



in cattedra
Concorsi Scuola

LA PROVA ORALE DEL CONCORSO PER INSEGNANTE DI SOSTEGNO INFANZIA E PRIMARIA

a cura di **Cristina D'Agostino**

Manuale per la preparazione al
colloquio di natura didattico-metodologica

EDIZIONI
SIMONE[®]
dal 1968
Gruppo Editoriale **Simone**

50 anni di editoria al servizio di
studenti, professionisti e concorsisti

Copyright © 2019 Simone s.r.l.
Via F. Russo, 33/D
80123 Napoli
www.simone.it

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

*È vietata la riproduzione anche parziale e con qualsiasi mezzo
senza l'autorizzazione scritta dell'Editore.*

L'Editore è a disposizione degli aventi diritto, con i quali non sia stato possibile comunicare, per eventuali involontarie omissioni o inesattezze nella citazione delle fonti e dei contributi.

Gennaio 2019

526/22B • La prova orale del concorso per insegnante di sostegno infanzia e primaria

Questo volume è stato stampato presso:

MultiMedia

Viale Ferrovie dello Stato (zona ASI) - Giugliano (NA)

I capitoli 4, 5 e 7 della Parte I sono della dott.ssa Cristina D'Agostino

Il Cap. 6 della Parte I è a cura della Prof.ssa Lucia Gallo

Le attività didattiche 1, 2, 3 e 4 infanzia della Parte II sono della dott.ssa Cristina D'Agostino

Le attività didattiche 1, 2, 3 e 4 primaria della Parte II sono della dott.ssa Tina Naccarato

I Capp. 1 e 2 della Parte III sono stati curati dal dott. Giovanni Ciotola

Revisione redazionale:

Emma Cosentino, Rossella Micillo

La pubblicazione di questo volume, pur curato con scrupolosa attenzione degli Autori e Curatori, non comporta alcuna assunzione di responsabilità da parte degli stessi e della Casa editrice per eventuali errori, incongruenze o difformità dai contenuti delle prove effettivamente somministrate in sede di concorso o esame.

Tuttavia per continuare a migliorare la qualità delle sue pubblicazioni e renderle sempre più mirate alle esigenze dei lettori, la Edizione Simone sarà lieta di ricevere segnalazioni e osservazioni all'indirizzo info@simone.it.

PREMESSA

Il manuale *La prova orale del concorso per insegnante di sostegno Infanzia e Primaria* coniuga conoscenze teoriche e attività pratiche come richiesto per il superamento della prova concorsuale.

Il manuale è strutturato nelle seguenti parti:

- **Parte Prima Inclusione e didattica:** si affrontano le tematiche concernenti la normativa sull'integrazione, i bisogni educativi speciali, le tipologie di disabilità e gli interventi didattici, la didattica per i bisogni di tutti e di ciascuno, le tecnologie per l'inclusione, il Pei e i principi fondamentali della progettazione inclusiva.
- **Parte Seconda La progettazione di attività didattiche per la prova orale:** dopo aver trattato nella Prima Parte degli aspetti teorico-pratici della didattica, qui si passa ad illustrare la progettazione di attività di sostegno agli allievi con disabilità, ossia di quella particolare attività che l'insegnante è chiamato a svolgere nel corso della prova orale. Per questo motivo, partendo dalle griglie di valutazione utilizzate dalle Commissioni di concorso si illustrano tutti i passaggi e gli elementi indispensabili per realizzare un'attività didattica che possa risultare efficace e convincente in sede di prova orale.
- **Parte Terza Il colloquio e l'accertamento delle competenze linguistiche e informatiche:** il colloquio del concorso per docenti di sostegno della Scuola dell'Infanzia e Primaria presuppone l'accertamento anche delle competenze linguistiche e informatiche del candidato. A tal fine, in questa parte ampio spazio è riservato al colloquio in lingua inglese. Vengono presentate alcune delle domande rivolte dalle Commissioni in sede di colloquio, con le relative risposte in inglese, un glossario in lingua con i termini più usati nella didattica e, infine, alcune brevi schede grammaticali presenti nelle espansioni online al volume. Analogamente per le competenze informatiche.

Conclude la trattazione una sintetica guida all'uso di **PowerPoint** funzionale alla realizzazione di una presentazione con slide dell'attività didattica oggetto della prova orale, cosa che al precedente concorso fu particolarmente apprezzata dalla Commissioni anche ai fini della valutazione delle competenze informatiche del candidato.

Il testo è, infine, arricchito da espansioni online, tra le quali figura un **modello personalizzabile di progettazione di attività didattica in PowerPoint**.

Per l'approfondimento dei temi trattati si consiglia il volume **526/22 Concorso insegnante di sostegno infanzia e primaria - Manuale completo per la preparazione al concorso** a cura di C. Agizza, S. Longobardi, R. Micillo.

Tipologie di disabilità e interventi didattici

1 Caratteristiche del deficit dell'attenzione e/o iperattività

Caratteristica fondamentale di questo disturbo è una persistente disattenzione, associata o meno a *iperattività* e a *impulsività*, più frequente e più grave (secondo un criterio sia qualitativo che quantitativo) di quanto si osserva normalmente in soggetti con un livello di sviluppo equivalente. E che di conseguenza interferisce con il funzionamento o lo sviluppo in vari ambiti (sociale, scolastico).

Per **disattenzione** s'intende l'incapacità di soddisfare le richieste o seguire suggerimenti e regole. I bambini che presentano tale disturbo si distraggono facilmente e sono soggetti a frequenti dimenticanze; in essi vi è come un impulso a passare da un'attività all'altra, senza completarne alcuna. Il soggetto più grandicello può riferire di avere difficoltà a mantenere la mente concentrata su quel che sta leggendo e sulla conversazione con gli altri. I bambini con questa patologia non riescono a prestare attenzione ai particolari e compiono frequenti errori di distrazione nello svolgimento dei compiti che, per altro, hanno difficoltà a portare a termine. Il loro lavoro è spesso disordinato e svolto senza attenzione; il materiale che utilizzano viene disperso o maneggiato senza cura, oppure viene addirittura danneggiato. Sembra che la mente di questi soggetti sia altrove e che essi non ascoltino o non abbiano sentito quanto si è appena detto. Spesso non soddisfano le richieste o non riescono a seguire le istruzioni date loro. Lo sforzo mentale protratto viene avvertito come spiacevole e notevolmente avversato.

L'iperattività si manifesta attraverso l'agitarsi e il dimenarsi del bambino, che non resta seduto quando dovrebbe, corre in maniera sfrenata, s'arrampica in situazioni in cui ciò appare fuori luogo. Il bambino può avere difficoltà nel giocare o nel dedicarsi ad attività da tempo libero, apparendo sotto pressione o con l'«argento vivo»; spesso parla troppo. Può osservarsi irrequietezza, incapacità di modulare le proprie attività in conformità alle regole, di mantenere le posture richieste, di riposarsi o rilassarsi e, ancora, una marcata reattività disforica in caso di inattività forzata.

L'iperattività motoria può non essere evidente quando il bambino gioca all'aperto o con un gruppo di coetanei, ma diventa eclatante nell'aula scolastica ove, essendo necessario mantenere la posizione seduta e un certo contegno, frequentemente s'osservano movimenti dei piedi, dondolamenti e altre manifestazioni dal carattere più o meno esplosivo. Frequentemente tali soggetti appaiono maldestri e incapaci nei vari sport. La loro grafia tende a rimanere infantile nel tempo. Il disturbo varia con l'età e con il livello di sviluppo.

