



# ***Lavorare in rete per l'inclusione: dalla classificazione all'osservatorio.***

***Metodologie di lavoro nei servizi educativi,  
per l'inclusione di bambini e bambine con  
bisogni speciali***

***Lunedì, 5 settembre 2011 ore 15-18  
Arteficerie Almagià - Ravenna***



***Lavorare in rete per l'inclusione:  
dalla classificazione all'osservatorio.***

***Metodologie di lavoro nei servizi educativi, per l'inclusione di bambini e  
bambine con bisogni speciali***

<b>Apertura dei lavori</b>	<i>Ouidad Bakkali</i>	<i>Assessore alla Cultura, P. Istruzione e Infanzia</i>
<b>Presentazione</b>	<i>Mirella Borghi</i>	<i>Dirigente UO Progetti e Qualificazione Pedagogica Comune di Ravenna</i>
<b>Interventi:</b>	<i>Andrea Canevaro</i>	<i>Docente Pedagogia Speciale Università di Bologna</i>
	<i>Stefan von Prodzinski</i>	<i>Collaboratore Università di Bolzano e Bressanone</i>
	<i>Andrea Baldrati</i>	<i>Educatore Prof.le Consorzio SOLCO</i>
	<i>Nadia Righi</i>	<i>Assistente Sociale ASP RavennaCervia e Russi</i>
	<i>Valeria Savoia</i>	<i>Responsabile f.f.U.O.NPIA AUSL Ravenna</i>
	<i>Tiziana Grilli</i>	<i>Responsabile Forum NPIA Ausl Ravenna</i>



COMUNE di RAVENNA  
Istituzione Istruzione e Infanzia  
U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica



## ***“LAVORARE IN RETE PER L’INCLUSIONE”***

***Mirella Borghi***

***Istituzione Istruzione e Infanzia***



## “LAVORARE IN RETE PER L’INCLUSIONE” 5 SETTEMBRE 2011

Questo seminario si posiziona a due anni dall’inizio del lavoro di gruppo dell’  
“Osservatorio per inclusione” con l’obiettivo di affrontare :

- rapporto efficacia ed efficienza della spesa speciale per l’inclusione
- costi e qualità dell’integrazione scolastica e sociale

*Costruire una MAPPATURA DELLA SPESA PER L’ INTEGRAZIONE ha l’obiettivo di  
RILEVARE LA SPESA SOCIALE PER L’INTEGRAZIONE FACENDO  
EMERGERE UNA COMPLESSITÀ MOLTO ALTA CHE METTA IN CAMPO:*

- spesa sociale ufficiale rilevata nei costi dei diversi soggetti istituzionali (si segnala quanto sia difficile rilevarla nella complessità della integrazione)
- spesa sociale non rilevata ( famiglie, territorio, rinunce individuali e sociali, riposizionamento delle aspirazioni familiari etc.)
- competenze formali ( delle diverse professionalità coinvolte)
- competenze informali ( famiglie, rete amicale, territorio, associazioni etc)

E’ stato costituito un gruppo di lavoro con il coordinamento di Andrea Canevaro e la presenza di suoi collaboratori dell’ Università, rappresentanti di Istituzione Istruzione e Infanzia e Ufficio di Piano , scuole del territorio e USP, ASP, ASL, educatori sociali delle Cooperative, per comprendere l’articolazione degli interventi, razionalizzarli ed affrontare da diversi punti di vista la ottimizzazione della spesa per l’integrazione e l’inclusione.

AZIONI REALIZZATE fino ad oggi:

GRIGLIA di rilevazione della spesa per l’integrazione e l’inclusione

- confronto fra esperienze e competenze diverse ed esercizio comune di comprensione della complessità
- sperimentazione per ordini di scuole diverse

OSSERVATORIO PER L’INCLUSIONE è la prospettiva di lavoro  
quale sviluppo di un progetto socio-educativo inserito nella programmazione del Piano di  
Zona Socio- sanitario per:





**COMUNE di RAVENNA**  
**Istituzione Istruzione e Infanzia**  
**U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica**



- realizzare attività formative congiunte rivolte ad insegnanti, pedagogisti e diversi operatori sociali e sanitari,
  - coordinare e raccordare gli interventi in ambito educativo, sociale e sanitario per favorire i percorsi di integrazione,
  - modificare prospettive e punto di vista: dall'offerta dei diversi servizi delle istituzioni al riconoscimento/ lettura trasversale dei bisogni e delle richieste delle famiglie che possano trovare risposte adeguate e pertinenti,
  - costruire un KIT come sintesi delle offerte che possano soddisfare i bisogni di famiglie e bambine/i con bisogni speciali in diversi ambiti:
    - l'educazione e la scuola,
    - le terapie sanitarie,
    - la rete amicale, il gioco,
    - lo sport,
    - le attività estive,
    - il supporto delle associazioni per le famiglie etc.
- con LINK di approfondimento dei diversi percorsi a cura dei Servizi e dei soggetti competenti .

Mirella Borghi, dirigente U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica  
Istituzione istruzione e Infanzia – Comune di Ravenna



COMUNE di RAVENNA  
Istituzione Istruzione e Infanzia  
U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica



# ***LAVORARE IN RETE PER L'INCLUSIONE : DALLA CLASSIFICAZIONE ICF ALL'OSSERVATORIO***

***Prof. Andrea Canevaro***

***Università degli Studi di Bologna***



**il numero dei soggetti con bisogni educativi speciali  
è cresciuto.**

**Il numero degli insegnanti “di sostegno”  
ha avuto contrazioni.**

**Accanto agli insegnanti “di sostegno” agiscono,  
in molti casi, Educatori Sociali,  
in forme poco chiare,  
senza riconoscimento di titolo e profilo professionale.**

**La didattica  
non ha percorso una dinamica evolutiva innovativa  
in relazione all’incremento dei soggetti con bisogni educativi speciali.**

**Il numero di coloro che hanno bisogni educativi speciali  
di famiglie provenienti da altri orizzonti culturali è considerato?**



