di primo e di secondo grado riconosciuti in situazione di handicap ai sensi dell’art. 3 della Legge 104/92 (commi 1 e 3). In relazione al riconoscimento dell’handicap grave (art. 3, comma 3 Legge 104/92) sono predisposti percorsi specifici e agevolati per specifiche categorie di cittadini. Ne sono un esempio le disposizioni speciali per i malati oncologici, per i quali l’accertamento sanitario è garantito entro 15 giorni dalla presentazione della domanda e l’accesso alle prestazioni è anticipato rispetto alla validazione da parte dell’INPS. Ulteriore esempio sono le disposizioni per le persone affette da sindrome di Down, per le quali non è necessario l’accertamento sanitario poiché la certificazione rilasciata dal medico di famiglia corrisponde alla dimostrazione della condizione di *handicap* grave.

La componente sanitaria, esperiti i necessari accertamenti, rimane nel percorso scolastico del minore nella figura dello psicologo o del neuropsichiatra, e si arricchisce di soggetti (quali logopedisti, fisioterapisti e altri) in relazione ai bisogni socioassistenziali del soggetto e all’eventuale carattere di gravità della sua condizione. Tali soggetti, definiti sulla base della gravità della disabilità, sono quelli che per legge sono tenuti a presenziare alle riunioni di coordinamento periodiche tra i sistemi,

ovvero ai GLO che, come si è riportato, permettono il dialogo tra scuola, famiglia, componente sanitaria e sociale.

#### 2.2.4 Il “sistema sociale”

La componente sociale è quella di meno agevole definizione. Essa varia, infatti, sulla base dello specifico assetto organizzativo locale. In relazione alle scelte organizzative, può quindi essere una funzione propria dell'ente locale che la eroga direttamente, può essere esternalizzata o essere delegata alle aziende sanitarie. Nel territorio<sup>12</sup> in cui ho svolto l'attività di ricerca utile all'ultima parte del presente elaborato, l'assetto prevede una piena delega dall'ente locale all'azienda sanitaria e si articola attraverso i SISS, ossia i Servizi di Integrazione Sociale e Scolastica. Tali servizi, nonostante siano inquadrati all'interno delle ASL, hanno un carattere prevalentemente sociale e occupano professionisti quali assistenti sociali, educatori professionali e assistenti sociosanitari. Il sistema sociale è chiamato dalla normativa a fornire assistenza per l'autonomia e la comunicazione agli alunni con disabilità che ne abbiano necessità. Ciò si concretizza con l'assegnazione dell'assistente *ad personam*, figura normata dall'art. 13, comma 3 della Legge 104/92. L'ampia discrezionalità del livello di governo locale nella definizione dei requisiti, quindi della formazione di questa figura professionale, ha creato un contesto eterogeneo nella terminologia adottata (*assistenti ad personam, assistenti educativi, esperti in Braille, esperti in LIS, accudenti, ecc.*) e nelle modalità di reclutamento. La Legge 104/92 si limita, infatti, a prevedere in maniera generica che il personale sia appositamente qualificato e specificamente formato.

Il ruolo del sistema sociale è anche quello di raccordo tra i sistemi, di monitoraggio delle situazioni familiari degli alunni certificati dalla Legge 104/92 e di supporto al percorso scolastico, al cui termine si prospettano

---

<sup>12</sup> Area del Bellunese, Cadorino e Agordino, si veda par 3.1.

per la persona disabile una serie di altri servizi sociali e sanitari integrati ai quali rivolgersi. Ne sono un esempio i centri diurni, i servizi di inserimento lavorativo e le iniziative in favore della socialità esterne alla scuola. Nel contesto organizzativo analizzato, i SISS corrispondono a una vera e propria porta di accesso ai servizi, non solo legati alla disabilità, ma anche a quelli indifferenziati<sup>13</sup>.

### *2.2.5 Gli assistenti ad personam nel sistema scuola italiano*

Di grande rilevanza per la vita scolastica dell'alunno disabile è la figura dell'assistente *ad personam* che, nel caso la situazione lo richieda, affianca i docenti curricolari e di sostegno in classe. È la stessa Legge 104/92 a prevedere tale figura nell'art. 13 comma 3. Si specifica che, differentemente dal docente di sostegno e da quello curricolare, l'assistente *ad personam* è una risorsa richiesta dal dirigente scolastico all'ente locale, che organizza la sua erogazione direttamente, mediante delega all'azienda sanitaria o mediante esternalizzazione. Il profilo professionale dell'assistente *ad personam* non è ad oggi chiaro. Il Decreto Legislativo 66/2017 prevede che, in sede di conferenza permanente tra Stato, regioni e province autonome, vengano individuati dei criteri per giungere a una progressiva uniformità del profilo di questa risorsa su tutto il territorio nazionale.

Si tratta di un operatore che ha il compito di facilitare la comunicazione dello studente con disabilità, stimolare lo sviluppo delle abilità nelle diverse dimensioni della sua autonomia, mediare tra l'allievo con disabilità e il gruppo classe per potenziare le relazioni, supportarlo nella partecipazione alle attività, partecipando all'azione educativa in sinergia con i docenti.

---

<sup>13</sup> Nell'ambito del lavoro quotidiano con le famiglie di minori disabili possono rendersi necessari diversi servizi sulla base dei bisogni esistenti ed emergenti. Ne sono un esempio le impegnative di cura, i trasferimenti monetari e gli interventi di supporto alla famiglia.

L'ISTAT, nella Rilevazione "l'inclusione scolastica degli alunni con disabilità - 2019-2020" (Istat, 2021c), indica che tali professionisti nella scuola italiana sono più di 57 mila, ma che la loro disponibilità varia molto su base territoriale. A livello nazionale il rapporto alunno/assistente è pari a 4,6; nel Mezzogiorno cresce a 5,5, con punte massime in Campania e in Molise dove supera, rispettivamente, la soglia di 14 e 11 alunni con disabilità per ogni assistente. La presenza di assistenti aumenta nelle regioni del Centro e del Nord del Paese (4,4) raggiungendo i livelli più alti nella Provincia Autonoma di Trento, in Lombardia e nelle Marche, con un rapporto attorno alla soglia di 3,1 alunni per assistente.

### 2.3 Alcune criticità

Sin qui si è voluta evidenziare la grande attenzione del legislatore verso il mondo della disabilità in età evolutiva, ma non si è mancato di sottolineare due grandi questioni, di carattere formativo e organizzativo, che emergono come problematiche. In base al criterio di sussidiarietà che regola il rapporto tra i livelli di governo dello Stato, in mancanza di una risposta istituzionale o sistemica, è compito degli enti più vicini al cittadino fornire risposte e cercare soluzioni. Nel contesto della disabilità in età evolutiva questi enti corrispondono alle scuole e agli enti locali che, già attraverso le riunioni GLO di coordinamento per i propri alunni o cittadini disabili, si interfacciano permanentemente. Le questioni problematiche, come abbiamo visto, riguardano in particolare la questione della formazione e del reclutamento del docente di sostegno e dell'assistente *ad personam*.