I bambini che muovono i primi passi e quelli **in età prescolare** sono sempre in movimento, saltellano avanti e indietro, si arrampicano sui mobili, corrono continuamente per casa; all'asilo hanno difficoltà a partecipare ad attività di gruppo sedentarie, come ascoltare una favola.

I bambini **in età scolare** mostrano condotte simili, ma generalmente di minore intensità. Si alzano frequentemente e si dimenano sulla sedia, giocherellano nervosamente con gli oggetti, picchiettano con le mani, agitano intensamente i piedi e le gambe. Si alzano da tavola continuamente durante il pasto, mentre guardano la televisione o mentre fanno i compiti; parlano e fanno troppo rumore durante lo svolgimento di attività che dovrebbero comportare la calma.

L'**impulsività** si manifesta essenzialmente con impazienza e difficoltà a tenere a freno le proprie reazioni. I bambini che presentano questo sintomo, tendono, ad esempio, a formulare le risposte prima che le domande siano state completate; non riescono ad attendere il proprio turno; interrompono continuamente gli altri e si intromettono nei loro discorsi in maniera anche molto fastidiosa, per cui gli astanti possono lamentarsi di non riuscire a dire una parola durante una conversazione. Fanno commenti quando non è il momento, non ascoltano le direttive, sono invadenti, arraffano gli oggetti, toccano cose che non dovrebbero toccare. *Mutano frequentemente l'umore nel corso della stessa giornata.*

È raro che un soggetto mostri lo stesso livello di malfunzionamento in ogni circostanza. I sintomi peggiorano, in genere, quando viene richiesta attenzione o uno sforzo mentale protratto e quando il soggetto si trova in situazioni che mancano di attrattiva o di novità (seguire le spiegazioni degli insegnanti o svolgere i compiti in classe, ascoltare o leggere brani lunghi, lavorare a compiti monotoni e ripetitivi).

I segni del disturbo possono essere minimi o assenti quando è impegnato in attività particolarmente interessanti; quando si trova in una situazione a due, per esempio l'ambulatorio del medico; quando riceve una ricompensa in risposta a un suo comportamento adeguato, specialmente se l'educatore segue strategie basate sull'elargizione e/o sulla sottrazione del rinforzo (*token economy*).

È più probabile che i sintomi si manifestino in situazioni di gruppo, per cui è necessario indagare sul comportamento del bambino in diversi contesti, essenzialmente a scuola e a casa, attraverso una sorta di «osservazione sistematica».

1.1 Sviluppo e decorso

Non si conosce una specifica causa del disturbo anche se sono stati individuati alcuni geni correlati con il DDAI e inoltre è stata riscontrata una familiarità del disturbo. Le condizioni fisiche, ambientali, sociali e familiari possono influenzare in senso positivo o negativo il decorso del DDAI.

Il DDAI inizia nell'infanzia (molti sintomi si devono manifestare prima dei 12 anni di età) anche se non è possibile specificare un'età di esordio. Molti genitori descrivono, infatti, un'eccessiva attività motoria nei primi anni di vita del bambino

ma prima dei 4 anni i sintomi sono difficilmente distinguibili dai comportamenti normali.

Il DDAI è molto spesso identificato nei bambini in **età scolare**, dove è richiesta maggiore attenzione e concentrazione. La mancata realizzazione dei compiti assegnati è spesso interpretata dagli altri come pigrizia, irresponsabilità o mancanza di collaborazione.

I rapporti con i coetanei sono spesso caratterizzati dal rifiuto o dalla presa in giro.

I bambini con DDAI sono significativamente più portati a sviluppare un disturbo della condotta nell'adolescenza e un disturbo antisociale di personalità in età adulta.

1.2 Approcci didattici e metodologici

Ogni approccio didattico deve essere preceduto da un'adeguata **analisi della situazione di partenza**.

- Strategie didattiche e metodologiche

Per contenere l'eccessiva attività:

- non tentare di ridurre l'attività, ma incanalarla adeguatamente;
- dare incarichi che permettano il movimento controllato nella classe;
- permettere di stare in piedi di fronte al proprio posto, specialmente in prossimità della fine del compito;
- usare l'attività come un premio (es. dare incarichi come portare un messaggio a qualcuno, pulire la lavagna, mettere a posto i libri sulla cattedra, sistemare le sedie etc.);
- usare metodi di insegnamento che incoraggino la risposta attiva (es. parlare, muoversi, lavorare alla lavagna);
- insegnare a fare domande pertinenti.

Per contenere l'impulsività:

- non chiedere al bambino di aspettare, ma dargli un sostituto verbale o una risposta motoria da compiere durante l'attesa;
- istruire il bambino a continuare una parte più facile del suo compito (o a farne uno sostitutivo) nell'attesa dell'aiuto dell'insegnante;
- insegnare ad affrontare per prima le risposte note;
- abituare il bambino a sottolineare o a riscrivere le domande prima di cominciare, oppure a colorarne, con un evidenziatore, le parti più rilevanti;
- incoraggiare il bambino a tirare fuori le sue capacità positive;
- rinforzare i ruoli (es. fare il capofila, distribuire i fogli etc.);
- insegnare e rinforzare le convenzioni sociali (es. *buongiorno, ciao, per favore, grazie*).

- Misure dispensative, Strumenti compensativi

Accorgimenti utili

Per favorire la partecipazione:

- andare incontro agli specifici interessi del bambino;
- usare le preferenze come incentivo;
- attirare l'attenzione con proposte accattivanti;
- permettere modalità alternative di risposte;
- alternare il livello di difficoltà del compito;
- predisporre l'attenzione alle richieste orali;
- dare una struttura precisa e specifica ai diversi tipi di compiti;
- inquadrare la struttura globale del compito, le domande fondamentali, il percorso da compiere etc.;
- permettere il lavoro in coppia o in piccoli gruppi.

Per favorire il completamento dei lavori:

- utilizzare un approccio comportamentale;
- incrementare l'organizzazione del lavoro con l'uso di liste, diari, appunti, cartelline etc.;
- assegnare i compiti a casa scrivendoli sempre alla lavagna ed assicurarsi che li abbia copiati;
- stabilire consuetudini e routines;
- aiutare a tenere in ordine il banco organizzandogli lo spazio e l'ambiente;
- insegnare a porsi delle domande prima di iniziare un lavoro («Ho tutto quello che mi serve?», «Cosa mi manca?»);
- usare promemoria e incrementare la programmazione sequenziale del pensiero;
- prevedere il tempo necessario per ogni singola attività;
- insegnare strategie per studiare.

Per migliorare la stima di sé:

- riconoscere le capacità e gli sforzi dell'alunno;
- richiamare l'attenzione sulle capacità dell'alunno;
- riconoscere l'entusiasmo dell'allievo ed usarlo per sviluppare le sue qualità;
- evidenziare i suoi successi e non i suoi errori;
- coinvolgere l'alunno nella soluzione delle sue difficoltà, ad esempio con giochi di ruolo;
- registrare i successi.

2 La disabilità intellettiva

L'espressione ritardo mentale è stata abbandonata dalla cultura scientifico-sociale e sostituita da quella di disabilità intellettiva. Tale espressione è da pre-

ferire perché si focalizza sui **comportamenti funzionali** e sui fattori contestuali ed è più idonea a garantire sostegni individualizzati grazie al fatto che si fonda su una prospettiva che tiene conto dell'interazione tra persona e ambiente. Non trascurabile è anche la considerazione che tale espressione appare meno offensiva nei confronti di persone affette da disabilità ed è maggiormente in linea con la terminologia internazionale.