## Lavorare in rete per l'inclusione

dalla classificazione ICF all' Osservatorio

Prof. Andrea Canevaro



**Nel tempo di crisi, un Ente Locale  
ha compiti impossibili e responsabilità rinnovate e rinnovabili.  
Avere un progetto che sia:  
chiaro e quindi leggibile da molti.  
Fondato sull'equità.  
Che risponda realmente a bisogni reali (diritti esigibili).  
Che sia sostenibile perché basato sulla sobrietà.  
Che si integri nella prospettiva dell'economia reale legale.**

**lo scenario dei “sostegni”  
o  
lo scenario delle “competenze diffuse?”**



**Linee di tendenza dello scenario dei “sostegni”:**

- **un rapporto duale.** Nonostante richieste e richiami, l’insegnante “di sostegno” risulta in funzione del soggetto con bisogni educativi speciali.
- **Una visione lineare.** Il percorso della coppia insegnante “di sostegno”/soggetto con bisogni educativi speciali, può avere, ed ha, tempi rallentati, con lunghe soste, in un itinerario che non prevede variabili, che si sviluppa avendo una strada e non un reticolo di possibili percorsi.
- **Una finalità normalizzante.** Il compito più o meno esplicito dell’insegnante “di sostegno” consiste nella *normalizzazione* del soggetto con bisogni educativi speciali. Ovvero nel tentativo di omologazione della sua presenza. Il risultato sarà proporzionale al conseguimento di questo obiettivo. O almeno alla possibilità che il resto della classe svolga una *vita normale*.

**Lo scenario delle “competenze diffuse”.** Questo scenario si propone in concomitanza con la crescita del numero dei soggetti certificati e quindi con bisogni educativi speciali. Le situazioni non sono governabili con la logica monofattoriale. La multifattorialità esige l’attenzione a due termini:

- **Funzionamento.** Assume grande importanza la comprensione del funzionamento del soggetto con bisogni educativi speciali. Ed è importante che lo stesso soggetto comprenda il proprio funzionamento. In questa prospettiva incontriamo altri termini, come *autostima*, *autoefficacia* ...
- **Contesto.** Il termine richiama la tessitura, che raccoglie e ordina diversi possibili fili. Con questo vogliamo sottolineare che non c’è, necessariamente, un modello già dato. Bisogna tener conto delle compatibilità. Non tutti i contesti sono possibili e validi, perché alcuni possono risultare incompatibili rispetto a un metacontesto che rivela l’impronta ecosistemica di questo termine.



**Lo scenario delle “competenze diffuse”:  
non proclama obiettivi (pensiero  
magico)  
ma  
elabora progetti condivisi  
(pensiero sperimentale).  
Come?**

**Lo scenario delle “competenze diffuse”:  
E’ utile avere un modello di  
riferimento?  
A quali condizioni?  
Per fare cosa?  
Con quali verifiche?**



# **Funzionamenti e contesti.**

**Pluralità delle opportunità con  
pluralità di mediatori**



## **—Il progetto individualizzato partecipato**

- 1.**Osservare il funzionamento nei diversi contesti
- 2.**Offrire occasioni nuovi contesti.
- 3.**Mettere al corrente il soggetto.
- 4.**Avere obiettivi condivisi.
- 5.**I rituali di appartenenza





## Il progetto individualizzato partecipato

Io funziono se ...

- Sono ...
- So ...
- Ho ...

Gli altri ...

L'ambiente ...

Gli oggetti, gli arredi ...

I tempi, i ritmi ...

## Il progetto individualizzato partecipato

La mia agenda





## **Il dossier individualizzato partecipato**

- 1. Le professioni coinvolte.**
- 2. La rete sociale.**
- 3. Le tecniche specifiche.**
- 4. La periodizzazione e le valutazioni.**

## **La documentazione partecipata.**



## L'analisi, partecipata, dei costi

## I mediatori per andare dall'integrazione all'inclusione



## Le competenze diffuse:

- nel gruppo-classe
- nella rete sociale
- in famiglia

...

	Michela	Omar	Sabina	Ali	Ingrid	Gino	Anna An n
Meren da Mere	Qualità PrezzoG radimen to	Qualità PrezzoG radimen to	Qualità PrezzoG radimen to	Qualità PrezzoG radimen to	Qualità PrezzoG radimen to	Qualità PrezzoG radimen to	Qualità PrezzoG radimen to
Lettura	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
Telefo nino	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
Jolly	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
Jolly	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
Jolly	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem
Jolly	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem



## Note bibliografiche.

I conti nelle nostre giornate:

- A. CONTARDI (2004), , *Verso l'autonomia. Percorsi educativi per ragazzi con disabilità intellettiva*, Roma, Carocci, Roma.
- L. COTTINI (2006), *Progress. Un software per la progettazione personalizzata nelle situazioni di disabilità*, Brescia, Vannini.

**FINE ?**  
**oppure**  
**INIZIO ?**



COMUNE di RAVENNA  
Istituzione Istruzione e Infanzia  
U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica



## ***L'ICF E LA RETE DEI SERVIZI***

***un po' di radici , i cantieri attuali, alcune  
prospettive interessanti***

***ANDREA BALDRATI***

***COONSORZIO SOLCO***



L'ICF e la rete dei Servizi a Ravenna  
*Un po' di radici, i cantieri attuali, alcune prospettive interessanti*

Nel 2003 una domanda di fondo:

“Come migliorare l'efficacia dei Servizi Educativi per Disabili adulti migliorandone la misurabilità dei risultati”

Misurare meglio gli esiti per:

- Migliorare il lavoro di equipe riducendo i livelli di “soggettività divergente”
- Strutturare meglio il processo di progettazione individualizzata
- Analizzare con maggiore oggettività il livello di competenze degli operatori
- Migliorare la formazione interna e l'organizzazione dei Servizi

Per “misurare adeguatamente gli esiti” occorre:

- “definire con completezza il punto di partenza”
- “condividere gli obiettivi”
- “pianificare in modo strutturato le strategie necessarie, approfondendo la condivisione delle metodologie”

L'ICF quindi è stata scelta come strumento di classificazione del funzionamento individuale perché:

