

IL CRITERIO DI DIAGNOSI FUNZIONALE:

DALLA CLINICA ALL' AZIONE EDUCATIVA

L' espressione diagnosi funzionale (D.F.) ha avuto una grande fortuna e, come di regola, ha subito una conseguente inflazione: oggi essa rischia di diventare un puro modo di dire, vuoto di contenuto e ritualistico.

L' esperienza quotidiana a contatto con la scuola insegna che sotto questa dizione, intesa in modo povero, passano spesso richieste banali e comuni, mascherate dietro un' etichetta scientifica.

Nei bambini Handicappati, soprattutto in quelli con ritardo mentale, a volte la diagnosi viene rimandata, non esplicitata, portando ad interventi confusi e non chiaramente finalizzati. I genitori si vedono così investiti di un carico di angoscia sempre crescente, fatto di consigli e indicazioni non date e dalla percezione che comunque la situazione non sta evolvendo in modo positivo.

In altre situazioni la diagnosi viene mascherata, o evidenzia solo alcuni aspetti del disturbo (motorio, relazionale, linguaggio ecc....) portando ad interventi parziali e limitati nel tempo. In ambedue i casi non vengono posti degli obiettivi possibili a medio e a lungo termine.

Nei bambini con ritardo mentale il problema prevalente cambia nel corso degli anni; anche se in modo rallentato e in parte dissociato il bambino cresce e crescono le sue capacità. Cambia nell' evoluzione il tipo di problema che affronta, cambia la sua organizzazione cognitiva, cambia lo sfasamento esistente tra le esperienze fatte e il loro uso nel corso del tempo. E' perciò necessario assumere un' ottica di sviluppo che confronti fase evolutiva del bambino e fase evolutiva del disturbo ed il rapporto di entrambi con gli appuntamenti sociali che al bambino vengono proposti.

In altri termini, età per età, deve essere fatta una diagnosi di sviluppo sulle funzioni di cui questi bambini dispongono, su come queste funzioni, questi strumenti, vengono usati nell' ambito di una personalità che si sta integrando o si sta rendendo più disarmonica. Su come l' uso di questi strumenti, di queste funzioni, della loro integrazione, viene capito o non capito nella interazione sociale.

Nonostante il ritardo mentale costituisca un disturbo tipico e con tappe evolutive costanti nell' insieme delle popolazioni, esistono molte "specificità" e "differenze individuali" tra questi bambini e si vengono a

determinare variazioni significative nel modo in cui l'adulto si pone in rapporto con le caratteristiche di personalità del singolo bambino. Questo elemento si rivela spesso determinante nell'evoluzione del disturbo. ~~Questo elemento si rivela spesso determinante nell'evoluzione del~~ ~~disturbo~~. Il bambino con ritardo mentale sviluppa le diverse funzioni con diversi livelli di maturità, con una dissociazione anche di qualche anno tra le diverse competenze.

Nel ritardo mentale la diagnosi è perciò solo l'inizio dell'iter diagnostico. Ad essa va affiancata una diagnosi di sviluppo, una diagnosi "individuale", sulle diverse funzioni, sul loro uso, sulla loro integrazione, maturazione, sulla globale armonia affettiva; una diagnosi di sviluppo che permette di risolvere la contrapposizione tra individuo e disturbo, tra cultura pedagogica e cultura medica. Comprendere come si realizza un dato disturbo con determinate strategie, in un singolo bambino con una sua personalità, ci permette di gettare un ponte tra diagnosi e terapia che non possono e non devono più essere considerate separate.

Questa ottica permette di valutare con più attenzione non solo il rapporto tra disturbo e individuo, ma anche il tipo di interazione che il bambino ha con il gruppo dei coetanei; è importante tener presente, in questa interazione, non solo i contributi e le stimolazioni positive che il bambino con ritardo mentale riceve, ma anche che tipi di angosce e di confusione vengono scambiati all'interno di questi incontri.