Nel DSM-5 (*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*) l'espressione «ritardo mentale» riportata nella precedente versione del manuale è stata sostituita da «disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)». Con questa dicitura si fa riferimento a quei disturbi che insorgono nel periodo dello sviluppo che riguardano disfunzioni intellettive e adattive negli ambiti della **concettualizzazione**, della **socializzazione** e delle **capacità pratiche**.

In base ai nuovi parametri diagnostici, per poter formulare la diagnosi in accordo al DSM, occorre tener conto di tre criteri:

1. Rilevazione di deficit delle *funzioni intellettive* (riguardanti, ad esempio, l'apprendimento, il *problem solving*, l'abilità di calcolo) confermato sia da valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate;
2. Manifestazione di deficit del *funzionamento adattivo*, legato all'autonomia e alla socializzazione;
3. *Insorgenza* del deficit durante il periodo dello sviluppo.

I livelli di gravità del deficit sono quattro:

- **lieve**;
- **moderato**;
- **grave**;
- **estrema**.

Le cause del ritardo mentale possono essere molteplici: congenite, genetiche o conseguenza di traumi o infezioni.

2.1 Sviluppo e decorso

L'esordio della disabilità intellettiva dipende dalla causa e dalla gravità della disfunzione celebrale. Se dipende da malattie genetiche ed è grave può essere presente **fin dalle prime fasi di vita anche se assume un'espressività diversa nelle diverse fasi dello sviluppo**, ad esempio, nel primo anno di vita è possibile osservare difficoltà nella acquisizione delle principali tappe dello sviluppo psicomotorio, mentre nel secondo-terzo anno può manifestarsi la mancata acquisizione del linguaggio.

Se, invece, è determinata da malattie come la meningite o da trauma cranico l'esordio è improvviso e può comportare la perdita di capacità cognitive già acquisite.

Nei casi in cui è «lieve», la disabilità intellettiva può restare latente per molto tempo prima che venga riconosciuta, di solito in età scolare quando diventano evidenti le **difficoltà di apprendimento**.

Anche il decorso dipende dalle cause, dalla gravità e dalla presenza di altre condizioni concomitanti. In alcuni disturbi genetici, ad esempio, ci sono periodi di peggioramento seguiti da periodi di stabilizzazione, in altri casi vi può essere un progressivo peggioramento.

L'incidenza è approssimativamente una volta e mezzo più frequente tra i maschi che tra le femmine.

Interventi precoci e continuativi possono migliorare il funzionamento intellettuale e adattivo.

3 Caratteristiche e criteri diagnostici dei disturbi dello spettro dell'autismo

Per disturbi del neurosviluppo si intendono delle problematiche psicopatologiche caratterizzate da una compromissione generalizzata in diverse aree dello sviluppo psico-motorio, dell'interazione sociale e della comunicazione. Si tratta di disturbi che insorgono nelle prime fasi dello sviluppo, talvolta prima dell'età scolare.

Fanno parte di questa categoria i disturbi ricompresi nello spettro dell'autismo.

Gli autori del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM), nella **V edizione del testo**, hanno sostituito la precedente categoria di *Disturbi Pervasivi dello Sviluppo* con quella di **Disturbo dello Spettro Autistico**.

Per diagnosticare un disturbo dello spettro autistico è necessario che vi siano alcune condizioni peculiari:

- una grave compromissione nell'interazione sociale reciproca e nella comunicazione, sia verbale che non verbale, che si riflette in alterazioni profonde nelle relazioni affettive con le persone;
- un repertorio marcatamente ristretto di attività e di interessi;
- un grave ritardo del linguaggio, che comporta un'insufficiente comprensione, ecolalia e frequentemente inversione pronominale («io» al posto di «tu» e viceversa);
- rituali e/o fenomeni compulsivi molteplici, quali la perseverazione di uno stesso comportamento, movimenti stereotipati e ripetitivi;
- incapacità a mantenere stabilmente l'attenzione;
- autoaggressività, talora molto spiccata.

Attualmente, i criteri diagnostici individuati nel **DSM 5** sono:

- A.** Deficit persistenti della **comunicazione sociale e dell'interazione sociale** in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi):

1. Deficit della **reciprocità socio-emotiva**, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anomalo e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
 2. Deficit dei **comportamenti comunicativi non verbali** utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.
 3. Deficit **dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni** che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei. [...]
- B.** Pattern di **comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi**, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi):
1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratice).
 2. Insistenza nella *sameness* (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es., estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
 3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per es., forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
 4. Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per es., apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti). [...]
- C.** I sintomi devono essere presenti nel **periodo precoce dello sviluppo** (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).
- D.** I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del **funzionamento in ambito sociale, lavorativo** o in altre aree importanti.

3.1 I criteri utili alla diagnosi

Nel DSM 5 i criteri per la diagnosi dell'autismo sono riferiti alle disfunzioni nella comunicazione sociale e ai pattern di comportamento ristretti e/o ripetitivi.

Lo sviluppo sociale dei bambini affetti da tale patologia è caratterizzato da una carenza (anche se non sempre una totale assenza) dei comportamenti «**di attaccamento**». Spesso i bambini interessati da questo disturbo non sembrano riconoscere e diversificare, nel loro modo di rapportarsi, i genitori o i fratelli dagli estranei. L'incapacità di entrare in contatto con le persone è in netto contrasto con la tendenza «a entrare in relazione» con l'ambiente inanimato.

Per quanto riguarda il **linguaggio**, nel primo anno di vita la lallazione può essere ridotta, o apparire comunque atipica. Successivamente vengono emessi rumori, schiocchi, suoni, grida e sillabe «senza senso» e in maniera stereotipata, senza alcun intento apparente di comunicare. A differenza dei bambini dallo sviluppo ritenuto «normale», che hanno capacità di ricezione del linguaggio, e capiscono nonostante non parlino ancora, gli autistici spesso verbalizzano più di quanto non comprendano. Parole e anche frasi intere possono comparire e scomparire dal loro vocabolario. Sono presenti ecolalia, frasi stereotipate fuori del contesto, inversione pronominale: ad esempio, un bambino può chiedere «vuoi il giocattolo?», quando è invece lui a volerlo. Si notano anche molteplici difficoltà nell'articolazione verbale. In molti casi, la loro voce presenta qualità e ritmi peculiari e, in una significativa percentuale, l'acquisizione di un linguaggio corretto e finalistico non avverrà mai in maniera completa.

I disturbi della comunicazione, caratterizzati anche da grossolani errori del linguaggio, appaiono il principale handicap. Se il soggetto impara a parlare in modo fluido, la sua loquela manca comunque di quelle intonazioni e di quelle modulazioni che caratterizzano la conversazione normale.

Alcuni mostrano una particolare attrazione per le lettere e i numeri. Una piccola percentuale di essi impara a leggere in età prescolare sorprendentemente bene (iperlessia), ma senza comprendere il significato.

Le attività e il gioco, quando presenti, sono rigidi, ripetitivi e monotoni. I giocattoli vengono manipolati in maniera stereotipata: tali bambini sbattono, roteano e allineano oggetti; non infrequentemente ne individuano uno in particolare e vi si «attaccano» strenuamente. L'uso «normale» del materiale da gioco è, invece, assente.