- Internazionale (OMS, 2001 e 2007)
- Multidimensionale (= completa e ordinata, è una ottima base metodologica per l'osservazione strutturata)
- Multiprofessionale
- Multicontestuale



### Anni 2004-2006

#### Obiettivi:

- Definire check list selezionate adeguate alla valutazione multiprofessionale e multidimensionale nell'ambito dei Servizi per adulti con disabilità
- Formare un elevato numero di educatori (circa 80) alle logiche del funzionamento in chiave biopsicosociale e all'osservazione strutturata
- Ampliare progressivamente la rete delle professionalità coinvolte (medici e assistenti sociali)

#### Criticità:

- Rischio dell'eccesso di analisi (check list troppo estese e complesse)
- L'ICF da sola non supporta adeguatamente la progettazione individualizzata
- Coinvolgere le altre dimensioni professionali nei Servizi per adulti era complesso perché non previsto dalle normative

#### Risultati:

- Impostate check list semplificate
- Individuati i criteri di "Qualità della vita" come base concettuale per un Progetto di Vita individualizzato al quale l'ICF fosse funzionale
- Avviati i contatti con i Servizi per disabili nei quali la "rete" è più strutturata: scuola, servizi per minori con disabilità, servizi per l'inserimento lavorativo

### Anni 2006-2008

#### Obiettivi e risultati:

- Definire compiutamente i passaggi metodologici fondamentali:
  - Osservazione del funzionamento: check list ICF specializzate per professionalità
  - Progettazione individualizzata: la Qualità della Vita come oggetto del Progetto
  - Selezione delle metodologie operative: scegliere e imparare le "tecniche di sostegno" più adeguate
- Estendere la logica a tutti i principali Servizi (ossia "contesti di vita ad elevata presenza di professionalità specifiche"):
  - Nidi e Materne del Comune di Ravenna: 2 anni di sperimentazione, nuovi PEI/PDF con ICF, formazione sistematica ad insegnanti ed educatori
  - Scuola Statale: Commissione specifica USP e 2 progetti di sperimentazione/formazione in provincia
  - Servizi per la mediazione al Lavoro – SIIL: Check list osservative specifiche e formazione operatori
  - Centri Educativi per minori: nuovi PEI con ICF e formazione operatori





**Criticità:**

- Incompletezza della rete professionale
- Difficoltà a calare nell'operatività le logiche della Qualità di Vita e del Progetto di Vita
- Esigenza di scegliere e strutturare ulteriormente gli “strumenti operativi” (= metodologiche specifiche di intervento)
- Logica multi contestuale estesa solo (e con difficoltà) ai contesti “professionali”

**Anni 2009-2010**

**Obiettivi e risultati**

- Stabilizzazione degli strumenti osservativi (Check list ICF) e degli strumenti di progettazione (PEI) per tutte le professionalità della rete e per tutti i Servizi della rete territoriale
- Progressiva estensione della formazione ICF (insegnanti, educatori, alcuni clinici, alcuni assistenti sociali)
- Rafforzamento delle metodologie di sostegno specifiche (Centro Autismo e metodologie correlate, focus sul ritardo mentale)
- Accordo di Programma Provinciale per l'integrazione scolastica: la logica biopsicosociale dell'ICF è riconosciuta e indicata come obiettivo dei prossimi 5 anni
- Accredитamento sociosanitario dei Servizi Educativi per persone (adulti) con disabilità: la logica biopsicosociale è riconosciuta come base concettuale per l'UVD, incaricata di presidiare il sostegno al Progetto di Vita
- Osservatorio del Comune di Ravenna come luogo di attenzione all'innovazione e alla sostenibilità

**Anni 2010-2012**

**Criticità e prospettive**

- Difficoltà a completare le modalità di collaborazione tra Professionalità/Organizzazioni (Scuola, Sanità, Servizi Sociali, Gestori dei Servizi)
- Difficoltà a “mettere al centro” la “Qualità di Vita individuale” attraverso un “Progetto di Vita” in chiave biopsicosociale
- Difficoltà nella formazione “a tappeto” degli Operatori sui 3 “fronti” integrati:
  - ICF e lavoro di rete,



**COMUNE di RAVENNA**  
**Istituzione Istruzione e Infanzia**  
**U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica**



- Progettazione individualizzata/Qualità di vita,
- Metodologie specifiche di sostegno
- Carente coinvolgimento di fatto dei contesti “non professionali”: famiglie, reti di “servizi” non specialistici (sport, tempo libero, parrocchie, ecc.), reti informali
- Necessità di affrontare crisi economica e tagli alle risorse
- Esigenza di misurare l’efficacia dei Servizi attraverso le categorie della Qualità di Vita
- Esigenza di misurare l’efficienza dei Servizi quantificandone costi e benefici
- Esigenza di “strutturare professionalmente” modalità di attivazione delle “risorse diffuse” – dalle reti professionali alle reti di vita

**Andrea Baldrati**



COMUNE di RAVENNA  
Istituzione Istruzione e Infanzia  
U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica



# **ICF: APPROCCIO INCLUSIVO *ALLA DISABILITA'***

***Nadia Righi***

***ASP Ravenna Cervia e Russi***



Intervento 5/09/2011

## ICF: APPROCCIO INCLUSIVO ALLA DISABILITA'

Mi permetto di affrontare tale tematica, dal momento che come assistente sociale ho partecipato al Progetto organizzato dal Comune di Ravenna (Servizio Istituzione Infanzia). Tale Progetto ha visto il coinvolgimento nell'anno scolastico 2009/ 2010 dell'ASP, insieme a pedagogisti del Comune, l'ufficio Scolastico provinciale, insegnanti di sostegno, rappresentanti di diversi ordini scolastici dalla prima infanzia ad Istituti Superiori (coinvolgendo 9 scuole), Cooperazione sociale, formatori, psicologi e neuropsichiatri dell'AUSL di Ravenna.

E' stata per me esperienza professionale che ha contribuito a consolidare la consapevolezza di come sia complesso definire la disabilità, chi è disabile e conseguentemente, qual'è il professionista "giusto", il più adeguato con cui mi posso confrontare.

