

L'integrazione in ambito scolastico: per quali disabilità? Con quali strategie?

Santo Di Nuovo

1. L'integrazione nella scuola: dai dati ai problemi

Qualche anno fa Michael Giangreco e Mary Beth Doyle, dell'Università del Vermont, hanno compiuto una visita a scopo di ricerca in diverse scuole italiane, per verificare somiglianze e differenze fra gli approcci statunitensi e italiani all'integrazione. Quella visita, e il report che ne derivò (Giangreco, Doyle e Suter 2012), ha consentito di precisare alcune variabili-chiave del processo di integrazione realizzato nel nostro Paese: anzitutto la definizione di disabile, le diverse figure professionali di assistenza coinvolte, la quantità specifica di tempo da dedicare alla riabilitazione in aula o fuori di essa.

I dati furono raccolti nel 2011 da un campione mirato di 16 scuole pubbliche collocate in cinque regioni italiane (Lazio, Lombardia, Puglia, Veneto, Sicilia) e appartenenti a tutti i gradi scolastici. Il totale degli studenti iscritti in queste scuole variava da 231 a 1.560; circa il 14% erano appartenenti a minoranze culturali o etniche (non italiani) e circa il 12% stavano imparando l'italiano come seconda lingua. Le stime per quanto riguarda la percentuale di studenti di queste scuole che erano considerati economicamente svantaggiati variava da circa 1% a oltre il 20%. La media della dimensione della classe variava da 19 a 27.

Certamente il campione di scuole era troppo piccolo per trarre inferenze statisticamente significative o per fare ampie generalizzazioni, ma le analisi dei dati hanno consentito di porre alcune questioni rilevanti, specialmente nel confronto tra le 7 scuole secondarie di secondo grado e le 9 scuole di grado inferiore (tabelle 1 e 2).

| Scuole per regione | Studenti con disabilità certificate | | Studenti con disabilità certificate in classi normali (80% o più) | | Studenti con BES (non certificati come disabili) | | Insegnante di Sostegno ETP | Assistente ETP |
|-----------------------|-------------------------------------|--------------|---|---------------|--|--------------|----------------------------|----------------|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | | |
| | Lazio 1 | 14 | (2.4) | 14 | (100.0) | 49 | | |
| Lazio 2 | 74 | (7.2) | 54 | (73.0) | 155 | (15.0) | 23.0 | 6.0 |
| Lombardia 1 | 13 | (0.8) | 13 | (100.0) | 20 | (1.3) | 5.0 | 4.0 |
| Lombardia 2 | 30 | (5.8) | 28 | (93.3) | 5 | (1.0) | 8.5 | 13.0 |
| Lombardia 3 | 6 | (2.6) | 6 | (100.0) | 20 | (8.7) | 2.0 | 4.0 |
| Lombardia 4 | 40 | (6.0) | 39 | (97.5) | 67 | (10.0) | 13.0 | 4.0 |
| Puglia 1 | 17 | (4.0) | 12 | (70.6) | 50 | (11.7) | 12.0 | 6.0 |
| Sicilia 1 | 26 | (2.6) | 26 | (100.0) | 46 | (4.6) | 11.0 | 1.0 |
| Sicilia 2 | 43 | (9.8) | 43 | (100.0) | 44 | (10.0) | 32.0 | 8.0 |
| Veneto 1 | 38 | (4.5) | 37 | (97.4) | 17 | (2.0) | 17.9 | 4.0 |
| Veneto 2 | 26 | (3.5) | 24 | (92.3) | 19 | (2.6) | 14.0 | 3.0 |
| Veneto 3 | 4 | (0.4) | 4 | (100.0) | 4 | (0.4) | 3.2 | 2.0 |
| Veneto 4 | 24 | (2.7) | 24 | (100.0) | 13 | (1.5) | 13.0 | 8.0 |
| Veneto 5 | 16 | (1.9) | 16 | (100.0) | 15 | (1.8) | 9.0 | 1.4 |
| Veneto 6 | 12 | (3.9) | 10 | (83.3) | 20 | (6.5) | 4.5 | 0.4 |
| Veneto 7 | 18 | (2.1) | 10 | (55.6) | 20 | (2.4) | 8.0 | 3.0 |
| <i>Media</i> | <i>25.1</i> | <i>(3.8)</i> | <i>22.5</i> | <i>(91.4)</i> | <i>35.3</i> | <i>(5.5)</i> | <i>11.4</i> | <i>4.4</i> |
| <i>Deviaz. Stand.</i> | <i>17.5</i> | <i>(2.4)</i> | <i>14.6</i> | <i>(13.6)</i> | <i>36.8</i> | <i>(4.6)</i> | <i>7.8</i> | <i>3.2</i> |

Tabella 1 *Studenti con Disabilità, altri bisogni educative speciali (BES), e personale specializzato di sostegno (tradotto da Giangreco e al., 2012 – ristampato con permesso della rivista Life Span e Disability / Ciclo Evolutivo e Disabilità)*

Note. BES = Bisogni Educativi Speciali; ETP = Equivalente Tempo Pieno.

Tabella 2 *Variabili calcolate riguardanti gli studenti con Disabilità e studenti con Bisogni Educativi Speciali (D+BES) e l'utilizzo del personale (tradotto da Giangreco e al., 2012 – ristampato con permesso della rivista Life Span e Disability / Ciclo Evolutivo e Disabilità)*