Quelli più compromessi intellettivamente presentano svariate **anomalie nei movimenti**, come stereotipie, manierismi (sbattere le mani o camminare sulle punte dei piedi), smorfie ecc. Tali comportamenti sono più frequenti quando essi vengono lasciati soli, mentre possono diminuire in una situazione strutturata. Possibili delle risposte affettive bizzarre.

La spiccata resistenza al cambiamento fa sì che il trasferimento in un'altra casa, lo spostamento dei mobili in una stanza, o anche il ricevere, ad esempio, la

colazione prima del bagno quando di solito fanno il contrario, possono scatenare un intenso panico o scoppi di rabbia.

Manca ogni mimica e ogni gesto di richiamo, e il bambino non risponde alle abituali sollecitazioni degli adulti o dei coetanei. Dato che, non di rado, ignorano selettivamente il linguaggio parlato, non è improbabile che vengano scambiati per non udenti. Anche rumori bruschi e intensi non determinano soprassalti, né altre reazioni emotive.

A molti di essi sembra piacere la musica: possono canticchiare una melodia, una canzone o un motivo pubblicitario prima di iniziare a usare il linguaggio. Ad alcuni piace particolarmente la stimolazione vestibolare-roteazione, l'oscillazione e i movimenti in su e giù, per cui li si può osservare mentre compiono strani atti motori, per tempi anche molto lunghi.

Altri sintomi comportamentali sono rappresentati dall'ipercinesia, particolarmente frequente nei più piccoli. L'ipocinesia, quando presente, in genere si alterna all'iperattività. Si osservano inoltre aggressività e accessi di collera senza ragione apparente, scatenati da richieste anche futili o da minimi cambiamenti.

Frequenti le manifestazioni autolesive, come lo sbattere la testa, il mordere, graffiare, strapparsi i capelli.

Sono spesso presenti alterazioni dell'alimentazione, enuresi, encopresi, insonnia: in genere il piccolo, sveglia nel lettino, non manifesta alcun segno di dispiacere o di disperazione come fanno gli altri bambini, restando invece immobile e con gli occhi aperti, senza gridare o piangere.

Insensibile all'allontanamento della madre o di altre persone familiari, non fa capricci. Sembra per lui senza importanza la distinzione tra vivo e inerte, tra animato e inanimato. A volte lo «scansare lo sguardo» sembra un atto volontario, altre volte sembra invece che ciò dipenda da una totale mancanza di significato che egli dà a quello che vede.

La gravità del disturbo può variare da caso a caso e, nello stesso individuo, oscillare nel tempo.

Nel DSM 5 sono stimati tre livelli di gravità, in ordine decrescente:

- **Livello 3**, per cui è necessario un «supporto molto significativo»: la comunicazione sociale presenta gravi deficit, il comportamento appare inflessibile e si rilevano grossi disagi nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.
- **Livello 2**, prevede un «supporto significativo»: le abilità sociali presentano deficit marcati, le difficoltà nell'affrontare cambiamenti sono sufficientemente frequenti tanto da interferire con il funzionamento in diversi contesti.
- **Livello 1**, per il quale «è necessario un supporto»: si manifestano difficoltà ad avviare interazioni sociali e si riscontrano problemi nell'organizzazione e nella pianificazione tali da ostacolare l'indipendenza dell'individuo.

Risulta evidente, dunque, che le caratteristiche essenziali del disturbo dello spettro dell'autismo consistono nella compromissione persistente della comuni-

cazione sociale reciproca e nell'interazione sociale, e pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi. Questi sintomi si manifestano nella prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano.

La compromissione funzionale varia non solo in funzione del livello di gravità ma, nell'ambito di una diagnosi simile, anche da individuo a individuo, in base alle sue caratteristiche specifiche, all'ambiente in cui vive e alle modalità di compensazione e supporto che egli ha a disposizione.

L'autismo veniva considerato una problematica di origine psicosociale o psicodinamica, ma negli anni i molteplici studi hanno confermato il substrato biologico.

Non c'è un periodo d'esordio del disturbo specifico ma generalmente i sintomi vengono individuati nell'ambito del **secondo anno di vita** del bambino. Il livello di gravità fa sì che la diagnosi possa arrivare prima o dopo tale arco temporale. In ogni caso, nella prima infanzia i tratti distintivi del disturbo dello spettro dell'autismo tendono a manifestarsi con una certa evidenza.

Trattandosi di patologie non degenerative, i disturbi compresi in questo spettro non sono destinati a peggiorare; poter fruire di misure compensative, occasioni di apprendimento e di supporti adeguati permette al soggetto di compiere dei progressi sul piano sociale e della comunicazione.

3.2 La legge 18 agosto 2015, n. 134

Con la L. 134/2015 per la prima volta i disturbi dello spettro autistico hanno trovato tutela in una legge nazionale. La legge contiene «Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie». Si tratta in realtà di una legge con valore programmatico, senza lo stanziamento di fondi, che prevede: l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza (LEA) delle prestazioni, della diagnosi precoce, delle cure e del trattamento dell'autismo; l'aggiornamento delle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico in tutte le età sulla base dell'evoluzione delle conoscenze.

Sono previsti tra gli obiettivi da realizzare: la qualificazione dei servizi e la formazione degli operatori; progetti di sostegno alle famiglie, di inserimento lavorativo e di ricerca per la conoscenza del disturbo e delle pratiche terapeutiche.

Nel **2017**, nel testo dei **nuovi LEA** si legge che, ai sensi della legge 134/2015, il Servizio Sanitario Nazionale «garantisce alle persone con disturbi dello spettro autistico, le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche».

4 Autismo e disturbo di Asperger

Secondo la recente classificazione del DSM-5 il disturbo di Asperger rientra nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico per cui molti individui ai quali era stato diagnosticato precedentemente il disturbo di Asperger riceverebbero ora una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo senza compromissione del linguaggio o intellettiva.

Caratteristica, infatti, della sindrome di Asperger è l'assenza nell'anamnesi di un ritardo del linguaggio. Il linguaggio risulta, infatti, ben sviluppato anche se «insolito per la fissazione dell'individuo su certi argomenti o per la sua verbosità»; vi è, inoltre, l'assenza di un ritardo dello sviluppo cognitivo. Il livello cognitivo risulta nella norma anche se disomogeneo. Inoltre la compromissione qualitativa dell'interazione sociale il più delle volte si manifesta «attraverso un approccio sociale agli altri eccentrico ed unilaterale, piuttosto che attraverso l'indifferenza sociale ed emotiva».

Altre caratteristiche della sindrome sono la presenza di schemi di comportamento, interessi ed attività ristretti e ripetitivi, che si esprimono soprattutto con una «dedizione assorbente ad un argomento o ad un interesse circoscritto, sul quale il soggetto può raccogliere una gran quantità di fatti o di informazioni» (APA, 2002) e una goffaggine motoria.

5 I deficit visivi e uditivi

5.1 Il deficit visivo

Il deficit visivo, di origine congenita o ad insorgenza successiva alla nascita, può avere diversi livelli di gravità.

La legge n. **138 del 3 aprile 2001** ha ampliato la fascia dei minorati della vista e ha riclassificato le tipologie di ipovisione, permettendo a molti ipovedenti di beneficiare delle misure di assistenza e tutela prima riservate ad una quota più ristretta di popolazione.

In base alla legge 138/2001 è possibile distinguere:

- *ciechi totali*;
- *ciechi parziali*;
- *ipovedenti gravi*;
- *ipovedenti medio-gravi*;
- *ipovedenti lievi*.