Si è esposta la questione problematica dell'assistente *ad personam*, il cui profilo professionale è ancora in fase di definizione e si è trattato della seconda questione, ossia la particolare modalità di reclutamento che permette a docenti non specializzati di ottenere l'incarico su posti di sostegno non attribuiti da liste ufficiali. Si chiarisce che non vi è l'intenzione di demonizzare la pratica della "messa a disposizione",

strumento indispensabile alle scuole per poter definire il proprio organico e si è pienamente consapevoli che la risoluzione di tale problematica è di competenza ministeriale e non del singolo istituto scolastico. Non vi è nessuna volontà di mortificare tutti quei professionisti che operano all'interno della scuola mediante messa a disposizione, portando quotidianamente il loro fondamentale contributo al sistema scolastico italiano. L'intento di questo lavoro è fornire una base, quantomeno nel territorio in analisi, per poter dare a questi soggetti, docenti e operatori, informazioni utili per poter svolgere al meglio il complesso ruolo che sono chiamati a ricoprire. Sia il docente di sostegno che l'assistente *ad personam* sono chiamati infatti a lavorare quotidianamente a stretto contatto con minori disabili, i cui bisogni educativi possono variare sensibilmente di caso in caso.

La trattazione che segue vuole quindi andare in questa direzione: fornire alle scuole e agli enti locali del territorio analizzato una base conoscitiva dei propri alunni disabili per poterli conoscere meglio e definire, sulla base delle risultanze, percorsi formativi per il proprio personale che non siano generali e ipotetici, ma operativi perché definiti sulle caratteristiche anagrafiche e diagnostiche dei propri utenti. E per identificare specifici sottogruppi di utenti caratterizzati da caratteristiche simili, per le quali sia ipotizzabile un intervento di supporto mirato.

Tali iniziative si rendono ancor più necessarie per quelle aree isolate, come quella in analisi, in cui vi sono maggiori difficoltà a reperire personale specializzato disposto a trasferirsi e dove, spesso, si ricorre allo strumento della messa a disposizione. Inoltre, la popolazione disabile di un'area isolata come quella in analisi, proprio per la sua natura ristretta<sup>14</sup>, potrebbe non corrispondere alla popolazione disabile nazionale, rendendo inefficace la trasposizione di risultati nazionali a livello locale.

---

<sup>14</sup> Si pensi ad un piccolo istituto comprensivo di un territorio montano.



## CAPITOLO III: La ricerca

### *Introduzione*

La presente ricerca si pone come obiettivo generale la raccolta di dati anagrafici e diagnostici della popolazione scolastica disabile afferente all'area di competenza dell'AULSS 1 Dolomiti (SISS di Belluno, Cadore e Agordo) al fine di descriverne le caratteristiche, comparala con la popolazione scolastica disabile nazionale e identificare, all'interno del campione locale, specifici sottogruppi caratterizzati da diagnosi e bisogni sociali affini, per i quali sia ipotizzabile un intervento di sostegno mirato.

Si pone a obiettivo specifico la sistematizzazione dei dati in un *database* integrabile che permetta un monitoraggio della popolazione scolastica disabile nell'area di interesse. La previsione di poter integrare il *database* con nuove informazioni è data dalla necessità di poterlo utilizzare come base per future analisi e come documento operativo capace di restituire, in forma tabellare, le informazioni principali relative all'utenza.

Le informazioni sistematizzate hanno inoltre la finalità di informare sui caratteri diagnostici dell'utenza, rendendo possibile prevedere il fabbisogno formativo dei soggetti facenti parte dei sistemi presentati che lavorano con il minore disabile.

Il lavoro è stato possibile nell'ambito della mia esperienza di tirocinio presso il Servizio di Integrazione Sociale e Scolastica (SISS). Questo servizio si occupa, ai sensi della normativa presentata, di garantire supporto di carattere assistenziale e educativo, in modo personalizzato, ai minori certificati come alunni in situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/92. Le equipe composte da assistenti sociali, educatori professionali e operatori sociali sanitari dei SISS si occupano di garantire supporto di carattere assistenziale e educativo, attraverso l'assistente *ad personam*, ai minori certificati come alunni in situazione di disabilità. Si

occupano, inoltre, di promuovere l'inclusione sociale, attraverso l'organizzazione di attività rivolte a gruppi o attività di sostegno e di riabilitazione individualizzata. Il servizio si rivolge ai minori che presentano necessità di supporto alle autonomie in ambito scolastico e sociale e alle loro famiglie, ne cura gli aspetti legati al trasporto e sostiene le famiglie, fungendo come porta di accesso per i trasferimenti monetari e i servizi per gli utenti disabili e i loro *caregiver*.

### *3.1 Il contesto di riferimento.*

L'area di interesse della ricerca comprende la zona della provincia di Belluno corrispondente ai distretti sociosanitari di Belluno, del Cadore e Agordo. Tale area, afferente all'AULSS 1 Dolomiti conta 50 comuni: 14 per il distretto di Belluno, 16 per quello Agordino e 20 per quello Cadorino. Si tratta di una superficie di 2748 kmq che, ad esclusione della città di Belluno, risulta montuosa e composta da piccoli comuni sparsi. La densità abitativa passa, infatti, dal 95,8 abitanti per km<sup>2</sup> nella sede Bellunese, al 31,4 per il distretto di Agordo al 28,2 per quello del Cadore. (Distretto - Area Belluno - AULSS 1 Dolomiti. AULSS 1 Dolomiti)<sup>15</sup>.

Si tratta di tre valli separate e scarsamente collegate tra loro. Le peculiari caratteristiche geografiche rendono i collegamenti tra i diversi comuni spesso difficoltosi. Da tali criticità derivano specifiche caratteristiche dei servizi che, per adattarsi all'area di competenza, hanno dovuto assumere un assetto organizzativo adeguato a soddisfare i bisogni di utenti talvolta difficilmente raggiungibili. Di qui la necessità di un ufficio SISS per ogni area. Inoltre, la presenza di molti piccoli comuni sparsi nel territorio rende necessaria la previsione dei bisogni di trasporto per gli utenti verso le scuole, collocate nei comuni più grandi; e definire, sulla base delle

---

<sup>15</sup> <https://www.aulss1.veneto.it/service/distretto-di-belluno-direzione-distretto-di-belluno-distretto-socio-sanitario-belluno/>

disponibilità economiche, gli eventuali oneri in compartecipazione per le famiglie.