| Scuole per regione | D+BES Studenti con disabilità + studenti con BES | | <i>Rapporto tra insegnanti di sostegno (IdS) ETP e studenti con Disabilità (D)</i> | <i>Rapporto tra insegnanti di sostegno (IdS) ETP e studenti D+BES</i> | <i>Densità di insegnanti di sostegno: Rapporto tra IdS ETP e totale di iscrizioni nella scuola</i> | <i>Concentrazione di servizi di educazione speciale: Rapporto tra IdS e Assistenti ETP</i> |
|--------------------|---|--------------|--|---|--|--|
| | <i>n</i> | <i>(%)</i> | | | | |
| Lazio 1 | 63 | (10.9) | 2.3 | 10.5 | 96.2 | 0.5 |
| Lazio 2 | 229 | (22.2) | 3.2 | 10.0 | 44.8 | 0.3 |
| Lombardia 1 | 33 | (2.1) | 2.6 | 6.6 | 312.0 | 0.8 |
| Lombardia 2 | 35 | (6.7) | 3.5 | 4.1 | 61.3 | 1.5 |
| Lombardia 3 | 26 | (11.3) | 3.0 | 13.0 | 115.5 | 2.0 |
| Lombardia 4 | 107 | (16.0) | 3.1 | 8.2 | 51.5 | 0.3 |
| Puglia 1 | 67 | (15.7) | 1.4 | 5.6 | 35.6 | 0.5 |
| Sicilia 1 | 72 | (7.2) | 2.4 | 6.5 | 90.9 | 0.1 |
| Sicilia 2 | 87 | (19.8) | 1.3 | 2.7 | 13.8 | 0.3 |
| Veneto 1 | 55 | (6.5) | 2.1 | 3.1 | 47.4 | 0.2 |
| Veneto 2 | 45 | (6.1) | 1.9 | 3.2 | 52.5 | 0.2 |
| Veneto 3 | 8 | (0.7) | 1.2 | 2.5 | 341.6 | 0.6 |
| Veneto 4 | 37 | (4.1) | 1.8 | 2.8 | 68.9 | 0.6 |
| Veneto 5 | 31 | (3.6) | 1.8 | 3.4 | 94.9 | 0.2 |
| Veneto 6 | 32 | (10.4) | 2.7 | 7.1 | 68.7 | 0.1 |
| Veneto 7 | 38 | (4.5) | 2.3 | 4.8 | 106.3 | 0.4 |
| <i>M</i> | <i>60.3</i> | <i>(9.2)</i> | <i>2.3</i> | <i>5.9</i> | <i>100.1</i> | <i>0.5</i> |
| <i>SD</i> | <i>51.5</i> | <i>(6.4)</i> | <i>0.7</i> | <i>3.2</i> | <i>92.8</i> | <i>0.5</i> |

Note. D = Studenti con Disabilità; BES = Studenti con Bisogni Educativi Speciali; IdS = Insegnante di Sostegno; ETP = Equivalente Tempo Pieno.

I dati indicano che la percentuale di studenti con certificazioni di disabilità nel campione totale ha una media del 3,8%, con un range da 0,4% a 9,8%; percentuale abbastanza più alta rispetto al 2-2,5% riportato tipicamente a livello nazionale. Un esame più dettagliato mostra che 5 delle 7 scuole secondarie di secondo grado erano quelle situate all'estremità della distribuzione con 2 scuole che identificavano come disabili meno dell'1% e 3 scuole oltre il 6% (la più alta quasi il 10%).

La percentuale di studenti con disabilità che passano l'80% o più del loro tempo nella classe normale risultava molto alta, con una media del 91,4%, ben superiore rispetto a quella di altri paesi.

La percentuale di studenti identificati dalle scuole con Bisogni Educativi Speciali (BES)¹ ma che non rispondono ai criteri per ricevere servizi relativi alla disabilità presenta un andamento interessante. Dato che l'Italia ha criteri relativamente ristretti per certificare uno studente come disabile, con la conseguenza che il tasso di identificazione è relativamente basso se confrontato con molti altri paesi occidentali, si ipotizzava che la percentuale di studenti con BES ma non disabili fosse superiore a quella degli studenti etichettati come disabili. In generale questa ipotesi è stata verificata: in media queste scuole identificavano il 5,5% dei loro studenti come portatori di BES, con un range oscillante da meno dell'1% al 15%; in media circa più del 2% rispetto alla percentuale di disabili certificati. Vi sono alcune eccezioni a questo pattern: 5 delle scuole identificano una percentuale uguale o maggiore di studenti come disabili rispetto a quelli considerati con BES. In generale vi era una relazione elevata e significativa fra la percentuale di studenti certificati come disabili e quelli con BES: $r=0,59$ ($p=0,02$). Le scuole con una bassa percentuale di studenti con disabilità tendevano ad identificare anche in bassa percentuale i BES.

Un esame più accurato della distribuzione suggerisce l'esistenza di tre sotto-categorie di rapporti fra la percentuale di studenti identificati come disabili e quelli con BES.

- In 7 delle 16 scuole vengono identificati un numero sostanzialmente maggiore di studenti con necessità educative speciali rispetto a quelli certificati come disabili (2, 3 o 4 volte di più: 2.4% disabili; 8.7% con BES);
- in 5 scuole le percentuali di studenti con disabilità e con BES sono sostanzialmente identiche;
- le rimanenti 4 scuole identificano una più bassa percentuale di BES rispetto ai disabili: il contrario di quanto ci si aspetterebbe nella popolazione generale. È interessante segnalare che 4 dei 5 casi che hanno quasi uguali percentuali di allievi disabili e con BES sono scuole secondarie di secondo grado; esse si collocano agli estremi superiore e inferiore della distribuzione. Per esempio, il liceo con 9,8% degli studenti disabili aggiungeva il 10% di studenti con BES. Invece, il liceo che identificava 0,4% degli studenti come disabili, ha poi dichiarato solo 0,4% in più degli studenti con BES. Quando viene esaminata la percentuale combinata di studenti con BES + Disabili (vedi tabella 2), la media generale del 9,2% ($ds=6,4$) può portare a trascurare il risultato più interessante rappresentato dall'ampia gamma che va dallo 0,7% al 22,2%; 9 scuole hanno una percentuale combinata BES + Disabili di circa il 7% o meno mentre 7 scuole sopra il 10%. Ancora una volta le scuole secondarie di secondo grado si collocano ad entrambi gli estremi della distribuzione.

Per quanto riguarda i dati sugli insegnanti di sostegno a tempo pieno, essi sono assegnati approssimativamente in un rapporto di 1:2 studenti con certificazione di disabilità ($M=2,3$; $SD=0,7$). Se si considera la popolazione complessiva BES + Disabilità vi è in media un insegnante di sostegno per circa 6 studenti (5,9 per l'esattezza, con una deviazione standard di 3,2), con una distribuzione più ampia fra le scuole, da 1:2,5 a 1:13. Oltre il carico di studenti con disabilità certificata o con BES, un altro modo di concettualizzare la disponibilità di insegnanti di sostegno a servizio di una singola scuola è usare un indice chiamato "*densità di educatori speciali nella scuola*" (il numero di insegnanti

¹ Va rilevato che lo studio fu compiuto prima che il Ministero emanasse le circolari sui BES; i risultati sono interessanti perché mostrano tendenze che queste note ministeriali, e gli studi successivi, hanno poi ripreso.

di sostegno ponderati in equivalente tempo pieno presenti nella scuola, rispetto al numero totale di studenti iscritti nella stessa scuola). In media, il campione di scuole esaminate aveva un insegnante di sostegno per circa 100 studenti iscritti: questa media è dunque sotto il rapporto 1:138 che è stato codificato sul piano normativo dopo essere stato incluso per la prima volta nella legge 449/1997, ma con l'ulteriore previsione (circolare ministeriale 27/2003) che il dirigente scolastico può richiedere più insegnanti di sostegno in deroga per fronteggiare i bisogni della scuola.