Quanto alle cause dell'ipovisione che, come abbiamo visto, può avere diversi livelli di gravità, tali da determinare disabilità più o meno invalidanti, si tratta di una rosa molto ampia di fattori, che possono insorgere per patologie congenite

(come, per citare qualche esempio, distrofie della cornea, glaucoma, patologie a carico della retina o del nervo ottico ecc.) o generate da malattie post natali.

Quali che siano le origini della disabilità, gli interventi del docente di sostegno sono comunque orientati a potenziare le aree più deboli degli studenti ipovedenti, ovvero quelle legate alla gestione degli spazi e all'orientamento, alla comunicazione scritta e all'interazione con gli altri.

Dall'ipovisione lieve alla cecità totale è possibile ritrovare degli accorgimenti comuni, delle strategie didattiche e metodologiche di cui possono beneficiare gli alunni portatori di questo tipo di disabilità:

- scegliere la posizione del banco dell'allievo vicino alla cattedra, di modo da permettergli un chiaro ascolto del docente.
- in caso di cecità, diminuire al minimo possibile qualsiasi tipo di spostamento dell'arredo scolastico e delle suppellettili all'interno della classe. Prevedere uno spazio stabile di raccolta degli zaini di tutti gli studenti;
- utilizzo del sistema BRAILLE, non solo per l'alunno con ipovisione ma per tutta la sua classe, dotando gli allievi delle apposite tavolette per la scrittura BRAILLE.
- limitazione, laddove possibile, del linguaggio scritto a favore di quello verbale.
- promozione di attività laboratoriali finalizzate a favorire l'apprendimento attivo e per scoperta con attività manuali e pratiche.
- promuovere l'utilizzo di programmi di videoscrittura e di software opportunamente strutturato.
- utilizzo di testi didattici ingranditi.
- promuovere l'apprendimento cooperativo utilizzando metodologie quali il *cooperative learning*.
- Misure dispensative

Le misure dispensative sono messe in atto per evitare all'alunno tutte le possibili difficoltà didattiche da affrontare ai fini dell'apprendimento.

- In caso di ipovisione, limitare la copia di lunghi testi dalla lavagna.
- Eseguire compiti e verifiche non in tempi rigidi prestabiliti e standardizzati.

- Strumenti compensativi

Gli strumenti compensativi sono i dispositivi atti a compensare le carenze derivanti dal deficit visivo:

- testi scolastici ingranditi per gli ipovedenti ed in braille per i non vedenti;
- fotocopie ingrandite o in BRAILLE di prove di verifica o schede didattiche;
- utilizzo di video ingranditori per gli ipovedenti;
- utilizzo di risorse audio associate ai testi scolastici;
- programmi al pc con sintesi vocale;
- software didattici specifici.

5.2 Il deficit uditivo

Gli alunni affetti da sordità che frequentano la scuola hanno esperienze, anamnesi e storia personale diverse. Questa diversità implica una certa attenzione da parte dei docenti nella progettazione del PEI, tenuto conto che questi alunni, come previsto dalla normativa, seguono la programmazione di classe.

Dopo l'analisi e dopo la valutazione dei livelli di partenza, si stabiliscono gli obiettivi didattici generali e specifici previsti per l'azione didattica e formativa.

L'azione didattica di insegnamento-apprendimento deve essere pensata, progettata e realizzata per facilitare gli apprendimenti per **tutti gli alunni**. Quindi ogni docente, di qualsiasi disciplina e di qualsiasi ordine scolastico, deve avere questo obiettivo primario a cui mirare.

L'azione didattica deve essere modellata per facilitare il raggiungimento degli obiettivi. I docenti curricolari non possono occuparsi solo degli alunni cosiddetti «normali» e delegare all'insegnante di sostegno «la cura dell'alunno disabile».

Sono tutti gli insegnanti del Consiglio di classe che devono modellare la loro azione didattica e calibrarla per tutti gli alunni. Ma come si può procedere per raggiungere questo obiettivo?

Occorre anzitutto effettuare l'analisi delle attività da svolgere, riflettere sugli obiettivi da raggiungere in rapporto alle «difficoltà» insite nelle varie attività e nei contenuti da sviluppare; pianificare a monte gli interventi e le strategie.

Per semplificare sarà opportuno procedere seguendo questo schema:

- **Prima fase:** individuare all'interno delle aree disciplinari o aree cognitive di sviluppo dei percorsi preferenziali e dei canali privilegiati (es. per l'alunno sordo si privilegia il canale visivo).
- **Seconda fase:** individuare all'interno delle varie aree e discipline i nodi complessi che possono costituire un ostacolo e attrezzarsi a semplificarli (comprensione dei termini astratti e delle figure retoriche nel linguaggio). Semplificare, non in maniera riduttiva ma con strategie specifiche in grado di facilitare l'apprendimento, come ad esempio l'uso di mappe, schemi, di supporti informatici e tecnologici.
- **Terza fase:** scegliere processi di apprendimento centrati sul gruppo: gruppi di discussione; gruppi di lavoro; didattica laboratoriale; cooperative di apprendimento.
- **Quarta fase:** uso di strumenti e mezzi informatici nella didattica come Pc e LIM, strumenti ormai indispensabili per conseguire l'obiettivo di un insegnamento individualizzato.
- **Quinta fase:** Monitoraggio costante dell'azione didattica. I docenti devono curare la relazione all'interno con il gruppo classe e cercare sempre di utilizzare strategie motivazionali come: insegnamento per scoperta, insegnamento attraverso esperienze concrete, incoraggiare gli alunni a una visione positiva

del proprio operato, aiutare gli alunni a riflettere sulle proprie capacità e sul come migliorare con l'impegno e la costanza. Promuovere l'autovalutazione per un processo di autonomia scolastica.

6 I disturbi del comportamento e della condotta

6.1 I disturbi da deficit del controllo degli impulsi

Esistono *impulsi* che si presentano con un **carattere d'incoercibilità e di non controllabilità**, seguiti spesso da **comportamenti esplosivi** finalizzati a ridurre o eliminare lo stato di tensione che li precede. Taluni li considerano delle «varianti» dei disturbi ossessivo-compulsivi tipici.

Si tratta di quei disturbi che il DSM V raggruppa come «dirompenti, da discontrollo degli impulsi e della condotta» e che concernono principalmente l'adolescente e precisamente la prima o la tarda adolescenza (anche se non mancano casi in cui il disturbo si manifesta sin dalla fanciullezza).

Il quadro psicopatologico è caratterizzato da spinte spesso immotivate, estranee e incomprensibili per lo stesso individuo, nei confronti delle quali egli può tentare di difendersi e resistere, con la messa in atto di una serie di comportamenti compulsivi aventi un fine di controllo. Quando l'impulso insorge, ha in genere il carattere dell'invasività e dell'incoercibilità, molto simile a quelli dei più classici e tipici impulsi ossessivi.

Vi sono patologie che rispondono a queste caratteristiche e che vengono inserite in altri raggruppamenti sulla base del tipo di stimolo che sfugge al controllo, come alcuni disturbi dell'alimentazione (per esempio la bulimia), o l'uso coatto delle sostanze stupefacenti. In questi casi l'impulso ad assumere sostanze alimentari o tossiche tende a ripetersi in modo iterativo e stereotipato, spesso contro la stessa volontà del soggetto.