In questo contesto, l'assetto organizzativo prevede una piena delega delle funzioni riferite a quest'area di utenza dall'ente locale all'azienda sanitaria che si organizza in autonomia per garantire l'erogazione del servizio. Tale erogazione avviene mediante i Servizi di Integrazione Sociale e Scolastica (SISS) dislocati in tre sedi territoriali: Pieve di Cadore, Agordo e Belluno, sede di coordinamento.

### *3.2 Fonte dei dati e analisi documentale.*

Ai fini della ricerca, si è proceduto a definire il campione di interesse optando per un'estrazione esaustiva dei minori certificati con disabilità ai sensi della Legge 104/92 residenti nell'area di interesse. Si è operata tale scelta per descrivere l'utenza di interesse e le sue caratteristiche in modo articolato e completo. Le informazioni necessarie sono state reperite interfacciandosi con le tre sedi di riferimento del servizio: il SISS di Belluno, il SISS di Agordo e il SISS del Cadore attraverso un'analisi documentale dei moduli *privacy* e delle Cartelle Sociali informatizzate degli utenti in carico al servizio alla data di agosto 2022. L'analisi e la comparazione si riferisce quindi all'anno scolastico 2021-2022.

Si è attribuito ad ogni utente un codice numerico per garantire l'anonimato e si sono raccolte, per ogni minore in carico, le informazioni anagrafiche attraverso i moduli *privacy*, quali: anno di nascita, luogo di nascita, sede dell'istituto scolastico frequentato. In totale, le informazioni raccolte derivano da 340 moduli *privacy* per la sede di Belluno, 120 per la sede del Cadore e 97 per la sede di Agordo.

In seguito, si sono raccolte le informazioni diagnostiche di ogni minore. Ciò è stato possibile grazie alla presenza della certificazione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica che reca la diagnosi del minore e viene

conservata nella Cartella Sociale informatizzata. La certificazione riporta la diagnosi “prevalente”, ossia quella principale per la quale il minore è in carico al Servizio, e possibili diagnosi “non prevalenti”, che arricchiscono il quadro diagnostico. Tali informazioni sono codificate secondo la classificazione ICD-10, che si presenta in un codice alfanumerico che esprime univocamente una diagnosi. Per ogni utente si è quindi raccolto il codice diagnostico prevalente e un numero variabile di codici non prevalenti.

### 3.3 Le caratteristiche del campione

Si è proceduto a sistematizzare i dati raccolti in una matrice *Excel* per poterli trasformare in formato utilizzabile per l’analisi statistica, quindi per il confronto con il dato nazionale. Per fare ciò è stato necessario suddividere gli utenti in relazione alle tipologie di disabilità, creando delle categorie confrontabili con quelle del MIUR presentate precedentemente, che adottano le categorie di disabilità *visiva*, *uditiva* e *psicofisica*. Di quest’ultima distinguendo tra *intellettiva*, *motoria* o *altro*<sup>16</sup>.

Poiché le categorie adottate dal MIUR sono differenti da quelle utilizzate dalla classificazione ICD-10, si è proceduto a renderle comparabili seguendo il seguente criterio:

#### 1. Disabilità Visiva:

Include i codici diagnostici ICD-10 da H00 a H59, ossia quelli comprendenti le malattie dell’occhio e degli annessi oculari.

#### 2. Disabilità Uditiva:

Include i codici diagnostici da H60 a H95, quindi quelli comprendenti le malattie dell’orecchio.

---

<sup>16</sup> Problemi psichiatrici precoci, disturbi specifici di apprendimento certificati in comorbidità con altri disturbi e sindrome da deficit di attenzione e iperattività ADHD.

### 3. Disabilità Psicofisica:

Include i codici diagnostici da F00 a F99, ossia i disturbi psichici e comportamentali; da G00 a G99, le malattie del sistema nervoso; da Q00 a Q99; le malformazioni congenite e anomalie cromosomiche. Di questi si sono distinti:

- la categoria disabilità *intellettiva*, che include i disturbi dell'umore (F30-F39), i disturbi nevrotici, legati a stress (F40-F48), il ritardo mentale (F70-F79), altri disturbi del sistema nervoso (G90-G99) e le anomalie cromosomiche non classificate altrove (Q90-Q99);
- la categoria disabilità *motoria*, che include paralisi cerebrale e altre sindromi paralitiche (G80-G83) e altre malformazioni congenite (Q80-Q89);
- La categoria *altro*, che include i disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89), i disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98). Tali gruppi di codici diagnostici includono quei problemi psichiatrici precoci, disturbi specifici di apprendimento certificati in comorbidità con altri disturbi e sindrome da *deficit* di attenzione e iperattività ADHD che caratterizzano la categoria *altro* adottata dal MIUR.

I codici diagnostici non appartenenti alle categorie definite a priori sono stati analizzati singolarmente e categorizzati sulla base dell'area sulla quale la disabilità ha maggiore impatto (intellettivo, motorio, sensoriale, ecc.). Talvolta questo è stato possibile grazie alla presenza dei codici diagnostici riferiti alla diagnosi non prevalente.

Il campione iniziale contava 557 minori in carico. Si è proceduto a rimuovere dal gruppo di interesse quei soggetti (21) la cui diagnosi non poteva rientrare in modo univoco in nessuna delle categorie adottate dal MIUR o la cui diagnosi non era presente:

- Codice J42.0 “Assenza, atresia e stenosi congenite del retto”; (1 utente)
- Codice K50.0 “Morbo di Crohn dell’intestino tenue”; (1 utente)
- Codice R62.0 “Ritardo di tappa fondamentale dello sviluppo”; (3 utenti)
- Codice R62.8 “Altre forme di ritardo dello sviluppo fisiologico normale”; (1 utente)
- Codice F50.0 “Anoressia nervosa”; (1 utente)
- Codice F50.2 “Bulimia nervosa”; (1 utente)
- Codice F60.3 “Disturbo di personalità emotivamente instabile”; (1 utente)
- Codice G40.0 “Epilessia e sindromi epilettiche idiopatiche”; (1 utente)
- Codice Q37.0 “Schisi del palato duro”; (2 utenti)
- Utenti con diagnosi non specificata. (9 utenti)

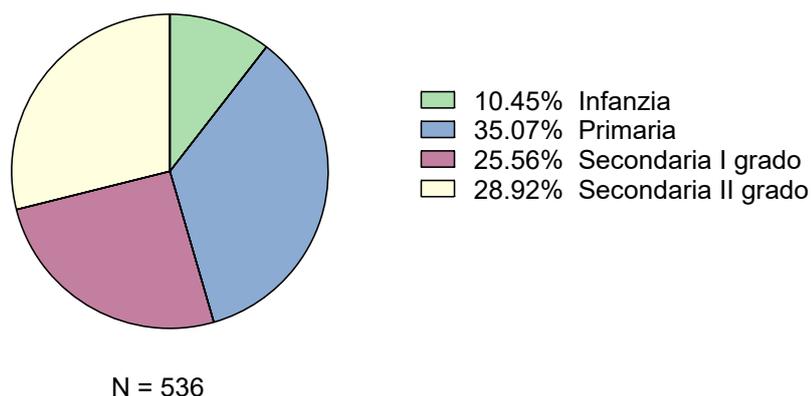
Il gruppo di interesse risulta quindi composto da 536 soggetti.