Il rapporto di densità di educatori speciali della scuola nel campione esaminato oscillava drasticamente da circa 1:14 a 1:342. Però solo 2 scuole superavano il rapporto 1:138, ed è interessante segnalare che si tratta ancora di scuole secondarie di secondo grado, entrambi licei. In alcune delle scuole considerate l'indice di densità variava sostanzialmente, anche se il carico medio di casi assegnato all'educatore speciale era abbastanza simile. Per esempio, una scuola della Lombardia ed una del Veneto riportavano un carico medio di studenti con disabilità quasi identico (rispettivamente 2,6 e 2,7), mentre l'indice di densità di educatori speciali differisce ampiamente (rispettivamente 1:312 e 1:68,7). In parte questo può essere spiegato dalle differenze nella percentuale di studenti con disabilità certificata in ciascuna scuola (0,8% contro 3,9%). Queste scuole hanno esattamente lo stesso pattern identificato nelle scuole americane orientate all'inclusione, cioè una relazione inversa statisticamente significativa fra percentuale di studenti certificati come disabili e densità di educatori speciali nella scuola ($r = -0,69$; $p = 0,003$). Se vengono tolte dall'analisi la due scuole con numero estremo di densità di educatori speciali (1:312 e 1:346), la relazione inversa è ancora più forte: $r(14) = -0,82$; $p < 0,001$.

Quanto alle figure di assistenza non docenti, l'indice di "concentrazione di servizi speciali" (descritto dagli autori come rapporto fra assistenti e insegnanti di sostegno a tempo pieno) risultava in media di 0,5. Solo 2 scuole impiegavano più assistenti che insegnanti di sostegno. Fra le altre scuole alcune avevano quasi lo stesso numero di insegnanti di sostegno e assistenti (per es. una in Lombardia) mentre in altre gli insegnanti di sostegno erano molti di più degli assistenti (una scuola in Sicilia).

Riflettendo sui dati raccolti, Giangreco e al. (2012) si pongono alcuni quesiti:

- La media del 3,8% degli alunni certificati come disabili è soltanto un artefatto non significativo dovuto alla piccola dimensione del campione, oppure riflette un trend nazionale di evoluzione verso tassi più alti di identificazione di studenti come disabili? Se così fosse, vi sono realmente adesso più studenti con disabilità gravi abbastanza da essere certificati, oppure quelli precedentemente identificati come portatori di BES (p. es.: disturbi dell'apprendimento o DSA; Funzionamento Intellettivo Limite o FIL; iperattività; autismo ad altro funzionamento) sono in misura maggiore certificati come disabili in alcune scuole? In definitiva, può darsi che alcuni studenti in difficoltà vengano etichettati come disabili in un benevolo tentativo di fornire loro sostegni che non possono essere ottenuti altrimenti?
- Dato che le scuole superiori oscillano dallo 0,4% al 9,8% di alunni certificati come disabili, vi sono aspetti nel passaggio alla scuola secondaria di secondo grado che possono produrre queste ampie differenze? Analogamente, perché alcune di queste scuole superiori che hanno un'alta percentuale di studenti disabili hanno anche un'alta percentuale di studenti con BES e viceversa?
- Quale impatto ha una concentrazione relativamente alta o bassa di studenti con disabilità e BES sui servizi prestati e sugli studenti stessi? La più alta percentuale di studenti con disabilità o altri BES in alcune scuole è un fenomeno che capita naturalmente, una scelta consapevole e desiderata, oppure una causa di preoccupazione e di potenziale intervento?
- Gli studenti adolescenti con disabilità restano nella scuola fino all'età di 19 anni, come la maggior parte dei loro coetanei senza disabilità? Quanti studenti con disabilità più gravi lasciano la scuola poco dopo aver raggiunto l'età di scolarizzazione obbligatoria di 16 anni e vengono trasferiti in servizi per adulti che sono organizzati principalmente per la disabilità?

Insomma, esiste un 'dopo la scuola' per gli studenti certificati?

- Quali sono le implicazioni possibili per studenti con BES ma non considerati disabili (p.es.: DSA) del modello secondo cui gli insegnanti di sostegno sono presenti in classi dove ci sono studenti con disabilità, ma con lo scopo di supportare l'intera classe e non esclusivamente gli studenti con disabilità? Gli studenti con BES sono raggruppati in classi o scuole insieme a studenti con disabilità nel tentativo di offrire anche al loro sostegno? Se invece non sono in una classe alla quale è assegnato un insegnante di sostegno, quali supporti possono ricevere?

Riportiamo le conclusioni di Giangreco e al. (2012):

“Mentre in tutto il mondo le scuole orientate all'inclusione continuano a migliorare le loro pratiche curriculari e didattiche, i parametri di prestazione dei servizi all'interno dei quali viene erogata l'educazione inclusiva rimangono essenziali per assicurare una scolarizzazione appropriata e di qualità per studenti con e senza disabilità. Le variabili presentate in questo studio forniscono un insieme di elementi fondamentali con la potenzialità di influenzare la prassi e di offrire un punto di partenza per lo scambio e la cooperazione internazionale. Una più piena comprensione del potenziale impatto e dell'importanza di queste variabili di erogazione dei servizi è particolarmente importante in questa epoca di sfide economiche globali. Speriamo di apprendere di più sul significato e le potenziali implicazioni di questi dati invitando ricercatori e operatori italiani a offrire le loro analisi, interpretazioni e intuizioni.” (p. 123).

In effetti, all'articolo di Giangreco e al. (2012) è seguito – sempre sulla rivista *Life Span and Disability* - un interessante e proficuo dibattito cui hanno partecipato diversi gruppi italiani di ricerca (D'Alessio, 2013; Ianes, Zambotti, e Demo, 2013; Soresi, Nota, Ferrari, Sgaramella, Ginevra, e Santilli, 2013; Vianello, Lanfranchi, e Pulina, 2013; Zanobini, 2013).

Prenderemo come spunto i dati di ricerca riportati da Giangreco e al. (2012) per discutere alcuni temi che ci sembrano essenziali per la definizione di una scuola realmente inclusiva e non limitata a consentire la formale integrazione prevista dalle norme vigenti nel sistema scolastico italiano.