La necessità di avere un giudizio dinamico, e tale da poter essere utilizzato al fine di elaborare un programma di recupero, è apparsa primariamente in campo riabilitativo.

In medicina si conoscono da sempre vari modelli diagnostici; i principali sono: la diagnosi nosografica e la diagnosi etiopatogenetica

La prima consente di classificare i quadri patologici ed è fondamentale in campo epidemiologico; inoltre essa costituisce la base per la ricerca.

La seconda permette di ordinare i quadri patologici secondo il principio di causalità e rappresenta la condizione necessaria per l'intervento terapeutico.

Questi due tipi di diagnosi sono irrinunciabili e su di loro si fonda la pratica medica, però non riguardano l' uomo in azione, l' uomo col suo dinamismo sensoriale, motorio, neuropsicologico: essi concernono il corpo come struttura e come dimensione biologica.

E' naturale che il medico debba conoscere anche la fisiologia e la fisiopatologia del corpo, ma nella pratica terapeutica ha un bisogno limitato di questa conoscenza: ben diversa è la situazione se l' intento è quello del recupero. Recuperare una funzione richiede infatti la conoscenza non solo dei principi, ma dei modi che caratterizzano la funzione in senso generale e per il singolo individuo.

Nell' ambito della riabilitazione fisica la D.F. è andata realizzandosi progressivamente anche grazie a molti progressi tecnologici che consentono di comprendere come il singolo soggetto vede, sente, si muove ecc...A ragione di tale possibilità di obiettare l' azione in divenire (ed a causa della effettiva utilità di queste procedure) la D F ha mantenuto, in questo ambito, la propria significazione.

Negli anni '70 il criterio di D F è stato introdotto nel campo delle minorazioni intellettive, un settore che si affida pressochè totalmente al recupero, infatti è assai raro che per questo tipo di patologia vi siano efficaci interventi terapeutici: ogni speranza si fonda sulle tecniche di riabilitazione. Questo settore è assai complesso: la funzionalità mentale è infatti l' espressione di una vasta integrazione di sub- funzioni ed inoltre essa non consiste soltanto nella dimensione naturale individuale, ma è costituita dalla coesistenza di Natura e Cultura, soggetto e società . E' importante conoscere i modi funzionali della mente in molteplici funzioni: dal punto di vista scientifico, sotto il profilo della ricerca neuropsicologica ecc..., nel processo di elaborazione che consente di rilevare le strategie operative, le procedure di soluzione, il peso e il ruolo degli ostacoli minorativi e le modalità adottate per superarli.

Il bambino affetto da una condizione minorativa non è però soltanto oggetto di riabilitazione medica, ma anche(e spesso in prevalenza) di educazione e più specificamente di didattica.

Il progetto di recupero interessa quindi diversi ambiti disciplinari e molteplici figure professionali e non professionali.

La DF è destinata perciò ad assumere un nuovo statuto, assai più complesso.

Sarà importante essere consapevoli di fondere apporti diversi in questa prospettiva, ossia di favorire il lavoro d'equipe. I docenti sanno per esperienza personale che tal modo di procedere è raramente soddisfacente e che la sua utilità è, in genere, proporzionale al grado di fusione psicologica del gruppo ² dei membri ¹ e non già nella metodologia del lavoro collettivo. Esso consiste infatti, il più delle volte, in una procedura di assemblaggio di giudizi espressi, in linguaggi formali e concettuali affatto eteromorfi, procedura che può essere definita "SINTAGMATICA". Su tali presupposti non è possibile elaborare un programma razionale di recupero per chè manca un criterio univoco di valutazione.

La opportunità di univocità non equivale all'obbligo di utilizzare un solo indirizzo valutativo, bensì richiede che i vari giudizi confluiscono in un sistema capace di consentire la fusione formale e concettuale degli stessi.

Questa procedura può essere definita "SINTATTICA" e, qualora sia attuata, permette di elaborare un programma integrato di interventi isomorfi.