### *3.4 Analisi dei dati: confronto con il quadro nazionale*

L’analisi dei dati raccolti ha permesso di confrontare alcune caratteristiche tra gli studenti con disabilità italiani e gli studenti con disabilità nel contesto locale.

In primo luogo, si sono prese in considerazione le età dei minori e la loro distribuzione per grado scolastico. Il gruppo dei 536 utenti presi in analisi presentano un’età minima di 2 anni e un’età massima di 21 anni. Il 10,45% è iscritto presso la scuola dell’infanzia, il 35,07% presso una scuola primaria, il 25,56% presso una secondaria di I grado e il 28,92% nel II grado di istruzione (Fig. 8).

Figura 8. Alunni del campione di interesse per grado scolastico.



### 3.4.1 Le tipologie di disabilità.

Dei 536 utenti sono 5 ad avere un codice diagnostico corrispondente a una disabilità visiva, pari allo 0,93% del totale (tab 4).

Tabella 4: Utenti del gruppo di interesse con disabilità di tipo visivo.

VISIVA		Codici inclusi: H00-H59
Codice	Casi	Descrizione
H51.0	1	Paralisi della coniugazione dello sguardo
H53.0	1	Ambliopia ex anopsia
H54.0	2	Cecità binoculare
H54.2	1	Deficit visivo moderato, binoculare
<b>TOT</b>	<b>5</b>	

Il 2,05%, corrispondente a 11 utenti, presenta un codice diagnostico corrispondente a una disabilità di tipo uditivo (tab. 5).

Tabella 5: Utenti del gruppo di interesse con disabilità di tipo uditivo.

UDITIVA		Codici inclusi: H60-H95
Codice	Casi	Descrizione
H80.9	1	Otosclerosi non specificata
H90.0	5	Sordità bilaterale da difetto di trasmissione
H90.3	5	Sordità neurosensoriale bilaterale
<b>TOT</b>	<b>11</b>	

Il 97,01% del gruppo di interesse, corrispondente a 520 utenti, presenta un codice diagnostico riferibile a una disabilità di tipo psicofisico.

L'analisi delle tipologie di disabilità ha permesso di evidenziare l'estrema similarità del gruppo locale con quello nazionale considerando le tre categorie principali: disabilità *visiva*, *uditiva* e *psicofisica* (tab. 6), tra le quali risulta preponderante la categoria della disabilità *psicofisica*.

Tabella 6: Utenti del gruppo di interesse e del campione nazionale per tipologia di disabilità.

a.s. 2021-2022	Tipologia di Disabilità		
	VISIVA	UDITIVA	PSICOFISICA
Campione di interesse	0,93%	2,05%	97,01%
Campione nazionale	1,30%	1,90%	96,80%

All'interno della categoria della disabilità *psicofisica* sono state specificate le modalità *intellettiva*, *motoria* e *altro*.

Tra gli utenti considerati, la disabilità psicofisica *intellettiva* interessa 104 soggetti, pari al 19,4% del totale degli utenti con disabilità psicofisica (tab.7).

Tabella 7: Utenti del gruppo di interesse con disabilità psicofisica di tipo intellettivo.

Intellettiva		
Codici inclusi: F30-F48; F70-F79; Q90-Q99 ; Escluso F82.0		
Codice	Casi	Descrizione
F32.8	1	Episodi depressivi di altro tipo
F33.8	1	Disturbi depressivi ricorrenti di altro tipo
F40.8	1	Altri disturbi ansioso-fobici
F40.9	1	Disturbo ansioso-fobico non specificato
F43.1	1	Disturbo post-traumatico da stress
F43.2	4	Disturbi dell'adattamento
F70.0	46	Ritardo mentale lieve
F70.1	1	Ritardo mentale lieve: Disturbo del comportamento evidente
F70.8	1	Ritardo mentale lieve: Altro disturbo del comportamento
F70.9	1	Ritardo mentale lieve
F71.0	14	Ritardo mentale di media gravità
F71.9	1	Ritardo mentale di media gravità
F72.0	3	Ritardo mentale grave
F72.1	1	Ritardo mentale grave: Disturbo del comportamento evidente
F73.0	1	Ritardo mentale profondo
F78.0	1	Ritardo mentale di altro tipo
F79.0	7	Ritardo mentale non specificato
G93.1	1	Danno encefalico anossico non classificato altrove
Q90.0	17	Trisomia 21
<b>TOT</b>	<b>104</b>	

La disabilità psicofisica *motoria* interessa 16 utenti, corrispondenti al 2,99% dei minori con disabilità psicofisica (tab. 8)

Tabella 8: Utente del gruppo di interesse con disabilità psicofisica di tipo motorio.

Motoria		
Codici inclusi: G80-83; Q80-Q89; G12.0; F82.0		
Codice	Casi	Descrizione
F82.0	5	Disturbo evolutivo specifico della funzione grosso-motoria
G12.0	1	Atrofia muscolare spinale infantile tipo I [Werdnig-Hoffman]
G80.0	4	Paralisi cerebrale con quadriplegia spastica
G80.1	1	Paralisi cerebrale con diplegia spastica
G80.2	1	Paralisi cerebrale infantile con emiplegia spastica
Q85.1	1	Sclerosi tuberosa
Q87.0	1	Sindromi malformative congenite che alterano soprattutto l'aspetto facciale
Q87.8	1	Altre sindromi malformative congenite specificate non classificate altrove
Q89.8	1	Altre malformazioni congenite specificate
<b>TOT</b>	<b>16</b>	

Tabella 9: Utenti del gruppo di interesse con disabilità psicofisica di altro tipo.