2. Problemi generali e specifici

Un primo aspetto da evidenziare è che le diverse percentuali di “disabili” inseriti nelle scuole normali o trattati in tutto o in parte al di fuori di esse – per esempio nel confronto fra Paesi diversi, ma anche tra contesti diversi nella stessa nazione - sono connesse al modo di porre la diagnosi, o piuttosto alla restrizione o estensione della dizione “alunno da sostenere e riabilitare” perché con bisogni specifici. Questa variabile dipende dalle norme vigenti nello specifico Paese, oltre che dalla loro ampia o ristretta interpretazione nello stesso contesto nazionale (Holland, 2006).

Inoltre, figure professionali come gli assistenti, diffuse in molti paesi, lo sono molto meno o in alcuni casi quasi per nulla nel nostro sistema, che lascia prevalentemente agli insegnanti, curriculari e specializzati, l'onere di assistere l'alunno nei suoi “bisogni speciali”.

In particolare, il tempo trascorso effettivamente a scuola per la riabilitazione è estremamente vario e in genere poco considerato nelle statistiche, che si accontentano della classificazione dicotomica “inserito-non inserito”. È invece rilevante conoscere se l'alunno usufruisce di servizi riabilitativi o risocializzanti esterni alla scuola e con essa convenzionati, o addirittura lasciati all'iniziativa extra-scolastica delle famiglie: in questo caso la scuola, in cui l'alunno disabile è ufficialmente inserito, compie solo una parte del lavoro mentre altra parte è delegata all'esterno.

Come tipico esempio, si può citare la modalità di inclusione scolastica di alunni con diagnosi di disturbo dello spettro autistico. In Italia il 93% dei bambini con questa diagnosi sono inseriti nella scuola normale, con un sostegno medio di circa 20 ore settimanali (dato omogeneo in tutte le regioni). Il supporto da servizi esterni è di 5.3 ore settimanali (educatori dei servizi comunali), 2.0

(assistenti alla comunicazione), 0.9 (altri operatori), e queste percentuali medie risultano più basse nelle regioni meridionali (dati Fondazione Serono-CENSIS, 2012a). Il carico principale è quindi assegnato alla scuola, e alle famiglie nelle ore extrascolastiche. Ma a quali condizioni? Con quali specifici supporti a scuola e famiglia, adatti alla rilevanza della sindrome in questione?

Non vi è dubbio che l'intervento di supporto al disabile deve restare centrato sulla scuola, se si vogliono evitare i residui di esclusione o vera e propria segregazione. Però, come si è detto, in sistemi come quello italiano centrare sulla scuola tutto il processo riabilitativo spesso ha finito per scaricare sulla didattica problemi di assistenza e riabilitazione che sono preliminari alla didattica, per quanto "speciale" essa sia.

Le polemiche tipicamente italiane conseguenti ai numeri di insegnanti di sostegno (troppi? troppo pochi?) sono connesse alla diversità di approccio generale al problema: il sostegno è una "assistenza" onnicomprensiva al singolo alunno disabile, oppure una risorsa assegnata alla scuola, utilizzabile quindi per una progettualità che ogni istituto scolastico può adattare flessibilmente agli specifici bisogni dei suoi alunni "diversi"? Più a monte, vanno poste le domande di fondo:

- a. Cosa è disabilità oggi, e cosa serve per l'intervento riabilitativo (Switzky e Greenspan, 2006)?
- b. L'integrazione riguarda solo la disabilità, o anche altre forme di disagio che da essa vanno distinte ma con essa intersecano molte richieste e molte risposte²?

3. La disabilità nei criteri di classificazione internazionali, e gli interventi conseguenti.

È essenziale fare riferimento ai criteri internazionali di classificazione della disabilità, peraltro esplicitamente prescritto dal regolamento per la certificazione ai fini dell'inserimento scolastico (Decreto 185 del 2006).

Gli accordi di programma realizzati in diverse province italiane fra Ufficio scolastico provinciale, ASP, Comune, Associazioni di famiglie, Enti di formazione professionale e in alcuni casi anche Università, devono tener conto delle innovazioni apportate alla definizione di disabilità nella *International Classification of Functioning, Disability and Health* dell'O.M.S. (W.H.O., 2001), secondo cui la menomazione nelle strutture e le funzioni corporee, la limitazione nelle attività personali e le restrizioni nella partecipazione sociale che caratterizzano la disabilità vanno contrastate e ridotte mediante interventi riabilitativi mirati al supporto per lo sviluppo delle capacità cognitive e motivazionali, alla riduzione delle barriere e all'incremento dei fattori personali e ambientali facilitanti.

Gli accordi – richiamando lo spirito delle Leggi 104/'92, 517/'77 e delle successive integrazioni – riconoscono la centralità della istituzione scolastica nel farsi carico dell'alunno con disabilità certificata, assicurando il coordinamento degli interventi riabilitativi all'interno del Piano educativo individualizzato. La componente didattica della riabilitazione (insegnamento di sostegno) è elemento di base dell'intervento di supporto, nella consapevolezza che questo sostegno didattico non esaurisce i bisogni speciali dell'alunno certificato, ma va integrato a sua volta – in misura diversa e da precisare in modo personalizzato al momento della certificazione e della diagnosi funzionale - da interventi di altra natura. Si tratta di interventi specialistici, supporti tecnologici, logistici, di assistenza e trasporto, ecc. che le diverse Istituzioni firmatarie dell'accordo si impegnano a fornire

² Il dibattito internazionale su questi temi è molto ampio e presenta posizioni diverse. Si segnalano, tra tanti: Kavale, 2000; Daniels e Garner, 2004; Farrell e al., 2007; Giangreco e Doyle, 2007; McLeskey, 2007. Riguardo il contesto italiano: Begeny e Martens, 2007.

realizzando un intervento integrato e “di rete” di cui la scuola resta comunque elemento progettuale e coordinatore.

Finalità irrinunciabile della rete a servizio del disabile è quella di sostenere lo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione (art. 12 della Legge 104/'92), e la reale partecipazione delle famiglie e delle associazioni dei disabili al processo di integrazione scolastica e formativa. Si intende promuovere così il benessere e il successo formativo degli alunni disabili, valorizzando della loro presenza come risorsa per il gruppo classe, e sviluppando pienamente loro capacità con attenzione alla continuità educativa e al complessivo progetto di vita.