6.2 Il disturbo della condotta

Caratteristica essenziale del disturbo della condotta è una modalità ripetitiva e persistente di comportamento in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri e/o regole sociali proprie dell'età. Il problema «condotta» è più grave delle usuali cattiverie e stravaganze dei bambini e degli adolescenti.

La psicopatologia si estrinseca essenzialmente nel fatto che il bambino, e poi l'adolescente, trasgredisce ripetutamente le norme etico-sociali dell'ambiente in cui vive, mettendosi in continuo conflitto con l'autorità: genitori, insegnanti, etc. Tali trasgressioni sono per buona parte relative all'adempimento dei doveri propri dell'età, come frequentare la scuola o studiare; e così le ripetute fughe da casa e il marinare la scuola, più tipico dell'infanzia.

6.3 Il disturbo di tipo oppositivo-provocatorio

La caratteristica essenziale del disturbo oppositivo-provocatorio è una **modalità di comportamento negativista, ostile e provocatoria**, spesso diretta ai genitori o agli insegnanti. Secondo il DSM V, in particolare, è caratterizzato da umore colerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio, vendicatività. Le azioni del soggetto, tuttavia, non includono le gravi violazioni dei diritti fondamentali degli altri, così come accade invece nel disturbo della condotta. Il disturbo può presentarsi in forma lieve, moderata o grave.

Il comportamento oppositivo e negativista può essere considerato normale nella prima infanzia. Prevale nei maschi, prima della pubertà, mentre successivamente la distribuzione tra i sessi è sovrapponibile.

Far valere la propria volontà e opporsi a quella degli altri è un dato cruciale nello sviluppo normale. Si correla allo stabilirsi della propria autonomia, alla formazione di un'identità, alla determinazione di modelli interiori di riferimento. L'esempio più evidente del comportamento oppositivo normale si ha tra i 18 e i 24 mesi, quando il bambino si comporta negativamente per esprimere la propria crescente autonomia. La patologia inizia quando questa fase di sviluppo persiste, le figure autoritarie iperreatiscono o il comportamento oppositivo ricorre in maniera considerevolmente più frequente. Può esservi una predisposizione costituzionale o temperamentale.

I bambini che presentano questa problematica spesso discutono animosamente con gli adulti, perdono la calma, bestemmiano; si arrabbiano, si risentono e facilmente si annoiano degli altri. Frequentemente resistono attivamente alle richieste, alle regole, molestano deliberatamente gli altri e tendono a **incolpare altre persone per i propri errori**.

Il disturbo oppositivo provocatorio quasi sempre interferisce con le relazioni interpersonali e con le prestazioni scolastiche.

Poiché il comportamento oppositivo è fisiologico e adattativo se si verifica in alcuni stadi dello sviluppo, tali periodi di negativismo devono essere distinti dal disturbo oppositivo provocatorio. Il comportamento oppositivo legato allo stadio di sviluppo è di durata più breve e appare simile a quello di altri bambini della stessa età. Il comportamento oppositivo-provocatorio che si verifica temporaneamente come reazione a uno stress grave, dovrebbe essere considerato come una problematica dell'adattamento. Comportamenti oppositivi e negativisti possono essere presenti nel disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività o nel ritardo mentale.

7 Opportunità educative e interventi didattici

Programmare l'inclusione di un bambino diversamente abile significa aver cura del suo percorso di crescita e riconoscerne la particolarità, in modo da rendere accessibile e significativa la sua partecipazione a tutte le attività.

In particolare occorre valorizzare i seguenti aspetti:

- **sicurezza**: l'insegnante deve curare la coerenza del contesto e la prevedibilità delle azioni affinché il bambino si senta sicuro;
- **appartenenza**: l'insegnante deve far avvertire al bambino diversamente abile di essere riconosciuto positivamente sia da lui che dagli altri bambini, così da creare un concreto senso di appartenenza;
- **padronanza**: il bambino diversamente abile deve poter partecipare attivamente alla vita del gruppo di classe.

Nel suo lavoro quotidiano l'insegnante deve agire su diverse **linee-guida**, fra loro strettamente interconnesse, le quali riguardano:

- la **relazione con l'alunno**;
- la **dimensione affettiva**;
- la **dimensione didattica**;
- le **dinamiche comunicative della mediazione didattica**.

Nei documenti ufficiali si legge, infatti, che:

«Le famiglie dei bambini con disabilità chiedono sostegno alla scuola per promuovere le risorse dei loro figli, attraverso il riconoscimento sereno delle differenze e la costruzione di ambienti educativi accoglienti e inclusivi, in modo che ciascun bambino possa trovare attenzioni specifiche ai propri bisogni e condividere con gli altri il proprio percorso di formazione» (Indicazioni per il curricolo, 2007);

«Le famiglie dei bambini con disabilità trovano nella scuola un adeguato supporto capace di promuovere le risorse dei loro figli, attraverso il riconoscimento delle differenze e la costruzione di ambienti educativi accoglienti e inclusivi, in modo che ciascun bambino possa trovare attenzioni specifiche ai propri bisogni e condividere con gli altri il proprio percorso di formazione» (Indicazioni nazionali 2012);

«La scuola realizza appieno la propria funzione pubblica impegnandosi in questa prospettiva, per il successo scolastico di tutti gli studenti, con una particolare attenzione al sostegno delle varie forme di diversità, di disabilità e di svantaggio». (**Indicazioni nazionali e nuovi scenari, 2017**).

È fondamentale che la promozione dello sviluppo del bambino diversamente abile sia attuata il più precocemente possibile, con carattere continuativo, coinvolgendo attivamente il piccolo, tenendo conto della globalità della persona, della sua storia, delle sue esperienze, dei suoi bisogni, delle sue motivazioni, delle sue possibilità e potenzialità, allo scopo di poter contribuire allo **sviluppo cognitivo**, all'**autonomia personale**, all'**inserimento sociale**.

Il docente è chiamato ad essere non ripetitore di un programma stabilito e fisso, ma **«progettista» di apprendimento diversificato** a seconda delle diverse necessità del bambino.

L'insegnante deve essere culturalmente preparato: conoscere le scienze umane (psicologia, sociologia, antropologia), nonché le discipline per operare una media-

zione, cioè adeguare alle capacità di un soggetto, alla sua psicologia, i contenuti del sapere.

Un'adeguata metodologia e materiali adeguati possono «produrre» apprendimento anche nelle situazioni più difficili.

Fondamentale è una verifica-valutazione sistematica e continuativa degli apprendimenti, organizzati e presentati secondo una graduale complessità.

Per raggiungere, pur con strategie diverse, una sostanziale equivalenza dello sviluppo delle capacità cognitive, relazionali, sociali, i documenti istituzionali richiedono:

- la tempestività degli interventi educativi di integrazione;
- l'impegno collegiale della riuscita del progetto educativo generale e di integrazione, che coinvolge non solo l'insegnante di sostegno e gli insegnanti della scuola, ma anche il personale ausiliario e non insegnante;
- *«un'attenzione del tutto particolare all'individuazione delle situazioni di apprendimento-insegnamento, al potenziamento dei contesti di comunicazione e all'estensione delle opportunità relazionali»;*
- *«la collaborazione con i servizi specialistici, mediante il raccordo fra gli interventi terapeutici e quelli scolastici, da attuarsi sulla base di apposite intese interistituzionali»;*
- *«il riconoscimento delle condizioni di vita e delle risorse educative della famiglia, il reperimento delle opportunità esistenti nell'ambiente»;*
- *«l'analisi delle risorse organizzative, culturali e professionali della scuola».*

La costruzione di un percorso individualizzato di sviluppo dell'identità, dell'autonomia, dell'apprendimento, della socializzazione richiede una particolare attenzione nell'analisi delle capacità di partenza sul piano percettivo, psicomotorio, manipolativo, cognitivo, espressivo, comunicativo, logico, grafico e ritmico del bambino in difficoltà o in situazione di handicap (valutazione iniziale).