Ogni intervento di diversa natura si rivolge ad uno stesso livello di obiettivi, assumendo una direzione concentrica destinata a potenziare multilateralmente e reciprocamente i vari programmi di recupero.

Il nostro tempo si caratterizza per un elevato aumento della complessità in ogni campo, quindi anche nel nostro: ciò è dovuto alla crescita delle conoscenze ed alla necessità di fondere in progetti integrati. Questa necessità è però in contraddizione con le specificità delle singole discipline e dei relativi linguaggi.

Occorre pertanto una dimensione intermedia, un contenitore capace di unificare, tradurre, integrare apporti differenti. Con la

dizione di "MODELLO OMNIPERCORRIBILE" si può indicare lo strumento culturale che consente di superare la difformità dei codici.

Un simile modello permette, attraverso categorie generali, (ad esempio, livelli di elaborazione mentale,), di far confluire ogni rilievo specifico in un criterio generale.

Nel caso ipotetico di un insufficiente mentale di grado medio, le sue incompetenze sono molteplici e vanno dalle disfunzioni neurologiche (sensomotorie) a quelle neuropsicologiche (gnosico-prassiche), psicologiche, comportamentali, di apprendimento, di autonomia.

I vari operatori osservano, classificano, denominano queste incompetenze secondo codici diversi sicchè è arduo (in realtà, è impossibile) confrontarle.

Esse però, possono, ad esempio, riflettere un'attività che globalmente si svolge a livello pre categoriale o a livello di fattori operativi semplici non sufficientemente integrati e connessi in senso lineare; orbene, questo tipo di giudizio rimanda ad un modo funzionale, ad uno stile, ad una qualità operativa che comprende tutte le forme di attività del soggetto.

Nel dettaglio "LIVELLO PRECATEGORIALE" può significare

- a) per il neurologo, l'esistenza di scheme preprassici e prognostici;
- b) per lo psicologo, la presenza di un iniziale livello di classificazione;
- c) per il pedagogo, la fase di riconoscimento preformale e l'elaborazione letterale o sillabica.

Ciò che conta è che tale livello può avere valore anche per l'educatore, il terapeuta, il genitore: anche i livelli di abilità sul comportamento, l'autonomia, ecc.. possono essere transcodificati nel linguaggio formale e concettuale del modello.

L'esempio che è stato portato è del tutto relativo e non implica che vengano utilizzate le categorie indicate: esse possono essere diverse, ma l'importante è che i modelli siano omnicorribili, ovvero accessibili ad ogni linguaggio, sia esso strutturato (come avviene per gli ambiti professionali) o non strutturato (come avviene, ad esempio, per i rilievi fatti dai familiari).

Una maggiore coerenza dei processi di valutazione funzionale ed una conseguente migliore programmazione del progetto di recupero consentirebbe due risultati:

- a) ottenere una maggiore penetratività degli interventi;
- b) evitare interferenze ed eventuali reciproci annullamenti.

E' facile constatare l' esistenza di un frequente eteromorfismo tra settore e settore, sicchè non è raro osservare, tra i subprogrammi, contraddizioni, antinomie, incompatibilità.

Quando il programma ha una sufficiente coerenza e una necessaria stabilità, i risultati sono sensibilmente maggiori e presentano una più elevata tenuta nel tempo.

Costruire un programma comporta un lavoro di valutazione, che a sua volta, richiede un bilancio generalizzato possibile soltanto se esiste una conoscenza dei modi di funzionamento.

MODELLI DI ANALISI FUNZIONALE

Fino al 1960 è stato accettato il modello "meccanicistico" localizzato; il cervello è considerato nella sua localizzazione, si è portati a considerare la mente come l' effetto della totalità del cervello.