Il problema nella applicazione della definizione sopra citata è distinguere adeguatamente tra i concetti di *menomazione*, *disabilità* ed *handicap*, cui si aggiunge quello di *svantaggio* che, se riconducibile solo a condizioni di privazione culturale e sociale o alla condizione di minore immigrato, non rientra nei criteri elencati dall'O.M.S., ma comporta spesso un danneggiamento delle funzioni cognitive, dell'apprendimento e della vita di relazione, non inferiore a quello del deficit vero e proprio. Senza dimenticare i casi di turbe gravi dell'emotività, dell'adattamento e del comportamento che implicano deficit dell'attività personale e della partecipazione sociale, ma senza evidente menomazione di organi o funzioni specifiche.

Inquadrare nelle categorie O.M.S. fenomeni complessi e multidimensionali quali iperattività, autolesionismo, depressione infantile, autismo, Funzionamento Intellettivo Limite, ma anche i più generali e diffusi disturbi di apprendimento, diventa spesso un problema diagnostico rilevante. Così può succedere che in alcuni contesti – dando per accertata una *menomazione* magari discutibile sul piano scientifico – l'insegnante specializzato di “sostegno” venga assegnato in modo generalizzato: da questa tendenza deriva probabilmente il tasso più elevato di certificazioni di disabilità in alcune zone d'Italia rispetto ad altre. In altri casi invece una interpretazione restrittiva può limitare il sostegno a casi evidenti di deficit sensoriali o motori, magari recuperabili con un semplice supporto protesico, o a casi conclamati di grave ritardo mentale (spesso difficilissimi da gestire all'interno della scuola), lasciando senza supporto altri casi che del supporto specializzato beneficerebbero moltissimo, ma che non rientrano nei criteri O.M.S. restrittivamente interpretati.

In conclusione, risulta davvero difficile – e certamente confusivo per quanti sono preposti alla certificazione - far coincidere le necessità di una ‘patologia stabilizzata o progressiva’, richiesta dalla norma vigente, con il riferimento a classificazioni internazionali O.M.S. che definiscono la disabilità in termini centrati invece sugli aspetti positivi del funzionamento e della salute, ben altro criterio rispetto all'handicap tradizionalmente inteso in base alla legge 104 del 1992.

Di conseguenza, come è stato sottolineato anche a livello internazionale (Watkins, 2007), una revisione dei sistemi di valutazione e di *assessment*, psicometrico e criteriale, si impone con urgenza, alla luce anche dei diversi criteri proposti per la definizione di disabilità e ‘funzionamento limite’ dal DSM-5 (APA, 2013) secondo cui il grado di intelligenza deve essere valutato insieme a quello di adattamento³.

³ Inserite nel DSM-5 fra i disturbi del neuro sviluppo, le disabilità intellettive possono essere diagnosticate mediante due criteri concorrenti:

A. Deficit delle funzioni intellettive, come il ragionamento, la soluzione di problemi, la pianificazione, il pensiero astratto, il giudizio, l'apprendimento scolastico, l'apprendimento dall'esperienza, confermato sia da valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate.

B. Deficit del funzionamento adattivo che si manifesti col mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale. Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità.

Sempre secondo il DSM-5, la differenziazione tra disabilità intellettiva lieve e ‘funzionamento intellettivo limite’ richiede un'attenta valutazione delle funzioni intellettive e adattive e delle relative discrepanze. Non basta dunque avvalersi del Q.I.

4. DSA, BES: altri allievi da integrare?

Da tempo è stato sottolineato come il supporto non possa limitarsi soltanto al disabile “certificato”, che rientra dunque nelle categorie diagnostiche previste dalle norme in materia, ma debba estendersi a tutti gli alunni con “bisogni educativi speciali” (lanes, 2005; lanes e Macchia, 2008).

In Italia la legge 170 del 2010 ha riconosciuto la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali *Disturbi Specifici di Apprendimento* (DSA), che si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana, a cominciare dall’inserimento scolastico. La legge prescrive attività di diagnosi ed intervento per garantire il diritto all’istruzione, favorire il successo scolastico, anche attraverso misure didattiche di supporto, garantire una formazione adeguata e promuovere lo sviluppo delle potenzialità, ridurre i disagi relazionali ed emozionali, adottare forme di verifica e di valutazione adeguate alle necessità formative degli studenti, preparare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori nei confronti delle problematiche legate ai DSA, favorire la diagnosi precoce e percorsi didattici riabilitativi, incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari durante il percorso di istruzione e di formazione, assicurare eguali opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale.

E non si possono trascurare i problemi di apprendimento e adattamento dei sempre più numerosi alunni che hanno problemi di linguaggio e consonanza culturale e valoriale con il sistema formativo del paese che li ospita come immigrati (ma anche come figli adottivi).

Una recente direttiva MiUR (2012) riconosce che “ogni alunno, con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali: o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta. Va quindi potenziata la cultura dell’inclusione, e ciò anche mediante un approfondimento delle relative competenze degli insegnanti curricolari, finalizzata ad una più stretta interazione tra tutte le componenti della comunità educante” (p. 1). Per la presa in carico di questi studenti con bisogni speciali vengono costituiti i *Centri Territoriali di Supporto*, interfaccia tra le scuole interessate e tra esse e l’Amministrazione dell’Istruzione, mirati a rispondere alle necessità di alunni con disturbi specifici, deficit di attenzione con iperattività, funzionamento intellettivo limite: proprio quelli che – come detto – non rientrano fra i destinatari del sostegno alla disabilità ma necessitano comunque di interventi specialistici. Naturalmente, la realizzazione concreta di questi validi propositi passa attraverso un’adeguata formazione del personale e una organizzazione territoriale in grado di supportare realmente le scuole nel difficile lavoro di integrazione di tutti gli alunni in difficoltà.

Il dibattito sulle direttive ministeriali riguardanti i *Bisogni Educativi Speciali*, e le iniziative – peraltro ancora in fase sperimentale – che ne sono seguite, hanno evidenziato problemi non solo sul piano della realizzazione concreta, ma anche circa la collocazione teorica dei bisogni speciali all’interno dei processi evolutivi che si evidenziano in ambito scolastico, e le risposte che è possibile dare sul piano didattico alle perturbazioni di questi processi.

Bisogna lavorare partendo dalle ‘etichette’: dislessia, disgrafia, disortografia, disturbi del linguaggio, funzionamento intellettivo limite, autismo ad altro funzionamento, iperattività...? E come tener conto adeguatamente delle sfumature che ciascuna di queste diagnosi presenta, e delle infinite possibilità di sovrapposizione che esse comportano nei casi specifici? È meglio lasciare le *etichette*

come criterio standard per la definizione delle soglie che dividono lo sviluppo tipico da quello atipico che richiede supporto specializzato.