La progettazione delle attività, che coinvolge tutti gli operatori della scuola, parte dalle potenzialità del bambino, dai suoi bisogni, dai suoi interessi, formula obiettivi cognitivi e di comportamento chiari e adeguati. Gli obiettivi devono sempre essere rivedibili in base alle necessità del bambino.

I contenuti e i metodi devono essere rapportati alle sue possibilità.

L'organizzazione delle attività deve comprendere diverse modalità di lavoro: il piccolo gruppo con bambini della stessa sezione o di altre sezioni, il gruppo-sezione, momenti di attività individualizzata e individuale, se necessaria.

La verifica e la valutazione dei risultati devono essere continuative e impegnare tutti gli operatori.

L'attività scolastica e l'organizzazione di una scuola possono essere riviste e studiate in corso d'opera per l'inclusione dei bambini svantaggiati.

Può sembrare ambizioso, è una scelta dettata dalla volontà di realizzare la continuità tra le scuole, le ritroviamo, infatti, alla scuola primaria.

Valutazione degli alunni

La valutazione del processo di insegnamento/apprendimento svolge funzioni fondamentali: regolazione continua dei processi di insegnamento/apprendimento (funzione dinamica); adeguamento di strumenti e percorsi alle caratteristiche individuali (funzione di personalizzazione); attenzione alla qualità dei processi formativi attivi (funzione di controllo); trasparenza dei giudizi (funzione comunicativa).

Valutazione autentica

La valutazione autentica consente di esprimere un giudizio più esteso dell'apprendimento, vale a dire della capacità di pensiero critico, di soluzione dei problemi, di meta-cognizione, di efficienza nelle prove, di lavoro in gruppo, di ragionamento e di apprendimento permanente. L'intento della valutazione autentica è quello di coinvolgere gli studenti in compiti che richiedono di applicare le conoscenze nelle esperienze del mondo reale per verificare non solo ciò che uno studente sa, ma ciò che sa fare utilizzando gli strumenti logici, cognitivi e operativi di cui dispone.

Valutazione formativa

La letteratura psico-pedagogica ha sottolineato l'importanza della valutazione formativa come risorsa a disposizione del sistema scolastico per favorire il miglioramento di pratiche e contenuti necessari, per rendere gli interventi educativi e didattici più adeguati alle esigenze individuali.

La valutazione formativa, infatti, si collega strettamente alla programmazione in quanto rende possibile un costante adeguamento di obiettivi, contenuti, metodologie, strumenti alle reali necessità, all'ottimizzazione delle risorse, alla maturazione di un concetto realistico del sé. In particolare offre spunti significativi per l'orientamento, indicando attitudini, interessi, favorendo la capacità di auto-orientarsi e di prendere decisioni consapevoli in merito alle scelte successive.

Valutazione sommativa

La valutazione sommativa si colloca alla fine del percorso formativo e si prefigge di valutare l'insieme delle conoscenze, delle capacità e delle competenze acquisite degli allievi, constatando, nel contempo, la validità e la funzionalità delle strategie operative adottate. Si avvale di strumenti di rilevazione predefiniti in sede di progettazione curricolare.

Vigilanza alunni

L'esercizio della vigilanza sugli alunni compete a tutti gli operatori scolastici e, in particolare, agli insegnanti e integra una problematica piuttosto dibattuta in considerazione dei profili di responsabilità ad essa correlati per colpa in vigilando. Tale problematica va affrontata dal docente con adeguate misure organizzative da porre in essere nei momenti più complessi dell'attività scolastica: vigilanza durante le lezioni e nel corso degli intervalli tra le lezioni; custodia delle attrezzature e delle strumentazioni didattiche.

Indice generale

PARTE I Inclusion e didattica

Capitolo 1 Cenni di normativa sull'integrazione

1 Le prime norme in materia di integrazione scolastica in Italia	Pag.	7
2 La legge quadro in materia di handicap: L. 104/1992	»	8
3 L'integrazione nella normativa sull'autonomia: dalla L. 104/1992 al D.Lgs. 66/2017 ..	»	9
3.1 Il D.Lgs. 66/2017	»	10
4 La L. 18/2009 e le linee guida per l'integrazione degli alunni disabili	»	11
4.1 Gli altri provvedimenti	»	11
5 Il docente di sostegno	»	12
5.1 La formazione e l'accesso degli insegnanti di sostegno nel D.Lgs. 66/2017	»	13
5.2 La professionalità del docente di sostegno	»	14

Capitolo 2 Bisogni educativi speciali

1 Introduzione ai BES	»	16
2 Lo svantaggio	»	18
2.1 La famiglia multiproblematica	»	19
2.2 Svantaggio e servizi scolastici	»	20
3 I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)	»	22
3.1 La dislessia	»	23
3.2 La disgrafia e la disortografia	»	24
3.3 La discalculia	»	24
3.4 Approcci didattici e metodologici	»	25
4 Il concetto di <i>handicap</i>	»	27
4.1 Menomazione, disabilità, handicap. Distinzioni concettuali	»	29
4.2 Il concetto generale di «handicap»	»	31
5 Il modello ICF	»	32
5.1 Definizioni	»	32
5.2 La Classificazione Internazionale del Funzionamento delle Disabilità e della Salute (ICF)	»	33
5.3 ICF-CY	»	35
6 Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM)	»	35

Capitolo 3 Tipologie di disabilità e interventi didattici

1 Caratteristiche del deficit dell'attenzione e/o iperattività	»	37
1.1 Sviluppo e decorso	»	38
1.2 Approcci didattici e metodologici	»	39
2 La disabilità intellettiva	»	40
2.1 Sviluppo e decorso	»	41

3	Caratteristiche e criteri diagnostici dei disturbi dello spettro dell'autismo.....	Pag.	42
3.1	I criteri utili alla diagnosi.....	»	44
3.2	La legge 18 agosto 2015, n. 134.....	»	46
4	Autismo e disturbo di Asperger.....	»	47
5	I deficit visivi e uditivi.....	»	47
5.1	Il deficit visivo.....	»	47
5.2	Il deficit uditivo.....	»	49
6	I disturbi del comportamento e della condotta.....	»	50
6.1	I disturbi da deficit del controllo degli impulsi.....	»	50
6.2	Il disturbo della condotta.....	»	50
6.3	Il disturbo di tipo oppositivo-provocatorio.....	»	51
7	Opportunità educative e interventi didattici.....	»	51
8	Sistemi di comunicazione aumentativi e alternativi al linguaggio verbale.....	»	54
8.1	La comunicazione aumentativa e/o alternativa (CAA).....	»	54
8.2	I libri modificati.....	»	55
8.3	I PECS e il loro utilizzo.....	»	55
9	Strategie comportamentali per favorire l'apprendimento di abilità.....	»	57
9.1	La tecnica di aiuto e riduzione dell'aiuto (prompting e fading).....	»	57
9.2	Apprendimento imitativo (modeling).....	»	57
9.3	Modellaggio e concatenamento (shaping e chaining).....	»	57
9.4	Tecniche di rinforzo.....	»	58