Per la Psicologia materialista la relazione cervello - mente assume una particolare connotazione. Secondo Luria essere insufficienti mentali significa vivere, agire e comunicare con modalità rigide tramite processi di codificazione/decodificazione poco evolutive. L' ambiente ha un valore fondamentale perchè lo sviluppo avviene, a partire dalla nascita, in un contesto "oggettivamente" costituito da prodotti che hanno un' origine sociale. Un ruolo essenziale nello sviluppo giocano il linguaggio e le funzioni simboliche; si tratta in parte di sovrastrutture che sono però fondamentali per la comparsa e la regolazione del comportamento intelligente. Il funzionamento combinato di tutte le unità funzionali, in un sistema autoregolante, rappresenta l' effetto della totalità operativa del cervello. Gli analizzatori sono elementi indispensabili; il cattivo funzionamento degli analizzatori può spiegare l' assenza o la drastica riduzione sia della capacità di orga-

nizzazione, sia delle possibilità di realizzare gli schemi operativi necessari. E' data scarsa importanza alla vita affettiva.

2) Il "MODELLO INTERNO" : tema che si identifica con le capacità preesistenti all' esperienza e che, secondo Bruner, incanalano le anticipazioni conoscitive e quindi le informazioni, sicchè l'apprendimento avverrebbe attraverso la sistematizzazione di elementi relativamente nuovi. Confusione e ripetizione sarebbero quindi condizioni estremamente negative per lo sviluppo mentale.

3) Produttiva sembra la concezione "INTERAZIONISTA" di Eccles

Tramite Popper ha sviluppato una originale visione dei rapporti tra Sè e cervello, attraverso la "teoria dei tre mondi" che può essere così schematizzata:

- a) Mondo 1 : oggetti e stati fisici (natura)
- b) Mondo 2 : stati di coscienza (Io puro, percezioni interne ed esterne)
- c) Mondo 3 : conoscenza in senso oggettivo (cultura)

Tra i vari mondi vi è una continua interazione, ma non si riesce a passare da un mondo all' altro.

Secondo questa teoria il grave può solo in minima parte passare dalla natura alla cultura; comunque ha, ontologicamente una mente

Il cervello, in quanto organo appartiene al mondo 1°, ma svolge la propria azione come supporto della Mente (Mondo 2°) ed opera come tramite nei confronti del Mondo 3°. Tra Mondo 1° e Mondo 3° è impossibile la trasmissione. Il Mondo 2° fa da collegamento.

4) "MODELLO PSICOANALITICO"

Il problema del rapporto "corpo- mente" sta, in un certo senso alla base della psicoanalisi.

La costruzione del Sè è l' effetto interazione tra la madre e il bambino. Il sè è dapprima corporeo, in quanto si va affermando su sensazioni ed appercezioni corporee ed esterne al corpo, poi il Sè diventa mente (ossia va incontro ad un processo di mentalizzazione). Il rapporto cervello-mente è importante in quanto è alla base di una serie di ragioni di molti problemi connessi allo stato di gravità e specialmente delle

frequenti distorsioni psicopatologiche che si associano alle condizioni deficitarie e la complicano

5) MODELLO ECLETTICO (in accordo con la teoria modulare di Fodor)

Al fine di avvicinarsi a questo modello partiamo da alcuni assunti fondamentali:

- a) il cervello con la sua attività al tempo stesso integrata ed altamente differenziata costituisce la condizione necessaria per lo sviluppo del funzionamento mentale. Ogni patologia cerebrale è quindi destinata ad interferire con tale funzionamento e con lo sviluppo stesso della mente;
- b) sviluppo e funzionamento sono essenzialmente condizionati dalla quantità e qualità degli apporti esterni, soprattutto quelli di ordine affettivo e socio-relazionali;
- c) esiste una non meglio definibile "qualità mentale" che rappresenta un carattere tipicamente umano;
- d) l'essenza di tale qualità mentale si identifica, almeno come aspetto più palese, con la facoltà di operare attraverso la parola e il pensiero;
- e) la compromissione del cervello sia di tipo strutturale che di tipo funzionale influenza sempre, in qualche modo, lo sviluppo e il funzionamento mentale.