Ancor prima della esplicita definizione del DSM, la necessità di associare valutazione dell’intelligenza e dell’adattamento era stata posta sul piano psicometrico (cfr. *Ciclo Evolutivo e Disabilità*, 2007, Vol. 10/2, pp. 195-213).

alla indispensabile, ma solo preliminare, fase diagnostica-nosografica utile a fini certificativi, per poi centrare l'attenzione sui *problemi* che ciascun singolo allievo evidenzia ad una dettagliata analisi funzionale e a questi problemi cercare di rispondere con piani educativi e didattici personalizzati. Questo approccio consentirebbe di formulare piani di sostegno all'integrazione – e dunque supporti di personale specializzato - non mirati soltanto alle diagnosi classificatorie, ma alle specifiche funzioni da potenziare se carenti: attenzione, percezione, linguaggio, operazioni logiche, competenze trasversali di tipo motivazionale, emotivo, relazionale.

È indubbio che i bisogni educativi speciali e le disabilità vere e proprie – seppur con ampi territori di confine come nel Funzionamento Intellettivo Limite – incrociano le loro esigenze nelle stesse aule scolastiche, per cui una precisazione delle strategie dirette agli uni e/o alle altre è indispensabile per evitare confusioni ed interferenze⁴.

5. Il 'miracolo' della vera integrazione: un problema organizzativo?

È stato descritto in letteratura (Persson, 2012) un esempio di come i risultati di apprendimento e inclusione, in una scuola nel piccolo paese di Essunga in Svezia, possano essere passati dai peggiori di tutta la nazione nel 2007 ai migliori tre nel 2011. Questo 'miracolo' è stato determinato dal cambiamento di un sistema basato su classi 'regolari' omogenee, mentre gli alunni con particolari bisogni erano relegati in gruppi speciali (con basse aspettative e scarsi risultati), sostituendolo con un sistema in cui tutti gli alunni stavano nelle classi normali, individuandone i bisogni specifici, con due insegnanti per classe che lavorano insieme e tendono verso obiettivi di successo per tutti, ognuno secondo le capacità e le potenzialità.

Le azioni chiave di questo successo possono essere così riepilogate:

- prendere a fondamento del progetto di cambiamento le prove di ricerca empirica, mediante una sintesi preliminare della letteratura rilevante, discussa e condivisa con tutto il personale e genitori;
- strutturare le lezioni su chiare aspettative e uso efficace del tempo, di cui tutti gli alunni possano beneficiare;
- monitorare i progressi insieme agli studenti stessi, in modo che essi si sentano coinvolti e sia incrementata così la motivazione;
- centrare il focus su un sistema di conoscenze e apprendimenti condiviso con tutta la comunità scolastica;
- sviluppare una 'cultura aperta' basata su relazioni di fiducia e supportata da una forte comunità di pratica, in cui gli attori dell'inclusione si sostengono a vicenda in vista dell'obiettivo comune.

Azioni del genere, diffuse anche in altri paesi ed ampiamente illustrate nella recente review predisposta dall'*European Agency for Development in Special Needs Education* (2013), non sono nuove in Italia dove l'inclusione è sempre realizzata sulla carta mentre le applicazioni, come abbiamo visto dagli studi citati in precedenza, lasciano qualche volta a desiderare. Per quale ragione? Cosa manca per realizzare questo successo che in altri contesti viene considerato miracoloso, mentre nel nostro sistema avanzato di inclusione scolastica a volte resta sulla carta?

Una necessità spesso disattesa è l'attenzione specifica agli aspetti organizzativi, che vanno gestiti in modo scientifico e non estemporaneo, affidati ad operatori specializzati e non solo al dirigente-

⁴ Questi aspetti sono stati trattati in precedenti scritti (Di Nuovo, 2014; Vianello, Di Nuovo e Lanfranchi, 2014) ai quali si rinvia per approfondimenti ed esemplificazioni concrete.

manager e al suo staff, spesso nell'impossibilità di affrontare i problemi dell'organizzazione del sistema insieme a quelli didattico-educativi, già di per sé complicati e impegnativi.

Se è vero che la scuola è un'istituzione complessa, da gestire con sistemi manageriali, proprio i processi di integrazione - per l'elevata complessità delle variabili in gioco - necessitano di una gestione organizzativa capace di tenerne conto nel modo più adeguato (Carrington e Robinson, 2006; Ainscow e Sandhill, 2010).

Come ha fatto rilevare il *Network of Experts in Social Sciences of Education and Training* nel documento prodotto per la Commissione Europea (2012), le politiche e le prassi operative per l'educazione, il training e l'occupazione delle persone con bisogni speciali richiedono una speciale capacità organizzativa, alla quale purtroppo pochi dei nostri operatori scolastici sono specificamente formati.

6. La percezione sociale del disabile e dell'integrazione

Un altro problema rilevante riguarda la considerazione, a scopo di ricerca e/o intervento, delle variabili psico-sociali che interagiscono con i processi di inclusione. Il riferimento è alla valutazione – e se necessario, modifica – delle percezioni stereotipiche verso gli alunni “disabili” o in qualche modo “diversi”.

I dati del progetto *Disability Equality in English Primary School* sottolineano la persistenza nel Regno Unito di forti pregiudizi degli allievi nei confronti dei compagni con disabilità (Beckett, 2009; Beckett, Ellison, Barrett e Shah, 2010); è ben noto che il semplice “contatto” non riduce automaticamente il pregiudizio (Pettigrew e Tropp, 2008). Anche in Italia i dati confermano posizioni variegata e differenziate nel tempo di insegnanti e famiglie rispetto all'inclusione (Vianello, 1996; Mega, Castellini e Vianello, 1997; Cornoldi, Terreni, Scruggs e Mastropieri, 1998; Balboni e Pedrabissi, 2000; Canevaro, D'Alonzo, Ianes e Caldin, 2011). In una ricerca condotta nel territorio siciliano con l'uso di metodologia basata su focus-group (Di Nuovo, 2007) è stato verificato che la percezione del disabile è generalizzata senza chiara distinzione fra deficit fisici e psichici o presenza di vera disabilità: ad esempio bambini iperattivi o aggressivi sono considerati “disabili” alla pari dell'autismo o delle paralisi cerebrali infantili, e le prospettive di riabilitazione non sono correlate alla reale gravità del deficit.

Queste percezioni stereotipiche delle persone con bisogni speciali, e i conseguenti pregiudizi circa la possibilità di integrazione nelle scuole normali, riguardano livelli emotivi più che cognitivi e sono presenti seppur in diverse forme e qualità in insegnanti, operatori, personale di assistenza e famiglie, e anche nei compagni di classe degli allievi con disabilità.