Così l'ICF mi mette davanti a tante questioni.

L'intervento socio-assistenziale sul bambino con disabilità presuppone comunque da parte degli operatori due punti fondamentali: uno di carattere linguistico l'altro di carattere metodologico riscoprendo un modello olistico che supera la dicotomia tra modello sociale e modello medico.

L'ICF, è già stato detto da chi mi ha preceduto, rappresenta un capovolgimento di logica, pone al centro *la qualità della vita* delle persone con disabilità, le loro famiglie, le figure istituzionali coinvolte ecc.

Quando si lavora con il metodo ICF si lavora con chiarezza, non solo per chi fa e che cosa, ma anche come è meglio farlo, includendo per essere efficaci, tutte le professioni coinvolte.

L'inclusione dei professionisti che conoscono il bambino, la famiglia a cui si offre il servizio sono

fondamentali per raggiungere efficienza, per analizzare in modo oggettivo l'ambiente e le potenzialità di chi gioca, lavora, osserva.....

Ormai si è compreso quanto i primi anni di vita siano importanti, perché caratterizzati da una rapida crescita e da cambiamenti fisici irripetibili.



L'ASP e gli altri servizi coinvolti hanno valutato l'ICF come un supporto importante per il Progetto di Vita. La progettualità è più gestibile, e questo aiuta tutti gli attori coinvolti ad avere una quotidianità più facilitante.

Proseguire quindi nell'età adulta alla programmazione di Servizi, al dare risposte sempre più adeguate alle famiglie oltre che al singolo, è da considerarsi una razionalizzazione di risorse, si include non solo per non escludere, ma perché razionalizzare risorse economiche e umane è (valutando i tempi) una cosa giusta.

Adottare il metodo ICF è impegnativo e faticoso per tutti, ma c'è economicità, è duttile.

La nostra Regione sull'esempio del Friuli Venezia Giulia e del Veneto ha realizzato un corso di formazione ICF per le Commissioni di Medicina Legale che esaminano le persone richiedenti invalidità civile. Un'altra interessante formazione vede coinvolta l'ASP di Ravenna che investirà in una formazione specifica per le assistenti sociali.

Questa formazione non ci darà solo uno stesso linguaggio a beneficio di un progetto comune, ma definirà gli strumenti che portano il Servizio Sociale a una rete sempre più consolidata, diventando uno snodo importante e migliorando la qualità del servizio erogato.

L'assistente sociale è sempre più chiamata a legare ogni intervento a un percorso personalizzato che vede spesso coinvolti i Servizi della rete, o Enti diversi e questa peculiarità la porta ad un continuo confronto tra operatori che ormai è da ritenersi una *buona prassi*, costituendo una fondamentale risorsa.

L'assistente sociale mette *al centro del progetto la persona ed i suoi bisogni* e non solo i servizi disponibili. L'inclusione della famiglia è fondamentale come sono fondamentali verifiche in itinere ....

L'ICF offre una metodologia scientifica non solo per la presa in carico, ma anche per verifiche medio lunghe; anno dopo anno i progetti vanno a modificarsi come si modificano le persone per crescita anagrafica e/o per problemi legati a cambiamenti familiari e/o a evoluzioni inerenti le patologie

I campi in cui si concentra l'osservazione e l'utilizzo dell'ICF permette di lavorare con e per la persona/famiglia/ambiente in una esperienza universale che è la disabilità.

L'ICF implica da parte di tutti gli operatori una maggior capacità di coinvolgimento, mettendo il



bambino con disabilità e il suo ambiente al centro della progettazione personalizzata. Ogni intervento è in un'ottica tridimensionale, dando la consapevolezza agli operatori che per primi possono essere facilitatori o barriera.

Il modello ICF permette al bambino o all'adolescente di esprimere eventuali difficoltà e barriere da eliminare partecipando attivamente alla costruzione del suo Progetto di Vita. Inoltre diventa fondamentale la raccolta cartacea, la documentazione che segue l'interessato.

Questo è un altro elemento importante: le informazioni acquisite non si perdono con il turnover degli operatori, cambiare servizio o semplicemente cambiare età non vuol dire passare da un luogo all'altro in modo asettico e frammentato perché l'ICF garantisce continuità informativa nel percorso di vita di una persona disabile.

La vicinanza al cittadino è stata promossa in E.R. anche con la Legge regionale 2/2003 che all'art. 7 promuove lo Sportello Sociale come funzione di integrazione degli accessi al sistema locale implementando servizi sempre più capillari e sempre più rispondenti ai bisogni della popolazione.

Lo Sportello Sociale è presente a Ravenna in 11 Aree Territoriali e vede l'impiego di personale di ruolo che dopo una formazione adeguata ha il compito di accogliere, orientare il cittadino lavorando in sinergia con i servizi pubblici e privati presenti nel territorio cercando di fornire risposte ai bisogni rilevati.

Lo Sportello Sociale ha come obiettivo garantire a tutti il diritto all'accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie. Il diritto all'informazione e alla presa in carico, il diritto ad un piano assistenziale individuale appropriato.

Attualmente sono aperti ai cittadini in alcune giornate e in determinate fasce orarie, sono appena partiti e si è visto una buona rispondenza.

Vorrei catturare ancora un momento la vostra attenzione per dirvi alcune criticità che ho rilevato nel lavoro col modello ICF:

- non è sempre facile tra servizi diversi tenere *“uniti i pezzi”* per arrivare ad una visione unitaria e condivisa delle situazioni e dei relativi interventi;
- *i tempi di lavoro* che prevedono il coinvolgimento di varie figure professionali spesso non sono fluidi come si vorrebbe.
- *L'integrazione* dei servizi e delle professionalità è un obiettivo che dobbiamo sempre perseguire, ma difficile da raggiungere



**COMUNE di RAVENNA**  
**Istituzione Istruzione e Infanzia**  
**U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica**



L'ICF chiama ad una analisi della situazione di disagio del singolo che però richiama a responsabilità collettive, questo si raggiunge se tutti gli attori che ruotano attorno a quella situazione lavorano insieme in modo sinergico e complementare, senza sostituirsi l'uno all'altro.