Da questi assunti deriva il concetto di un "APPARATO NEUROPSICOLOGICO" in cui si colloca il nucleo fondamentale della relazione cervello-mente

6) APPROCCIO di SOMMERHOFF

- a) L'apparato neuropsicologico si può configurare come un succedersi di filtri analizzatori (decodificatori e codificatori) di crescente finezza. Lo stimolo che passa attraverso di essi viene progressivamente elaborato e raffinato, ma mai ridotto.
- b) Ogni settore compreso tra due filtri successivi ha una sua propria capacità di fornire risposte, sia direttamente in uscita sia verso lo stadio seguente; ogni settore ha quindi un proprio linguaggio che però comprende i linguaggi precedenti ed è a sua volta traducibile in quelli successivi (ovvero è isomorfo a essi)

- c) Tale struttura si può concepire fino ad un determinato punto, come una via a conduzione forzata e, oltre quel punto, come un reticolo in cui lo stimolo può assumere varie direzioni sotto l' influenza di diversi fattori(sistema a probabilità multiple)
- c) l' intero sistema risponde a vari criteri funzionali(memoria,retroazione,anticipazione) la cui complessità dipende dal tipo di linguaggio adottato ai vari livelli di filtro)
- d) man mano che si procede attraverso i filtri aumentano i gradi di libertà, ~~ma~~ che proporzionalmente alle esigenze di linguaggio sempre più sofisticati, di spazi sintattici, di operazioni più tipicamente mentali.
- e) su questo sistema, capace virtualmente di dar luogo al funzionamento mentale, influiscono in misura determinante variabili essenziali come la natura dello stimolo, i suoi significati culturali e contestuali, la retroazione derivata dall' ambiente, i mezzi espressivi ecc...

L' apparato neuropsichico si può idealmente rappresentare in due sezioni; la seconda viene ipotizzata come un sistema polidimensionale (a probabilità multipla), caratterizzata dalla presenza della tridimensionalità, possiede una potenzialità di sviluppo enorme, e si differenzia primariamente per la presenza del linguaggio(come competenza linguistica) (sistema a probabilità multiple).

L' intero apparato neuropsichico presenta un unico principio funzionale: quello della decodificazione- codificazione a mezzo di codici via via più complessi ma seriali; ~~solo da un certo punto in avanti si hanno codici via via più complessi ma seriali; solo da un certo punto in avanti si hanno codici tipici solo dell' uomo.~~

E' possibile operare l' analisi dei modi di decodificazione/ codificazione per trarne un giudizio sul processo di elaborazione.

L' impossibilità di decodificare gli stimoli culturali elaborati dalla mente altrui si traduce nell' impossibilità di crearne dei propri e ciò provoca una drastica riduzione della comunicazione

Il funzionamento del codice presuppone una dinamica consistente dei seguenti elementi:

il riconoscimento dei suoi termini(decodificazione)

la loro elaborazione economica(interpretazione)

la composizione di una risposta(codificazione o ricodificazione)

La conoscenza dei livelli di elaborazione consente molti rilievi relativi ad esempio alle strategie operative, alle procedure di soluzioni, al peso e al ruolo degli ostacoli minorativi, alle modalità adottate per superarli(o ad i tentativi per raggiungere tale obiettivo, alla fatica, alla motivazione...)

Questi modelli usati nell'ambito del neuropsicologico hanno rivelato una concreta utilità al fine di calibrare l' intervento riabilitativo sulla reale economia funzionale del soggetto.

Il bambino affetto da una condizione minorativa non è pero soltanto oggetto di riabilitazione medica, ma soprattutto bisognoso di intervento educativo.