Stereotipi e pregiudizi vanno studiati accuratamente in ciascuno specifico contesto culturale e sociale dove la scuola è collocata, a ragione dell'importanza nel determinare l'efficacia delle attività di integrazione, ben oltre la presenza quantitativa di insegnanti o altro personale di sostegno per gli allievi con bisogni speciali.

7. Quale integrazione dopo la scuola?

L'ultimo (per ordine di tempo, non certo di importanza) tra gli aspetti qui sommariamente trattati riguarda il “dopo la scolarizzazione” delle persone con disabilità. Esistono – anche se non certo nella quantità e capillarità necessaria - servizi per studenti con disabilità o bisogni speciali, ad esempio centri o sportelli di orientamento universitari o di altre istituzioni, pubbliche e private. Ma, anche in

presenza di adeguate competenze e scelte vocazionali, pochissime opportunità lavorative sono offerte a persone con disabilità rilevanti, nonostante le ottime leggi esistenti e le riserve di posti, che però si annullano quando il lavoro manca per tutti.

Come risultato, in Italia solo il 18.4% delle persone con disabilità in età fra 15 e 45 anni lavora regolarmente, il 17% oltre i 45 anni. Meno di una persona con sindrome di Down su tre lavora in età adulta, solo il 10% delle persone con autismo (dati Fondazione Serono-CENSIS, 2012b). Secondo i più recenti dati del Ministero del Lavoro, diffusi alla 23ª giornata internazionale delle persone con disabilità (3 dicembre 2014), l'84% dei disabili in età lavorativa non ha un impiego; nonostante le norme (legge 68 del 1999) che prevedono quote di assunzione per i disabili, solo ¼ dei disoccupati con disabilità trova lavoro.

Il carico dell'assistenza, anche economica, agli adulti con disabilità resta alle famiglie, col supporto dei servizi sociali degli Enti locali, compatibilmente con risorse di personale e di fondi. L'alternativa per le disabilità gravi in età avanzate, o quando la famiglia viene a mancare, è l'istituzionalizzazione in strutture specializzate per disabilità in generale, incluse quelle psichiatriche: e questo in netto contrasto con il processo di de-istituzionalizzazione realizzato nell'età scolare. È un problema non secondario da porsi in un dibattito su come assicurare una buona integrazione e la qualità di vita migliore possibile anche in età adulta, dopo una buona qualità di educazione speciale in età evolutiva.

Il lavoro di sostegno alle famiglie include diversi passi: predisporre i genitori alla collaborazione; renderli consapevoli dell'importanza del loro ruolo educativo attivo; migliorare la capacità di osservazione; documentarli sulle caratteristiche psicologiche, cognitive, educative del proprio figlio. Per aumentare le competenze nella gestione delle condotte disadattive – che pregiudicano, tra l'altro, le potenziali attività lavorative - occorre:

- definire adeguatamente il comportamento disadattivo;
- individuare le variabili di rinforzo presenti nell'ambiente fisico e relazionale;
- comprendere il significato dei singoli comportamenti;
- apprendere ad ignorare il comportamento disadattivo,
- ri-orientare il figlio verso un comportamento adattivo, rinforzarlo per il comportamento adeguato.

8. Riepilogo

Riepilogando quanto fin qui detto, una crescente consapevolezza che interventi speciali sono necessari per i bisogni speciali, adeguatamente individuati, conduce a programmare trattamenti appropriati e individualizzati.

Questi trattamenti per essere efficaci devono prevedere alcuni aspetti essenziali:

- Devono essere mirati ai problemi specifici che l'alunno in difficoltà presenta: oltre, e spesso al di là, delle etichette classificatorie che la fase diagnostica iniziale deve necessariamente attribuire.
- Vanno implementati con l'ausilio di insegnanti specializzati ma anche di operatori ed assistenti per competenze specifiche (spesso non solo didattiche, e che gli insegnanti non possono quindi esaurire), coordinati da un sistema organizzativo adeguatamente programmato e sostenuto da operatori competenti e compresenti nella scuola.
- Possono essere accompagnati da attività riabilitative e socializzanti specializzate anche al di fuori della scuola, purché sempre con la supervisione dell'équipe scolastica che programma e verifica gli esiti globali del trattamento.
- Vanno monitorati e valutati periodicamente con metodi e strumenti di *assessment* scientifici

e implementati da specialisti appositamente addestrati.

L'integrazione promossa nel periodo scolastico va collegata organicamente a quella che deve proseguire dopo l'obbligo scolastico, coinvolgendo le famiglie e soprattutto le agenzie e reti sociali che dell'integrazione in età adulta sono indispensabili promotori e protagonisti.

Maggiore attenzione andrebbe dedicata in questi interventi ai correlati psico-sociali dell'integrazione ed ai processi che rendono davvero efficace l'integrazione: cioè le percezioni dei compagni, degli insegnanti e dei genitori e i loro atteggiamenti nei confronti delle persone con disabilità e della riabilitazione inclusiva, anche oltre il periodo della scolarizzazione.

Tutte le attività tendenti all'inclusione dovrebbero essere coordinate e gestite da una adeguata programmazione organizzativa sia all'interno delle scuole sia nelle reti di istituzioni coinvolte, per evitare duplicazioni di alcuni servizi e assenza o carenza di altri.

Se non si presta adeguata attenzione a questi processi, l'integrazione – ridotta alla presenza quantitativa del personale di sostegno per la disabilità – non può essere intesa nella sua reale valenza, come i dati di Giangreco e al. (2012) riportati all'inizio hanno evidenziato.

La rete di azioni, finalizzate a sostenere sia gli allievi "certificati" per specifica disabilità sia gli altri non certificati ma pure con bisogni speciali, e connesse con altre funzioni psicologiche e sociali, interne o esterne alla scuola, costituisce la sfida che in nostro sistema formativo deve fronteggiare per realizzare la piena inclusione di tutti gli studenti "diversi", in una prospettiva non ideologica ma scientifica.

Bibliografia

Ainscow M. e Sandhill A. (2010), *Developing inclusive education systems: the role of organizational cultures and leadership*, «International Journal of Inclusive Education», 14 (4), 401-416.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Arlington, APA. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Cortina 2014.

Balboni G. e Pedrabissi L. (2000), *Attitudes of Italian support teachers and parents toward school inclusion of students with mental retardation: The role of experience*, «Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities», 35, 148–159.