Quando si è in tanti la fatica si condivide e le risorse aumentano.

Ringrazio tutti per l'attenzione

Nadia Righi  
**Ass. Sociale ASP Ravenna Cervia e Russi**



COMUNE di RAVENNA  
Istituzione Istruzione e Infanzia  
U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica



***LAVORARE IN RETE PER L'INCLUSIONE :  
DALLA CLASSIFICAZIONE ICF  
ALL'OSSERVATORIO***

***Valeria Savoia***

***AUSL Ravenna***





Seminario 5 settembre 2011

## **LAVORARE IN RETE PER L'INCLUSIONE : DALLA CLASSIFICAZIONE ICF ALL'OSSERVATORIO.**

Essendo stata invitata a parlare in questa sede come rappresentante del mio servizio e quindi dell'Azienda cui esso appartiene, credo sia necessario sottolineare come il concetto di integrazione appartenga anche al patrimonio di pensiero che sottende al suo operare.

Mi pare significativo ricordare che all'articolo 5 dell'Atto Aziendale licenziato nel 2007, laddove vengono riportati i principi guida dell'organizzazione, al primo posto venga collocato proprio quello dell'integrazione che viene così enunciato: "L'integrazione è una modalità stabile ed irrinunciabile di funzionamento che assicura la composizione delle ragioni di prossimità e di accessibilità dei servizi con quelle di efficacia ed efficienza.

L'integrazione dà la possibilità di produrre più servizi di migliore qualità con le stesse risorse e di aumentare le risorse per l'assistenza....".

Successivamente, elencando le tipologie di interazione aziendale fa esplicito riferimento alla integrazione coi servizi del territorio ed in considerazione delle specifiche competenze della neuropsichiatria infantile credo che la Scuola rappresenti l'ambito a noi più vicino.

Fatta questa doverosa premessa di carattere istituzionale vorrei condividere alcune riflessioni che sono invece più legate alla esperienza lavorativa personale che mi ha portato, specie in alcuni periodi, ad una consuetudine operativa molto stretta con le Scuole dell'infanzia.

La prima considerazione è che se un bambino qualsiasi, specialmente quando si trova a vivere una situazione di disagio, di qualunque natura, se non c'è un pensiero unico e condiviso fra coloro che si trovano ad operare su di lui, si viene a creare una situazione che mette a repentaglio ogni progetto di lavoro.

Essere oggetto di una condivisione di pensiero è rassicurante e sicuramente produttivo.

L'integrazione dei vari elementi della realtà permette alla scuola di diventare lo spazio che aiuta il bambino a comprendere ed elaborare gli aspetti che l'ambiente circostante, i media, la televisione e gli strumenti informatici in particolare gli rimandano.

Nel caso del bambino disabile l'aspetto dell'integrazione interessa soprattutto come spazio dove tutte le componenti che operano sul bambino si incontrano. Una corretta integrazione assume una valenza terapeutica positiva, al contrario, la mancata integrazione può costituire un ulteriore elemento di frammentazione di una realtà già patologicamente frammentata e scissa.



Questa modalità di lavoro rappresenta un aspetto ormai consolidato di progettualità integrata, di quel “ lavoro in rete” la cui diffusione costituisce una delle opportunità più adeguate che i Servizi, nella loro globalità, hanno per definire progetti di vita sempre più personalizzati e rispondenti alle reali esigenze delle persone disabili.

Dobbiamo però fare costantemente i conti con elementi di realtà molto articolati, con la fragilità, la paura, la negazione, con elementi strutturali come le condizioni sociali, la presenza di reti familiari ed amicali di sostegno ed adesso e sempre di più il linguaggio e i diversi contesti culturali. Questi elementi e molti altri ancora possono disgregare l’effetto di ogni tipo di operatività e dare costantemente la sensazione agli operatori, ai familiari e ai diretti interessati che non ci sia spazio per il pensiero né capacità di previsione né progettualità.

Solo con l’integrazione di tutti gli elementi di realtà che sono in gioco sarà possibile costruire un contenitore, fatto di pensiero innanzitutto, che possa mettere tutti nella condizione di non sentirsi isolato e di proiettarsi in un futuro un po’ più distante del giorno successivo, della settimana, del mese nella cui operatività si è calati.

Questo implica una ricomposizione di tutti gli elementi in gioco intendendo due direzioni principali.

La prima è la dimensione evolutiva: è necessario che tutte le agenzie in gioco abbiano chiara la direzione dell’intervento e l’obiettivo da raggiungere, non tanto nei termini della singola funzione, quanto in quello del funzionamento globale della persona. Solo inquadrando il senso di ciò che si sta facendo in un obiettivo più complessivo, possiamo dare significato ad un’operatività talvolta ripetitiva e faticosa che altrimenti perderebbe ragione d’essere oppure che valutiamo non possa avere significato anche se inserita in un protocollo d’intervento.

L’altra direzione è “il qui ed ora”, l’assetto generale in cui è calata una persona, il dolore, la fatica e le gratificazioni, il mondo dell’intervento e della riabilitazione visto dall’interessato: non è detto che dagli altri siamo percepiti oblativi, interessati, gratificanti, talvolta potremmo essere semplicemente dei persecutori

I nostri interventi in ogni caso causano delle ripercussioni ed una percezione della realtà che se non ascoltata potrebbe causare danni o inficiare l’intervento.

Uno degli aspetti che potrebbe mettere in crisi questa modalità di operatività integrata è rappresentato dall’assenza di un codice comunicativo condiviso.

Il fulcro di questo incontro di oggi è rappresentato dall’ICF che costituisce il dispositivo che permette di ovviare a questo rischio.

Infatti parliamo di uno strumento che derivando dal lavoro dell’Organizzazione mondiale della sanità ci mette in condizione di poter sensatamente comunicare con altri territori ed altre realtà. Ci permette di misurare e quindi anche di sperimentare. Come è già stato



abbondantemente e chiaramente esposto l'ICF si delinea come una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare le disabilità.