La mente del bambino è una rete in cui le capacità potenziali sono:

induzione

deduzione

classificazione

differenziazione- semantica

transfer

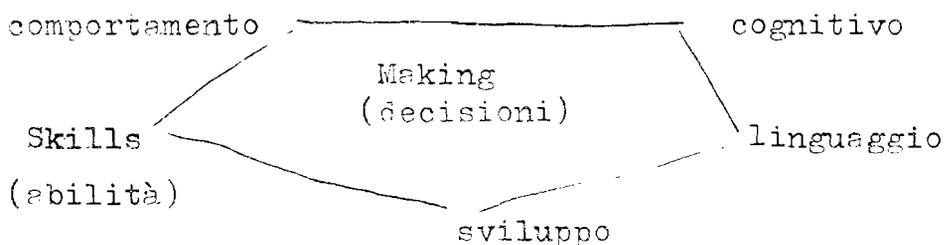
Nel 1990 si propone il modello del "SELF REGULATION" (autoregolazione)

Il soggetto ritardato dimostra di saper apprendere più di quanto pensiamo, se si procede nella dimensione di acquisire capacità "nel saper prendere decisioni!"

Lavorare sulla autoregolazione significa far acquisire un complesso di abilità che sviluppa altre abilità.

Sviluppare una coscienza del sè permette di sviluppare al meglio le capacità che si posseggono

MODELLO EDUCATIVO



L' obiettivo è quello di insegnare le strategie, apprendere ad usarle, far selezionare strategie diverse, acquisire consapevolezza dell' uso delle strategie

L'attività cognitive è il risultato del funzionamento di strutture modulari.

Nel processo modulare ogni operazione è costituita da un insieme di unità di elaborazione(o computazione)

Il cognitivismo di Fodor è un cognitivismo rappresentazionale. Secondo Fodor infatti avere un atteggiamento proposizionale significa essere in una certa relazione con una rappresentazione interna. Ma quel che è importante capire è che questa relazione è necessariamente una relazione " computazionale": gli stati mentali sono relazioni tra gli organismi e le rappresentazioni interne, e stati mentali causalmente intercorrelati si succedono gli uni agli altri in accordo con i principi computazionali che valgono formalmente per " le rappresentazioni"

DIAGNOSI FUNZIONALE

L. 104/ 5-febbraio 1992 D.P.R. 24 febbraio 1994

Per diagnosi funzionale si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell' alunno di cui alla L. 104 /92 al momento in cui accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli art. 12-13 della L. 104 /92.

Alla diagnosi funzionale provvede l'unità multidisciplinare composta: dal medico specialista nella patologia segnalata, dallo specialista in neuropsichiatria infantile, dal terapeuta della riabilitazione, dagli operatori sociali in servizio presso la unità sanitaria locale o in regime di convenzione con la medesima.

La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di elementi clinici e psico-sociali. Gli elementi clinici si acquisiscono tramite la visita medica dell' alunno e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente. Gli elementi psicosociali si acquisiscono attraverso specifica relazione in cui siano ricompresi:

- a) i dati anagrafici del soggetto;
- b) i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare (composizione, stato di salute del nucleo, tipo di lavoro svolto, contesto ambientale, ecc...)

La diagnosi funzionale si articola nei seguenti accertamenti:

- a) l'anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto, con particolare riferimento alla nascita (in ospedale, a casa, ecc..) nonché alle fasi dello sviluppo neuro-psicologico da zero a sedici anni ed inoltre alle vaccinazioni, alle malattie riferite e/o repertate, agli eventuali periodi di ospedalizzazione, agli eventuali programmi terapeutici in atto, agli interventi programmati terapeutici in atto, agli eventuali interventi chirurgici, alle eventuali precedenti esperienze riabilitative;
- b) diagnosi clinica redatta dal medico specialista nella patologia segnalata (rispettivamente neuropsichiatra infantile, otorinolaringoiatra, oculista ecc..) la stessa fa riferimento all'eziologia ed esprime le conseguenze funzionali dell'infermità indicando la previsione dell'evoluzione naturale.