Beckett A. (2009), *Challenging disabling attitudes, building an inclusive society: considering the role of education in encouraging non-disabled children to develop positive attitudes towards disabled people*, «British Journal of Sociology of Education», 30 (3), 317-329.

Beckett A., Ellison N., Barrett S. e Shah, S. (2010), *Away with the fairies? Disability within primary-age children's literature*, «Disability and Society», 25 (3), 373-386.

Begeny J. C. e Martens B. K. (2007), *Inclusionary Education in Italy: A Literature Review and Call for More Empirical Research*, «Remedial and Special Education», 28 (2), 80-94.

Canevaro A., D'Alonzo L., Ianes D. e Caldin R. (Eds.) (2011), *L'integrazione scolastica nella percezione degli insegnanti*, Trento, Erickson.

Carrington S. e Robinson R. (2006), *Inclusive school community: Why is it so complex?* «International Journal of Inclusive Education», 10 (4-5), 323–334.

Cornoldi C., Terreni A., Scruggs T. E. e Mastropieri, M. A. (1998), *Teacher attitudes in Italy after twenty years of inclusion*, «Remedial and Special Education», 19, 350-356.

D'Alessio S. (2013), *Inclusive education in Italy: A reply to Giangreco, Doyle & Suter (2012)*, «Life

- Span and Disability», XVI (1), 95-120.
- Daniels H. e Garner P. (Eds.) (2004), *World yearbook of education: Inclusive education*. London, Kogan.
- Di Nuovo S. (2014), *I bisogni educativi speciali. Metodi e materiali per affrontarli*. Firenze, Giunti-Scuola (supplemento alla rivista *Psicologia e Scuola*).
- Di Nuovo S. (ed.), (2007), *L'integrazione possibile: Una ricerca sull'inserimento scolastico dei disabili nel territorio siciliano*. Palermo, IRRE.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2013), *Organisation of Provision to Support Inclusive Education – Literature Review*. Odense, EADSNE (in: www.european-agency.org),
- Farrell P., Dyson A., Polat F., Hutcheson G. e Gallannaugh, F. (2007), *Inclusion and achievement in mainstream schools*, «European Journal of Special Needs Education», 22 (2), 131-145.
- Fondazione Serono e CENSIS (2012a), *Centralità della persona e della famiglia: realtà o obiettivo da raggiungere?*, www.Censis.it
- Fondazione Serono e CENSIS (2012b), *I bisogni ignorati delle persone con disabilità. L'offerta di cura e di assistenza in Italia e in Europa*, www.Censis.it
- Giangreco M. F. e Doyle, M. B. (Ed.), (2007), *Quick guides to inclusion. Ideas for education students with disabilities*, 2nd ed. Baltimore-London-Sydney, Paul Brookes.
- Giangreco M. F., Doyle M. B. e Suter, G. C. (2012), *Demographic and personnel service delivery data: implications for including students with disabilities in Italian schools*, «Life Span and Disability», XV, 1, 97-123
- Holland A. (2006), *Cross-cultural perspectives on the classification of children with disabilities*, «Journal of Special Education», 40 (1), 36–45.
- Ianes D. (2005), *Bisogni educativi speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*, Trento, Erickson.
- Ianes D., Zambotti F., e Demo H. (2013), *Light and shadows in the inclusive Italian school system: A response to Giangreco, Doyle & Suter*, «Life Span and Disability», XVI (1), 57-81.
- Ianes, D. e Macchia, V. (2008), *La didattica per i Bisogni Educativi Speciali. Strategie e buone prassi di sostegno inclusivo*, Trento, Erickson.
- Kavale K. A. (2000), *Inclusion: rhetoric and reality surrounding the integration of students with disabilities*. Des Moines, FINE (First In the Nation in Education), Foundation.
- Lanfranchi S. e Vianello R. (2011), *Positive effects of the placement of students with intellectual developmental disabilities in typical class*, «Life Span and Disability», XIV, 1, 75-84.
- McLeskey J. (Ed.), (2007), *Reflections on Inclusion*, Arlington, CEC.
- Mega C., Castellini K. e Vianello R. (1997), *Gli atteggiamenti degli insegnanti verso gli allievi con handicap: Dalla scuola materna a quella superiore*. In R. Vianello & C. Cornoldi (Eds.), *Apprendimento, metacognizione e personalità* (pp. 265-279), Bergamo, Junior.
- MIUR (2012), *Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica*, Direttiva 27.12.2012
- Network of Experts in Social Sciences of Education and Training (NESSE) (2012), *Education and Disability/Special Needs. Policies and practices in education, training and employment for students with disabilities and special educational needs in the EU*. Brussels, European Commission, DG Education and Culture, Brussels.
- Persson E. (2012), *Raising achievement through inclusion*, «International Journal of Inclusive

Education», 17, 1205-1220.

Pettigrew T. F. e Tropp L. R. (2008), *How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators*, «European Journal of Social Psychology», 38, 922-934.

Soresi S., Nota L., Ferrari L., Sgaramella T. M., Ginevra M. C., e Santilli S. (2013), *Inclusion in Italy: From numbers to ideas ... that is from "special" visions to the promotion of inclusion for all*, «Life Span and Disability», XVI (2), 187-217.

Switzky H. e Greenspan S. (Eds), (2006), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century*, Washington, American Association on Mental Retardation.

Vianello R. (1996), *Inclusive schools for pupils with handicap and learning difficulties in Italy*. In R. Vianello (Ed.), *Learning difficulties in Europe: Assessment and treatment* (pp. 49–56), Bergamo, Junior.

Vianello R., Di Nuovo S. e Lanfranchi S. (2014), *Bisogni Educativi Speciali: il Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline. Tipologia, analisi di casi e indicazioni operative*. Bergamo: Junior.

Vianello R., Lanfranchi S., e Pulina F. (2013), *Students with disabilities and with special educational needs: A reply to Giangreco, Doyle and Suter*, «Life Span and Disability», XVI (2), 219-227.

Watkins A. (Ed.), (2007), *Assessment in Inclusive Settings: key issues for policy and practice*, Odense, EADSN.

World Health Organization (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva, WHO.

World Health Organization (2008), *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version (ICF-CY)*, Geneva, WHO.

Zanobini M. (2013), *Some considerations about inclusion, disability, and special educational needs: A reply to Giangreco, Doyle & Suter (2012)*, «Life Span and Disability», XVI (1), 83-94.

Contributo tratto dal volume "Quale scuola inclusiva in Italia? Oltre le posizioni ideologiche: risultati della ricerca", a cura di Renzo Vianello e Santo Di Nuovo, Trento. Erickson, 2015.