Altro			Codici inclusi: F80-F89; F90-F98
Codice	Casi	Descrizione	
F80.0	28	Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio	
F80.1	19	Disturbo del linguaggio espressivo	
F80.2	35	Disturbi della comprensione del linguaggio	
F80.8	2	Altri disturbi evolutivi dell'eloquio e del linguaggio	
F80.9	10	Disturbo evolutivo dell'eloquio e del linguaggio, non specificato	
F81.0	5	Disturbo specifico della lettura	
F81.2	1	Disturbo specifico delle abilità aritmetiche	
F81.3	21	Disturbo misto delle capacità scolastiche	
F81.8	1	Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche	
F81.9	25	Disturbo evolutivo delle capacità scolastiche, non specificato	
F83.0	21	Disturbo evolutivo specifico misto	
F84.0	76	Autismo infantile	
F84.5	18	Sindrome di Asperger	
F84.8	2	Disturbi evolutivi globali di altro tipo	
F84.9	15	Disturbo evolutivo globale non specificato	
F88.0	4	Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo	
F90.0	59	Disturbo dell'attività e dell'attenzione	
F90.1	7	Disturbo ipercinetico del comportamento sociale	
F90.9	3	Disturbo ipercinetico non specificato	
F91.0	2	Disturbo del comportamento sociale limitato al contesto familiare	
F91.3	5	Disturbo del comportamento sociale oppositivo e provocatorio	
F92.0	4	Disturbo del comportamento sociale depressivo	
F92.8	6	Altro disturbo misto della condotta e della sfera emozionale	
F92.9	3	Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale, non specificato	
F93.0	2	Disturbo ansioso da separazione dell'infanzia	
F93.8	5	Altri disturbi emozionali dell'infanzia	
F93.9	10	Disturbo emozionale dell'infanzia non specificato	
F94.0	3	Mutismo elettivo	
F94.1	1	Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia	
F94.2	1	Disturbo dell'attaccamento disinibito dell'infanzia	
F94.8	2	Disturbi del funzionamento sociale dell'infanzia di altro tipo	
F95.2	1	Disturbi a tipo tic combinati motori multipli e vocali [Sindrome di Tourette]	
F98.8	2	Altri disturbi comportamentali ed emozionali specifici con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	
F98.9	1	Disturbi comportamentali ed emozionali non specificati con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	
<b>TOT</b>	<b>400</b>		

La disabilità psicofisica di *altro* tipo interessa invece 400 utenti, ossia il 74,63% degli utenti con disabilità psicofisica (tab. 9).

La comparazione con la popolazione nazionale ha permesso di rilevare significative differenze con il gruppo locale all'interno della categoria della disabilità *psicofisica*. Nel dettaglio (tab. 10), si evidenzia che la disabilità psicofisica di tipo intellettuale è significativamente maggiore nel campione

nazionale (69,5%) rispetto al locale (19,4%). La disabilità psicofisica di *altro* tipo risulta significativamente maggiore sul piano locale (74,63%) rispetto a quello nazionale (24,5%). Una tale differenza tra il piano nazionale e quello locale suggerisce un problema di comparabilità tra le tipologie di disabilità adottate dal MIUR e quelle utilizzate in questo lavoro. Questo tema si approfondirà nella parte conclusiva dell'elaborato.

Tabella 10: Utenti del gruppo di interesse e del campione nazione per tipologia di disabilità.

a.s. 2021-2022				di cui		
	VISIVA	UDITIVA	PSICOFISICA	Intellettiva	Motoria	Altro
Campione di interesse	0,93%	2,05%	97,01%	19,40%	2,99%	74,63%
Campione nazionale	1,30%	1,90%	96,80%	69,50%	2,80%	24,50%

### 3.4.2 Analisi del campione di interesse per grado di istruzione e tipologie di disabilità

La tabella 11 mostra una comparazione tra gruppo di interesse e la popolazione scolastica nazionale con disabilità in relazione al grado di istruzione e alle tipologie di disabilità.

Tabella 11: Utenti del gruppo di interesse e del campione nazionale per tipologia di disabilità (a.s. 2021-2022).

	VISIVA	UDITIVA	PSICOFISICA	di cui		
				Intellettiva	Motoria	Altro
Campione di interesse (N=536)						
Infanzia	0,0%	1,8%	98,2%	7,1%	5,4%	85,7%
Primaria	0,5%	2,7%	96,8%	13,8%	1,6%	81,4%
Sec. I grado	0,7%	2,2%	97,1%	20,4%	4,4%	72,3%
Sec. II grado	1,9%	1,3%	96,8%	29,7%	2,6%	64,5%
<b>Totale</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,1%</b>	<b>97,0%</b>	<b>19,4%</b>	<b>3,0%</b>	<b>74,6%</b>
Campione nazionale (N=304016)						
Infanzia	1,1%	2,1%	96,8%	59,9%	3,8%	33,1%
Primaria	1,0%	1,7%	97,3%	70,7%	2,3%	24,3%
Sec. I grado	1,1%	1,6%	97,2%	72,4%	2,2%	22,6%
Sec. II grado	1,9%	2,3%	95,8%	68,8%	3,4%	23,6%
<b>Totale</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,9%</b>	<b>96,8%</b>	<b>69,5%</b>	<b>2,8%</b>	<b>24,5%</b>

Di particolare interesse sono ancora le significative differenze rilevate nelle categorie *intellettiva* e *altro*. Nello specifico, si evidenzia che tra gli utenti presi in analisi la disabilità di tipo *intellettivo* riguarda il 7,1% dei minori con disabilità psicofisica, salendo al 13,8% alla primaria, al 20,4% alla secondaria di I grado, al 29,7% nel II grado. La modalità *altro* interessa invece l'85,7% dei minori con disabilità psicofisica nell'infanzia, scendendo all'81,4% alla primaria, al 72,3% alla secondaria di I grado e al 64,5% nel grado secondario di II grado.

Nel dato nazionale non si evidenziano differenze di tale entità, se non tra scuola dell'infanzia e gli altri gradi scolastici. Le percentuali di minori con

disabilità psicofisica di tipo *intellettivo* o di *altro* tipo rimangono infatti stabili nel grado primario, secondario di I e II grado (tab. 11).

### 3.5 Le disabilità maggiormente rappresentate

L'analisi dei codici diagnostici prevalenti ha permesso di identificare, all'interno della tipologia di disabilità *psicofisica*, le disabilità più ricorrenti. Tra queste si evidenzia che:

- il ritardo mentale, nelle sue modalità "lieve", "medio", "grave" e "profondo" interessa 77 utenti, pari al 14,4% del totale;
- l'autismo infantile (F84.0), interessa 76 utenti, ossia il 14,2% del totale;
- l'ADHD (F90.0) interessa 59 utenti, l'11% del totale;
- i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)<sup>17</sup> interessano 53 utenti, ossia il 9,9% del totale. Tali disturbi si presentano quasi sempre diagnosticati come F81.3 *disturbi misti delle capacità scolastiche* (21 utenti) e come F81.9 *disturbi evolutivi della capacità scolastiche non specificati* (25 utenti), rendendo impossibile risalire allo specifico DSA.

Tabella 12: Utenti del gruppo di interesse per grado di istruzione e diagnosi prevalente.

Grado di istruzione	Diagnosi prevalente			
	Ritardo mentale	Autismo infantile	ADHD	DSA
Infanzia	2,6%	30,3%	0,0%	3,8%
Primaria	20,8%	43,4%	35,6%	9,4%
Sec. I grado	29,9%	10,5%	37,3%	39,6%
Sec. II grado	46,8%	15,8%	27,1%	47,2%
TOT	100%	100%	100%	100%

<sup>17</sup> Si sono inclusi: F81.0 – Disturbo specifico della lettura F81.1 – Disturbo specifico della computazione F81.2 – Disturbo specifico delle abilità aritmetiche F81.3 – Disturbi misti delle abilità scolastiche F81.8 – Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche F81.9 – Disordine evolutivo di abilità scolastiche non meglio specificato.