Tramite l'ICF si vuole quindi descrivere non le persone, ma le loro situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale e sottolineare l'individuo non solo come persona avente malattie o disabilità, ma soprattutto evidenziarne l'unicità e la globalità.

Lo strumento descrive tali situazioni adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione fra i vari utilizzatori in tutto il mondo. Stante l'importanza dello strumento ritengo che sia una delle nostre criticità la conoscenza ancora scarsa di questo sistema di classificazione.

Questa necessità di pensare contemporaneamente ad aspetti evolutivi e relazionali può essere coniugata infatti solo attraverso il coinvolgimento di tutte le persone che sono attorno al bambino.

Innanzitutto la famiglia che non solo ha l'onere di fare i conti con le necessità che un bambino in difficoltà presenta, ma sente anche l'esigenza di rapportarsi a questo evento che non può che essere vissuto come doloroso e talvolta distruttivo.

Una richiesta di intervento di questo tipo è già molto più problematica rispetto al rapporto che comunemente si ha con i servizi sanitari e la pediatria: tutto ciò che riguarda competenze e capacità tocca profondamente l'investimento che i familiari hanno sul bambino e la propria immagine nei confronti del mondo e della percezione di sé.

Siamo di fronte non tanto ad una semplice domanda di cura ma a qualcosa che può avere a che vedere con la reintegrazione ed il risarcimento.

E' in gioco, anche se non verbalizzato, un'idea di guarigione che non appartiene ai nostri Servizi che sono in grado talvolta di esprimere una cura magari ottima, ma certamente non una guarigione. E poi tutte le altre istanze che hanno a che vedere con la riabilitazione e con la cura nel senso più generale del termine: per quanto con apparizioni talvolta fugaci tutte le istanze in gioco sono importanti, tutti Servizi che sono intorno alla nascita per esempio: abbiamo una percentuale rilevante di problematiche che vengono messe a fuoco alla nascita o ancora prima che questo avvenga, e quindi i Servizi consultoriali, la Pediatria Ospedaliera e via via i Servizi che più a lungo seguono i bambini, la Pediatria di Base e di Comunità, le attività scolastiche in generale, dai primi importanti contatti con un ambiente esterno alla famiglia come il Nido e la Scuola dell'Infanzia, fino all'universo scolastico nella sua complessità ed articolazione.

E poi i Servizi Sociali, partner essenziale, ponte per quella che è stata chiamata "rete di Centri e servizi".



**COMUNE di RAVENNA**  
**Istituzione Istruzione e Infanzia**  
**U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica**



Sono sempre più convinta che il compito dell'operatività in questo settore e quindi anche quello del mio servizio sia quello di porsi come elemento di integrazione.

Per i nostri bambini come posto dove si deve stare, dove si deve stare con gli altri per tempi molto rilevanti della propria esistenza, la scuola è il tempo e luogo ideale per mettere in connessione i contenuti più rilevanti della propria esistenza. Possono essere sia profondi elementi di significazione della propria realtà personale ed affettiva che nuovi e assolutamente creativi e vitali momenti di ricomposizione di assetti culturali variegati.

Il servizio sanitario è un elemento importante, ma è un elemento, può contribuire alla stabilità ma non ha in sé gli elementi della stabilità, può intervenire velocemente ma non può prevenire e anche il concetto di guarigione e remissione del sintomo deve essere analizzato nel contesto di relazione e significazione del grande apparato di normalizzazione della scuola.

Già il compito di accompagnare la popolazione in età evolutiva nel conoscere e nel comprendere è spaventosamente complesso e responsabilizzante, pensare di eliminare o non prendere in dovuta considerazione importanti momenti di integrazione vuol dire sfavorire tutti.

Dott.ssa Valeria Savoia  
*Responsabile f.f. U.O.NPIA AUSL Ravenna*



COMUNE di RAVENNA  
Istituzione Istruzione e Infanzia  
U.O. Progetti e Qualificazione Pedagogica



## ***“ LAVORARE IN RETE PER L’INCLUSIONE”***

***Tiziana Grilli***

***AUSL Ravenna***



ICF ICF-CY      Convegno 5 settembre 2011-09-05

Essendo in chiusura di questo bel pomeriggio di lavoro insieme , saluto e ringrazio i promotori di questo incontro e tutti i convenuti.

Quando mi hanno chiesto di intervenire su questo tema che affrontava specificatamente l'ICF ho pensato che non lo conoscevo abbastanza per avere anche solo un pensiero che non fosse un po' superficiale, mi sono chiesta quindi quale fosse la chiave attraverso la quale approcciare la conoscenza di questo strumento così complesso e innovativo e ho cominciato dalla prima pagina, dalla nota introduttiva della Dr. Leopardi Curatrice della versione italiana datata 2002.

Una cosa mi ha colpito particolarmente la varietà dei profili professionali delle persone che hanno lavorato per la definizione della attuale versione, gli Enti i Ministeri , i vari professionisti del settore e non , ma l'autrice pone particolare rilievo nel ringraziare: “ ... **soprattutto le persone con diverse condizioni di salute e le loro famiglie.....**”.

Chiamare le persone con disabilità “ persone con diverse condizioni di salute e le loro famiglie” questo è l'elemento innovativo vero, ho riletto questa frase più volte per capire perché interveniva un cambiamento di linguaggio così radicale, e perché erano intervenuti economisti, studiosi di statistica, politici, e allora ho capovolto il volume e sono andata alle ultime pagine dove vengono elencati tutti i partecipanti e leggere tale elenco dà una sensazione di fiducia e garanzia sulla trasversalità degli interventi e sulla loro qualità, questa trasversalità e pluralità di “visioni” rispecchia la complessità della disabilità da INCLUDERE nella complessità sociale e la necessità quindi di uno studio e trattamento multidisciplinare della materia e dei soggetti disabili.