Capitolo 4 La didattica per i bisogni di tutti e di ciascuno

1	La didattica integrata come strumento di inclusione.....	»	59
1.1	Didattica individualizzata e personalizzata.....	»	59
1.2	La didattica integrata.....	»	60
1.3	Il ruolo della meta cognizione.....	»	61
2	La didattica inclusiva come approccio multidimensionale.....	»	61
2.1	L'importanza del corpo e della sensopercezione.....	»	61
3	Le strategie di insegnamento alternative e la mediazione didattica.....	»	63
3.1	Diverse strategie per lo sviluppo delle varie intelligenze.....	»	63
3.2	L'uso finalizzato dell'attività ludica.....	»	64
3.3	Utilizzo dei mediatori didattici.....	»	66
4	Gli approcci inclusivi nelle Indicazioni nazionali.....	»	67
	<i>Le indicazioni nazionali</i>	»	<i>online</i>
5	La didattica laboratoriale.....	»	68
6	Apprendimento cooperativo (cooperative learning).....	»	69
7	La ricerca-azione (RA) in classe.....	»	70
8	La ricerca sperimentale.....	»	71
9	La didattica per progetti.....	»	72
10	La didattica per problemi (problem solving).....	»	72
11	Mastery learning.....	»	73
12	Mappe concettuali.....	»	74
13	Peer education.....	»	75
14	Tutoring o Mentoring.....	»	75

Capitolo 5 Le tecnologie per l'inclusione

1	Le tecnologie come strumenti di inclusione scolastica.....	»	77
1.1	Le tecnologie come strumenti che favoriscono l'accesso all'apprendimento.....	»	77

1.2	Tecnologie didattiche per tutti.....	Pag.	78
1.3	Tecnologie e disabilità.....	»	80
2	La progettazione universale per l'apprendimento.....	»	81
2.1	L'Universal Design for Learning (UDL).....	»	81
2.2	Le Linee Guida.....	»	82
3	La didattica digitale nello sviluppo del bambino.....	»	84
3.1	Educare alla competenza digitale nella scuola dell'inclusione.....	»	84
3.2	La didattica digitale come strumento di coinvolgimento plurisensoriale.....	»	85
3.3	Giochi digitali e sviluppo psicomotorio.....	»	85
3.4	Esempi di didattica digitale inclusiva: il coding.....	»	87
3.5	Il racconto digitale.....	»	88

Capitolo 6 La progettazione dal PTOF alla UDA

1	Il Piano dell'offerta formativa.....	»	89
2	Il curriculum obbligatorio.....	»	92
3	La struttura del PTOF.....	»	93
3.1	IL PTOF: una traccia di lavoro.....	»	95
4	La pianificazione di un curriculum.....	»	96
5	Programmazione d'istituto.....	»	98
6	Programmazione educativa.....	»	99
7	La programmazione curricolare.....	»	99
8	Programmazione didattica.....	»	100
9	Individuazione degli obiettivi per la programmazione didattica.....	»	100
10	Attuazione della programmazione didattica: le unità di apprendimento (UdA).....	»	102
10.1	Programmare per competenze.....	»	103

Capitolo 7 La progettazione inclusiva. Il Pei e i principi fondamentali

1	La progettazione inclusiva.....	»	105
2	Il PEI - Progetto di vita: la qualità della vita come obiettivo principale della progettazione inclusiva.....	»	107
2.1	Il PEI - progetto di vita come documento propedeutico alla progettazione.....	»	107
2.2	La qualità della vita elemento di riferimento.....	»	108
3	Gli strumenti della attività didattica inclusiva.....	»	108
3.1	La creazione di un clima inclusivo e l'adattamento degli obiettivi.....	»	108
3.2	L'adattamento del materiale didattico.....	»	109
4	Come costruire un'unità di apprendimento.....	»	110

PARTE II La progettazione di attività didattiche per la prova orale

Capitolo 1 La prova orale nel concorso a cattedra

1	La lezione simulata come prova di concorso.....	»	115
2	In cosa consiste la prova orale.....	»	116
3	I criteri di valutazione della prova orale.....	»	117

Capitolo 2 Come progettare un'attività didattica per la prova orale

1 Cosa osserva la Commissione durante il colloquio	Pag. 120
2 Lo schema base.....	» 120
Progettazione attività didattica Infanzia n. 1	» 122
Progettazione attività didattica Infanzia n. 2	» 127
Progettazione attività didattica Infanzia n. 3	» 131
Progettazione attività didattica Infanzia n. 4	» 136
Progettazione attività didattica Primaria n. 1	» 141
Progettazione attività didattica Primaria n. 2	» 150
Progettazione attività didattica Primaria n. 3	» 158
Progettazione attività didattica Primaria n. 4	» 167

PARTE III Il colloquio e l'accertamento delle competenze linguistiche e informatiche

Capitolo 1 Competenze linguistiche

1 Cittadinanza europea e conoscenza delle lingue.....	» 179
2 Le competenze linguistiche dei docenti	» 179

Capitolo 2 Come si svolge il colloquio in lingua inglese

1 Questions About You	» 181
<i>Schede di grammatica inglese</i>	» <i>online</i>
2 Questions About the job.....	» 185
3 Questions About Basic Terms and Concepts Related to Didactics/Teaching Methodology	» 191
Glossario inglese dei termini specialistici	» 195

Capitolo 3 Le competenze informatiche dell'insegnante

1 Hardware.....	» 205
<i>Schede di informatica</i>	» <i>online</i>
2 Il software	» 206
3 Le memorie portatili	» 206
4 Come proteggere il pc dai virus.....	» 207
5 La mailing list.....	» 208
6 Animazioni PowerPoint	» 208
7 Significato di open source	» 208
8 File compressi	» 209
9 LAN.....	» 209
10 Firewall.....	» 210
11 Il Codice per l'amministrazione digitale	» 210
12 La sicurezza dei dati informatici	» 211
13 Il protocollo informatico.....	» 212
14 Firma elettronica e firma digitale	» 212
15 Il registro elettronico	» 213

16 I nativi digitali.....	Pag.	214
17 L'ipertesto.....	»	214
18 La LIM.....	»	214
19 Classi 2.0.....	»	215
20 E-book.....	»	216
21 Reati informatici.....	»	216
22 La PEC.....	»	217
23 Digital Competence.....	»	218
24 Il Piano Nazionale Scuola Digitale.....	»	218
25 TIC.....	»	219

Capitolo 4 La presentazione di un progetto didattico in PowerPoint

1 L'interfaccia di PowerPoint.....	»	220
2 Creare una nuova presentazione.....	»	221
3 Le modalità di visualizzazione.....	»	221
4 Le diapositive.....	»	224
5 Diamo colore alla presentazione: scegliamo un modello.....	»	226
6 Aggiungere ed eliminare diapositive.....	»	227
7 La gestione dei testi: creazione dei contenuti.....	»	227
8 Formattare i caratteri.....	»	230
9 Gli elenchi.....	»	231
10 Le tabelle.....	»	234
11 Grafici e diagrammi.....	»	235
12 Inserire e manipolare le immagini.....	»	238
13 Inserire forme.....	»	241
14 Le transizioni.....	»	243
15 Gli effetti di animazione.....	»	245
16 Le note.....	»	245
17 La presentazione.....	»	246
<i>Una lezione in PowerPoint.....</i>	»	<i>online</i>
Glossario essenziale.....	»	249