La tabella 12 mostra una ripartizione del gruppo di interesse per grado di istruzione e diagnosi prevalente, considerando unicamente le diagnosi più frequenti. La scuola dell'infanzia è quella meno interessata dalle diagnosi prevalenti più frequenti che si sono individuate tra gli utenti. In questo grado è l'autismo infantile a essere quello maggiormente rappresentato (30,3%). Questa diagnosi prevalente interessa maggiormente il grado primario (43,4%), caratterizzato anche da un'alta frequenza di diagnosi di ADHD (37,3%). I gradi secondario di I e II grado sono maggiormente interessati da ritardo mentale (rispettivamente 29,9% e 46,8%), da ADHD (rispettivamente 37,3% e 27,1%) e da DSA (rispettivamente 39,6% e 47,2%). L'analisi ha permesso di identificare che in specifici gradi di istruzione si concentrano frequenze significative di codici diagnostici prevalenti. Il ritardo mentale è particolarmente frequente nel grado secondario di II grado (46,8%). L'autismo infantile è particolarmente frequente alla primaria (43,4) e all'infanzia (30,3%). L'ADHD presenta alte frequenze nel grado primario (35,6%) e alla secondaria di I grado (37,3%) mentre i DSA si concentrano prevalentemente alla secondaria di I grado (39,6%) e di II grado (47,2%).

### 3.6 Indagine sui bisogni sociali

Un'indagine sui bisogni di natura sociale attraverso l'uso del ICD-10 è agevolata dalla struttura stessa della classificazione internazionale. Questa, infatti, si divide in cinque assi e l'ultima di queste codifica le condizioni psicosociali, ossia i codici riferiti a *problemi di salute legati alle condizioni socioeconomiche e a circostanze psicosociali (Z55-Z65)*.

La diagnosi prevalente degli utenti è arricchita da informazioni di diagnosi non prevalente che possono suggerire l'esistenza di bisogni che, in questo caso, possono trovare risposte in iniziative di *policy* pubblica o di servizio sociale.

L'analisi è stata promossa per una parte degli utenti, per i quali la codifica dei bisogni psicosociali era presente. Trattasi di 210 utenti corrispondenti ai 119 minori residenti nell'area del Cadore e ai 91 residenti nell'Agordino. Si è quindi esclusa la popolazione scolastica con disabilità afferente ai SISS di Belluno poiché il dato di codifica delle condizioni psicosociali non era presente.

La raccolta dei codici diagnostici riferiti alla diagnosi non prevalente ha permesso di identificare gli utenti con particolari bisogni di natura socioeconomica e/o relazionale. La classificazione ICD-10, come precedentemente ricordato, codifica i fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Tra questi, si è proceduto a isolare i codici riferiti a *problemi di salute legati alle condizioni socioeconomiche e a circostanze psicosociali (Z55-Z65)*. Si sono considerati:

- problemi legati all'ambiente sociale (Z60);
- problemi legati ad un evento negativo della vita durante l'infanzia (Z61);
- problemi connessi all'educazione del bambino (Z62);
- problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare (Z63).

Al fine di identificare gli utenti che esprimono, oltre a bisogni connessi alla disabilità, bisogni di natura sociale, economica e relazionale, si è proceduto a identificare gli utenti che presentassero nella diagnosi uno o più di questi codici diagnostici.

Sono 40 gli utenti interessati da *problemi di salute legati alle condizioni socioeconomiche e a circostanze psicosociali*, corrispondenti al 20% del campione adottato. Tali utenti presentano una “doppia diagnosi”, ossia presentano due bisogni: uno connesso alla situazione di disabilità, l’altro connesso alla situazione sociale.

La tabella 13 mostra che in 12 casi (30%) si rileva la presenza di *problemi legati all’ambiente sociale* (Z60) che includono solitudine, difficoltà di integrazione culturale, rifiuto o esclusione sociale. In 3 casi (8%) è presente un *problema legato a un evento negativo durante l’infanzia* (Z61), come eventi che comportano la perdita di autostima, allentamento dalla casa familiare e perdita di rapporti affettivi nell’infanzia. In 25 casi (63%) è presente invece un *problema connesso alla cerchia relazionale ristretta, compreso l’ambiente familiare* (Z63). Questo codice diagnostico include l’assenza di un membro della famiglia, una frattura familiare, problemi relazionali nella famiglia e/o un supporto familiare inadeguato. Non si sono rilevati *problemi connessi all’educazione del bambino* (Z62).

Tabella 13: Frequenza di problemi di salute legati alle condizioni socioeconomiche e a circostanze psicosociali nel gruppo di interesse.

Codice	Casi	Descrizione
Z60	12	30% Problemi legati all’ambiente sociale
Z61	3	8% Problemi legati ad un evento negativo in infanzia
Z62	0	0% Problemi connessi all’educazione del bambino
Z63	25	63% Problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta
<b>TOT</b>	40	100%

Si è quindi preceduto a identificare la diagnosi prevalente di ogni minore identificato come in situazione di “doppia diagnosi”. La tabella 14 mostra le diagnosi principali di questi minori, permettendo di identificare tra gli utenti con un problema di salute legato alle condizioni socioeconomiche e a circostanze psicosociali le diverse tipologie di diagnosi prevalenti.

Utilizzando come riferimento il singolo codice diagnostico prevalente, appare evidente che tra questi bambini con problemi di salute e con bisogni di natura socioeconomici e psicosociali molti presentano diagnosi di disturbo dell’attenzione e dell’iperattività ADHD (F90.0). Sono infatti 11

Tabella 14: Utenti del gruppo di interesse con problemi di salute legati a condizioni socioeconomiche e circostanze psicosociali per diagnosi principale.