Sempre andando a ritroso ho trovato le **indicazioni etiche per l'utilizzo dell'ICF**, anche questo non è comune , ritornare a parlare di ETICA riferendosi al tema della Disabilità credo che se ne senta il bisogno, tornare a parlare di diritti e rispetto e riservatezza nei contesti clinici, nella società, dove cito dal testo : “ **le informazioni dell'ICF dovrebbero essere usate nella prospettiva dello sviluppo di un cambiamento POLITICO e SOCIALE che si proponga di FAVORIRE E DI SOSTENERE LA PARTECIPAZIONE DEGLI INDIVIDUI con le loro possibilità di scelta e il controllo sulle loro vite.**” E ' una classificazione, c'è un sistema categoriale ma sempre l'accento viene posto sull'individuo, mai si perde di vista il benessere di quella persona e sottolineo **di quella persona nel proprio contesto di vita reale.**

Mettere sullo stesso piano la persona con l'ambiente, guardate che questo per le famiglie è fondamentale, quanti in contesti diversi dall'ambiente familiare non riconoscono il





comportamento del proprio figlio, specificando che questo è comunque vero anche per i ragazzi che non hanno disabilità, per quelli con disabilità il contesto, inteso così bene nelle sue articolazioni di “ PRODOTTI e TECNOLOGIA, AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI AMBIENTALI EFFETTUATI DALL’UOMO, RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE, ATTEGGIAMENTI, SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE “ ha un valore fondamentale.

Saltando la parte dei contenuti che lascio ad operatori competenti , formati e credo molto motivati, senza voler trascurare il fatto che l’applicazione di questo strumento sarà un momento complesso nel nostro sistema di servizi perché richiede un tale profondo cambiamento dei paradigmi concettuali che ancora resistono sul tema della disabilità, vorrei esprimere , se mi è concesso di farlo, un pensiero una riflessione che in particolare mi è stata stimolata dalla considerazione che sono passati 10 anni per l’ICF e 6 per l’ICF-CY e ancora la sua applicazione soffre, credo che questo strumento infatti contenga in sé la sua forza e la sua debolezza, se così posso chiamarla, è davvero quello che maggiormente rispecchia il sentire della persona e della sua famiglia perché meglio di qualunque altro strumento di indagine e conoscenza della persona con disabilità descrive la persona stessa nel contesto di vita reale con particolari e sofisticate interrelazioni, ma proprio per questo **RESPONSABILIZZA TUTTI**, nessuno escluso, la persona non è più passiva rispetto agli interventi ma viene chiamata a partecipare e a condividere, così la famiglia, e l’ambiente e la società e la POLITICA cioè nel concreto NOI inteso come ciascuno quindi IO , TUTTI siamo a qualche titolo chiamati a dare un contributo che faccia parte di un insieme di interventi su diversi profili e in un continuum dinamico long-life che dura tutto l’arco della vita delle persone, **UN CONTRIBUTO DI ACCOGLIENZA , DI ASCOLTO, DI CURA, E DI VERA INTEGRAZIONE CIVILE E SOCIALE.**

DOTT.SSA TIZIANA GRILLI  
Responsabile del Forum per la NPPIA  
DSM Ausl di Ravenna

## DALLA CLASSIFICAZIONE ICF ALL'OSSERVATORIO

### Metodologie di lavoro nei servizi educativi per l'inclusione di bambine/i con bisogni speciali

#### ICF – Un nuovo approccio per affrontare i problemi della disabilità Stefan von Prondzinski

Nel 2001 l'assemblea generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato la nuova **Classificazione Internazionale del Funzionamento**, della **Disabilità** e della **Salute**, chiamato **ICF**. Oltre ad essere un sistema complesso e universale di classificazione l'ICF ha introdotto un concetto innovativo di disabilità.

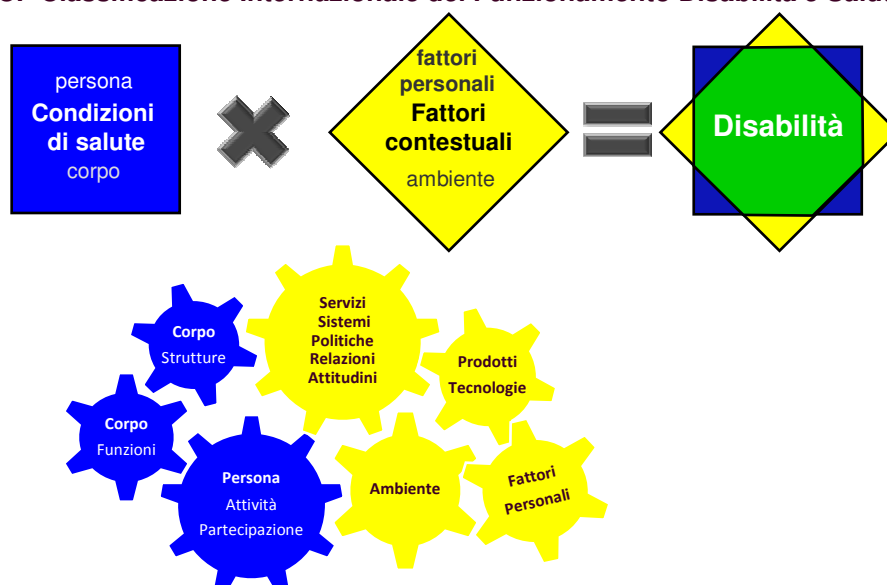
Precedentemente all'ICF, l'OMS aveva proposto nel 1980 un modello di Classificazione Internazionale denominato ICIDH, che ha introdotto la distinzione tra menomazione, disabilità e handicap. Dopo dodici anni il concetto di handicap è stato riportato in Italia con il termine "Persona Handicappata" nella legge quadro 104 del 1992. Questo modello descrittivo si basa sulla classificazione delle diversità attraverso parametri e concetti tutti di tipo negativo.

Per questo motivo e per la difficile applicazione pratica l'ICIDH ha ricevuto molte critiche che hanno portato al processo di stesura dell'ICF. L'ICF focalizza l'attenzione su **Salute** e **Funzionamento**, non su disabilità. Nel passato la disabilità iniziava dove finiva la salute. Quando eri disabili appartenevi ad un gruppo separato, il gruppo dei disabili.