Codice	Casi	Descrizione	Casi %
F40.9	1	Disturbo ansioso-fobico non specificato	3%
F70.0	3	Ritardo mentale lieve	8%
F71.0	1	Ritardo mentale di media gravità	3%
F72.0	1	Ritardo mentale grave	3%
F72.1	1	Ritardo mentale grave: Disturbo del comportamento evidente	3%
F80.0	1	Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio	3%
F80.2	3	Disturbi della comprensione del linguaggio	8%
F81.9	3	Disturbo evolutivo delle capacità scolastiche, non specificato	8%
F82.0	1	Disturbo evolutivo specifico della funzione grosso-motoria	3%
F83.0	3	Disturbo evolutivo specifico misto	8%
F84.0	1	Autismo infantile	3%
F84.5	1	Sindrome di Asperger	3%
F84.9	1	Disturbo evolutivo globale non specificato	3%
<b>F90.0</b>	<b>11</b>	<b>Disturbo dell'attività e dell'attenzione</b>	<b>28%</b>
F90.1	1	Disturbo ipercinetico del comportamento sociale	3%
F92.0	1	Disturbo del comportamento sociale depressivo	3%
F92.8	1	Altro disturbo misto della condotta e della sfera emozionale	3%
F93.0	1	Disturbo ansioso da separazione dell'infanzia	3%
F93.8	1	Altri disturbi emozionali dell'infanzia	3%
F93.9	1	Disturbo emozionale dell'infanzia non specificato	3%
H51.0	1	Paralisi della coniugazione dello sguardo	3%
H90.0	1	Sordità bilaterale da difetto di trasmissione	3%
<b>TOT</b>	<b>40</b>		<b>100%</b>

(28%) gli utenti con questa “doppia diagnosi”.

Si è infine proceduto a definire dei sottogruppi di utenti accomunati da caratteristiche diagnostiche affini e bisogni sociali simili, per i quali è ipotizzabile definire interventi specifici di *policy* pubblica o di servizio sociale che possano migliorarne le condizioni socioeconomiche e relazionali (tab. 15).

Tabella 15: Utenti del gruppo di interesse con problemi di salute legati a condizioni socioeconomiche e circostanze psicosociali raggruppati per tipologia di diagnosi principale

Ritardo mentale				
F70.0	3	Ritardo mentale lieve	8%	15%
F71.0	1	Ritardo mentale di media gravità	3%	
F72.0	1	Ritardo mentale grave	3%	
F72.1	1	Ritardo mentale grave: Disturbo del comportamento evidente	3%	
Disturbi del linguaggio o DSA				
F80.0	1	Disturbo specifico dell'articolazione dell'eloquio	3%	18%
F80.2	3	Disturbi della comprensione del linguaggio	8%	
F81.9	3	Disturbo evolutivo delle capacità scolastiche, non specificato	8%	
Disturbi evolutivi				
F83.0	3	Disturbo evolutivo specifico misto	8%	15%
F84.0	1	Autismo infantile	3%	
F84.5	1	Sindrome di Asperger	3%	
F84.9	1	Disturbo evolutivo globale non specificato	3%	
ADHD e affini				
F90.0	11	Disturbo dell'attività e dell'attenzione	28%	43%
F90.1	1	Disturbo ipercinetico del comportamento sociale	3%	
F92.0	1	Disturbo del comportamento sociale depressivo	3%	
F92.8	1	Altro disturbo misto della condotta e della sfera emozionale	3%	
F93.0	1	Disturbo ansioso da separazione dell'infanzia	3%	
F93.8	1	Altri disturbi emozionali dell'infanzia	3%	
F93.9	1	Disturbo emozionale dell'infanzia non specificato	3%	

Si sono identificati quattro gruppi di utenti con bisogni di natura socioeconomica e/o relazionale connessi alla diagnosi prevalente:

- gli utenti con ritardo;
- gli utenti con disturbi del linguaggio o DSA;
- gli utenti con disturbi evolutivi;
- gli utenti con ADHD o disturbi affini.

Quest'ultimo gruppo conta 17 minori, pari al 43% dei minori identificati in situazione di maggiore bisogno.

Considerando tutti gli studenti con disabilità del Cadore e dell'Agordino, l'incidenza dei codici diagnostici che indicano un bisogno sociale (Z60, Z61, Z62, Z63) è del 19%. Considerando unicamente gli utenti con diagnosi principale di ADHD (F90.0), questo dato sale al 32%. In altre parole, nel campione considerato, tra gli utenti con diagnosi prevalente di ADHD, i bisogni di natura socioeconomica e relazionale sono molto più frequenti che nella popolazione disabile in generale.

### 3.7 Conclusioni.

Il presente lavoro si poneva come obiettivo generale la raccolta di dati anagrafici e diagnostici della popolazione scolastica disabile nell'area di competenza dell'AULSS 1 Dolomiti al fine di descriverne le caratteristiche, compararla con la popolazione scolastica disabile nazionale e identificare, all'interno del campione locale, specifici sottogruppi caratterizzati da diagnosi e bisogni sociali affini, per i quali sia ipotizzabile un intervento di sostegno mirato.

La comparazione ha permesso di evidenziare la similarità per quanto concerne la distribuzione per grado di istruzione e per le tre grandi tipologie di disabilità: quella *visiva*, quella *uditiva* e quella *psicofisica*. Dalla stessa analisi è stato possibile evidenziare una significativa differenza, invece, che interessa la categoria della disabilità *psicofisica*, specificata nelle modalità *intellettiva*, *motoria* e *altro*. Infatti, nel riferimento nazionale, la disabilità psicofisica è caratterizzata dalla prevalenza di diagnosi riconducibili alla modalità *intellettiva*. Differentemente, nel gruppo locale, questa tipologia si caratterizza per la prevalenza di diagnosi ricondotte alla modalità *altro*. Questo dato suggerisce una maggiore frequenza nelle diagnosi di problemi psichiatrici precoci, disturbi specifici di apprendimento certificati in comorbidità con altri disturbi e sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) nel contesto locale rispetto a quello nazionale. Non possiamo tuttavia escludere, come si vedrà più avanti, un problema nella comparabilità dei dati.

Ulteriori differenze si sono riscontrate comparando la tipologia di disabilità e il grado di istruzione. Nella rilevazione nazionale le tipologie *intellettiva* e *altro*, ad eccezione dal passaggio tra scuola dell'infanzia e primaria, rimangono stabili nei passaggi tra gradi di istruzione. Differentemente, nel gruppo di interesse la quota di minori con disabilità di tipo *intellettivo* cresce sensibilmente al passaggio di grado (da 7,1% all'infanzia a 29,7% alla secondaria di II grado) e la quota di utenti con disabilità di *altro* tipo

cala (da 85,7% all'infanzia a 64,5% alla secondaria di II grado). Inoltre, la terza modalità che caratterizza la disabilità *psicofisica*, ossia la disabilità *motoria* non subisce variazioni di entità comparabile alle altre modalità. Questo andamento, crescente per la disabilità *intellettiva* e decrescente per quella di *altro* tipo, suggerisce che all'aumentare del grado di istruzione le diagnosi si spostino dall'una all'altra modalità, presumibilmente a causa dell'aggiornamento della diagnosi prevalente. È possibile che in fase diagnostica, trattandosi di età evolutiva, sia difficoltoso distinguere tra diagnosi afferenti alla disabilità *intellettiva* (ad esempio il ritardo mentale) e alla modalità *altro* (ad esempio l'ADHD). A sostegno di questa ipotesi vi è il fatto che spesso, le diagnosi prevalenti di ritardo mentale si trovano associate con codici diagnostici non prevalenti riferiti all'ADHD, e viceversa.