L'ICF si allontana da questo modello di pensiero. È un cambio radicale: dall'enfasi sulla disabilità della persona ora focalizziamo l'attenzione sulla **salute della persona**. Infatti, focalizzando su come le persone funzionano e di cosa hanno bisogno per vivere al meglio le loro potenzialità, la classificazione ICF può porre fine all'isolamento e alla discriminazione e può promuovere l'integrazione e l'inclusione.

La parte più innovativa dell'ICF riguarda il nuovo concetto di **disabilità**, definito come risultato dell'insieme delle interazioni negative tra le **condizioni di salute della persona** e tutti i **fattori contestuali**. Questa espressione sintetica, illustrata dal grafico sotto, ha bisogno di essere analizzata e approfondita per meglio comprendere la dimensione e le caratteristiche del nuovo concetto di disabilità.

#### La nuova definizione della disabilità ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento Disabilità e Salute





Il primo pilastro sul quale poggia il nuovo concetto di disabilità è costituito dalle **condizioni di salute**. La salute riguarda tutte le persone. Dalla nascita e durante il percorso di vita le condizioni di salute possono variare sia temporaneamente che in forma permanente. Nell'arco della vita ogni persona può quindi incontrare direttamente o indirettamente la disabilità. In questa ottica la disabilità non è più un problema di un piccolo gruppo di persone, ma un problema che riguarda tutti noi.

L'ICF descrive le condizioni di salute sue due distinti piani: il **corpo** e la **persona**. La dimensione del corpo include tutte le **strutture** e le relative **funzioni corporee**. È possibile ad esempio descrivere il cuore (struttura corporea) e le rispettive funzioni cardiovascolari (funzioni), oppure la struttura dell'occhio e le sue funzioni visive. Le anomalie funzionali e/o strutturali possono determinare delle **menomazioni**, diagnosticate e valutate da parte dei medici.

Di cruciale importanza per l'ambito educativo, assistenziale e riabilitativo sono i riflessi dei problemi funzionali e/o strutturali sul piano della persona, che include l'intera gamma delle **attività** individuali, come l'apprendimento, la comunicazione, la mobilità e la cura della propria persona, e le diverse forme di **partecipazione** sociale, come le relazioni interpersonali, andare a scuola o al lavoro, la partecipazione alla vita culturale, civile e politica.

Le attività possono subire **limitazioni** e la partecipazione può essere sottoposta a delle **restrizioni**, alterando così la **capacità** e la **performance** della persona. Individuare e valutare i livelli personali di capacità e performance, in base alla eventuali menomazioni diagnosticate, entra nei compiti delle figure educative e assistenziali. Rispetto l'esempio dei problemi cardiaci ci interessa come la persona svolge le attività e le partecipazioni che richiedono particolari sforzi, come camminare a lunghe distanze, sollevare pesi, lavorare per molte ore. Mentre nel caso dei problemi visivi ci interessa se la persona legge, se copia dalla lavagna e se si muove con sicurezza per strada.

È evidente che i **fattori ambientali** possono interferire notevolmente sia sul piano funzionale, sia su quello della capacità e performance. Per una persona con problemi cardiaci vivere in montagna, anziché in pianura, può essere un grande problema spostarsi a piedi in salita, mentre la buona qualità dell'aria facilita le sue funzioni respiratorie, che sono collegate con quelle cardiovascolari. Invece una persona ipovedente può essere facilitata nella lettura da una forte intensità della luce, mentre per un altro ipovedente la stessa luce diventa una barriera visiva per la lettura, in quanto fonte di abbagliamento.

Il **contesto** e le relative interferenze sulle condizioni di salute rappresenta il secondo pilastro del nuovo concetto di disabilità. I **fattori contestuali** comprendono i fattori ambientali ed i fattori personali.

Nei **fattori ambientali** sono inclusi non solo quelli fisici come i prodotti, le tecnologie e gli ambienti naturali e modificati dall'uomo, ma anche gli atteggiamenti delle persone intorno alla persona con disabilità, i servizi a disposizione, le norme, le ideologie e le politiche.

Tutti questi fattori possono avere un impatto negativo in forma di barriera, ostacolo e impedimento, oppure possono avere un impatto positivo in forma di facilitatore, aiuto e supporto. Individuare e modificare le barriere e i facilitatori significa cambiare la qualità di vita della persona con disabilità, anche se rimane invariata la situazione sul piano strutturale e funzionale corporeo. Questa è la dimensione più innovativa che l'ICF ha contrapposto alla precedente causalità sequenziale presente nel concetto: Menomazione – Disabilità Handicap.

Anche i **fattori personali** come l'età della persona, il sesso, il tipo e il grado di istruzione, la professione, il carattere e la propria storia interagiscono con il nuovo concetto di disabilità. L'ICF permette una dettagliata descrizione dei fattori personali, ma non una loro valutazione qualitativa, **perché l'ICF non può e non vuole classificare le persone**, bensì le loro condizioni di salute in relazione ai fattori ambientali. In questo modo l'ICF dà la possibilità di definire la disabilità, analizzando le complesse interrelazioni dei più svariati fattori e condizioni.

Creare e adattare contesti inclusivi che favoriscono lo **sviluppo**, le **attività** e la **partecipazione** del bambino con disabilità anche multipla è necessario **osservare**, **conoscere**, **analizzare** e **discutere** le molteplici **interrelazioni** tra le condizioni del **corpo**, della **persona**, **dell'ambiente** e dei **fattori personali**, eliminando (-) gli **ostacoli** e potenziano (+) i **facilitatori**. Il lavoro in rete tra persone e istituzioni è indispensabile per realizzare contesti inclusivi con l'approccio dell'ICF. Strumenti operativi semplificate (griglie ICF adattate), momenti di formazione e di approfondimento, nonché l'analisi di situazioni reali sono necessario per trasformare il pensiero dell'ICF in realtà.

Note di approfondimento:

Il sito [www.openicf.it](http://www.openicf.it) offre la possibilità di entrare in contatto e di approfondire quanto sopra esposto. Maggiori informazioni su OpenIcf :

[http://www.asphi.it/ASPHInforma/N.40/p14\\_OpenIcf.html](http://www.asphi.it/ASPHInforma/N.40/p14_OpenIcf.html)