La significativa differenza rilevata nella distribuzione per tipologie di disabilità psicofisica potrebbe in realtà dipendere da un limite di questa parte dell'analisi, ossia dal fatto che le tipologie di disabilità adottate dal MIUR potrebbero non essere comparabili con quelle dell'ICD-10. Il principale ostacolo in questo senso è la mancanza di una definizione puntuale delle tipologie di disabilità da parte del MIUR.

L'analisi del gruppo di interesse ha permesso di definire le disabilità maggiormente rappresentate. Si sono riportate quattro diagnosi particolarmente frequenti: il ritardo mentale (14,4%), l'autismo infantile (14,2%), l'ADHD (11%), i DSA (9,9%).

La stessa analisi, integrata con le informazioni diagnostiche dei codici non prevalenti, ha permesso di identificare un sottogruppo di utenti con caratteristiche diagnostiche e bisogni sociali simili. Tra minori con bisogni socioeconomici e relazionali espressi dai codici diagnostici Z60, Z61 e Z63 sono particolarmente frequenti diagnosi prevalenti di ADHD. Questi bisogni sono riconducibili, rispettivamente, a problemi legati all'ambiente sociale, a un evento negativo della vita durante l'infanzia o sono connessi alla cerchia relazionale ristretta e possono trovare una risposta globale in

un intervento mirato. In questo senso sono ipotizzabili interventi di sostegno, politiche pubbliche o servizi *ad hoc* per quei nuclei familiari rilevati in situazione di particolare bisogno.

### 3.8 *Sviluppi futuri.*

Per raggiungere gli obiettivi di questo elaborato è stato necessario sistematizzare i dati raccolti in un *database* integrabile utilizzabile per l'analisi. Tale *database* è adattabile alle esigenze dei servizi sociali dell'area di riferimento per fini di monitoraggio della popolazione scolastica con disabilità.

Le informazioni raccolte possono essere integrate e analizzate per finalità rilevanti, quali la previsione dei bisogni di trasporto dell'utenza a carico degli enti locali, che potrebbero così prevedere più efficacemente queste spese. È possibile prevedere in quali scuole si distribuiranno i minori con specifiche disabilità. È infatti sensato, in un territorio come quello considerato e in ottica di orientamento efficace delle risorse pubbliche, dotare le scuole degli strumenti tecnologici e per l'accessibilità necessari nel caso si iscrivano utenti con disabilità sensoriale. Il lavoro può essere ulteriormente arricchito dal dato del numero di ore di insegnante di sostegno e assistente *ad personam* per utente.

I risultati sulle disabilità maggiormente rappresentate possono essere ricomposti per sede di servizio dei SISS, differenziando le caratteristiche proprie dei tre bacini di utenza. Tale analisi permetterebbe agli enti locali e agli istituti scolastici una previsione realistica del fabbisogno formativo dei soggetti compresi nel "sistema scuola" (docenti curricolari, docenti di sostegno, personale ATA, ecc.) e nel "sistema sociale" (assistenti sociali, educatori professionali, assistenti *ad personam*, ecc.).

L'ultimo possibile sviluppo che si vuole evidenziare è la possibilità di isolare, comprendendo anche gli utenti afferenti alla sede di Belluno, i

sottogruppi accomunati sia da una specifica disabilità che da uno specifico bisogno sociale, anche in relazione all'indicatore ISEE. Ciò corrisponde alla capacità di proporre interventi o servizi mirati e orientare le risorse verso le situazioni che esprimono maggiormente bisogno, anche di natura sociale. In questo senso l'esperienza per le aree del Cadore e dell'Agordino si sono dimostrate molto interessanti e molto promettenti. Si auspica un'espansione dell'utilizzo delle categorie diagnostiche riferite al bisogno sociale e codificate con ICD-10 anche al territorio di Belluno.

## BIBLIOGRAFIA

Commissione Europea. (2010). *Strategia europea sulla disabilità (2010-2020)*.

<https://eurlex.europa.eu/legalcontent/IT/TXT/?uri=celex%3A52010DC0636>

Dichiarazione di Madrid. (2002). *Dichiarazione di Madrid*.

<https://www.wpanet.org/current-madrid-declaration?lang=it>

Istat. (2021a). *Audizione dell'Istat presso il Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*.

<https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/it/notizie/audizione-dell-istat-presso-il-comitato-tecnico-scientifico-dell-osservatorio/>

Istat. (2021b). *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità - 2020-2021*.

<https://www.istat.it/it/files/2022/01/report-alunni-con-disabilita.pdf>

Istat. (2021c). *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità - A.S. 2019-2020*.

<https://www.istat.it/it/files/2020/12/Report-alunni-con-disabilit%C3%A0.pdf>

Kock, M. (2004). Disability Law in Germany: An Overview of Employment, Education and Access Rights. *German Law Journal*, 5(11), 1373–1392.

<https://doi.org/10.1017/s2071832200013286>

Lascioli, A. (2011). Scuola dell'infanzia e disabilità. Dalla segregazione all'inclusione. *L'integrazione scolastica e sociale*, 4(4), 366–373.

<http://www.erickson.it/Riviste/Pagine/Scheda-NumeroRivista.aspx?ItemId=39411>

MIUR. (1975). *Relazione conclusiva della Commissione Falcucci concernente i problemi scolastici degli alunni handicappati*.

<https://www.disabili.com/images/pdf/Documento-Falcucci.pdf>

- MIUR. (2004). *L'integrazione dei disabili in Europa*.  
<https://eurydice.indire.it/pubblicazioni/lintegrazione-dei-disabili-in-europa/>
- MIUR. (2022). *I principali dati relativi agli alunni con disabilità - aa.ss. 2019/2020, 2020/2021*.  
<https://www.miur.gov.it/documents/20182/6891182>
- OMS. (2004). *ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Centro studi Erickson.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42417/9788879466288\\_ita.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42417/9788879466288_ita.pdf)
- ONU. (2006). *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*.  
<https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/it/documentazione-relativa-alla-convenzione-delle-nazioni-unite/>
- Pasqualotto L. (2014). Disabilità e inclusione secondo il capability approach. *L'integrazione scolastica e sociale*, 13(3), 278–284.  
<https://rivistedigitali.erickson.it/integrazione-scolastica-sociale/it/visualizza/pdf/988>
- UNESCO. (1994). *Dichiarazione di Salamanca*.  
[https://sito01.seieditrice.com/concorso-idr/files/2018/06/2\\_5\\_DichiarazioneDiSalamanca-1994\\_UNESCO.pdf](https://sito01.seieditrice.com/concorso-idr/files/2018/06/2_5_DichiarazioneDiSalamanca-1994_UNESCO.pdf)