La diagnosi funzionale, essendo finalizzata al recupero del soggetto

portatore di handicap, deve tenere particolarmente conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:

- a) COGNITIVO - esaminato nelle componenti: livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze;
- b) AFFETTIVI- RELAZIONALE- esaminato nelle componenti: livello di auto stima e rapporto con gli altri;
- c) LINGUISTICO - esaminato nelle componenti: comprensione, produzione e linguaggi alternativi;
- d) SENSORIALE - esaminato nelle componenti: tipo e grado di deficit con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto;
- e) MOTORIO- PRASSICO- esaminato nelle componenti: motricità globale e motricità fine;
- f) NEUROPSICOLOGICO- esaminato nelle componenti: memoria, attenzione, e organizzazione spazio temporale;
- g) AUTONOMIA - personale e sociale

Degli esecutori si sopra indicati viene redatto un documento nella forma della scheda riepilogativa. Nella predetta scheda riepilogativa viene, inoltre, riportata la diagnosi funzionale redatta in forma conclusiva, da utilizzare per i successivi adempimenti.

PROFILO DINAMICO FUNZIONALE

Ai sensi dell' art. 12 della L.n. 104 del 1992, il profilo dinamico funzionale è atto successivo alla diagnosi funzionale e indica in via prioritaria, dopo un primo periodo di inserimento scolastico, il prevedibile livello di sviluppo che l' alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (sei mesi) e nei tempi medi (due anni).

Il profilo dinamico funzionale viene redatto dall' unità multidisciplinare, dai docenti curricolari e dagli insegnanti specializzati della scuola, che riferiscono sulla base della diretta osservazione ovvero in base all' esperienza maturata in situazioni analoghe, con la collaborazione dei familiari dell' alunno.

Il profilo dinamico funzionale, sulla base dei dati riportati nella diagnosi funzionale, descrive in modo analitico i possibili livelli di risposta dell' alunno in situazione di handicap riferiti alle relazioni in atto e a quelle programmabili.

Il profilo dinamico funzionale comprende necessariamente:

- a) la descrizione funzionale dell' alunno in relazione alle difficoltà che l' alunno dimostra di incontrare in settori di attività:
- b) l' analisi dello sviluppo potenziale dell' alunno a breve e medio termine, desunto dall' esame dei seguenti parametri:
 - b.1) COGNITIVO- esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione al livello di sviluppo raggiunto, alle strategie usate per la soluzione di compiti propri della fascia di età, allo stile cognitivo, alle capacità di usare, in modo integrato, competenze diverse;
 - b.2) AFFETTIVO- RELAZIONALE- esaminato nelle potenzialità, esprimibili rispetto all' area del sé, al rapporto con gli altri, alle motivazioni dei rapporti e dell' atteggiamento rispetto all' apprendimento scolastico, con i suoi diversi interlocutori;
 - b.3) COMUNICAZIONALE- esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione alle modalità di interazione, ai contenuti prevalenti, ai mezzi privilegiati;
 - b.4) LINGUISTICO - esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazio-

- ne alla comprensione del linguaggio orale, alla produzione verbale, all' uso comunicativo del linguaggio verbale; all' uso del pensiero verbale, all' uso di linguaggi alternativi e integrativi;
- b.5) SENSORIALE- esaminato soprattutto in riferimento alle potenzialità riferibili alla funzionalità visiva, uditiva e tattile;
- b.6) MOTORIO- PRASSICO- esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili in ordine alla motricità globale, alla motricità fine, alle prassie semplici e complesse e alle capacità di programmazione motorie interiorizzate;
- b.7) NEUROPSICOLOGICO- esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili riguardo alle capacità mnesiche, alla capacità intellettuale e all' organizzazione spazio-temporale;
- b.8) AUTONOMIA - esaminata con riferimento alle potenzialità esprimibili in relazione all' autonomia della persona e all' autonomia sociale;
- b.9) APPRENDIMENTO- esaminato in relazione alle potenzialità esprimibili in relazione all' età pre-scolare, scolare (lettura, scrittura, calcolo, lettura di messaggi, letture di istruzioni pratiche, ecc..)

La via orientativa alla fine della seconda elementare, della quarta elementare, alla fine della seconda media, alla fine del biennio superiore e del quarto anno della scuola superiore (ed in ogni altro momento ritenuto necessario, il personale sopra citato traccia un bilancio diagnostico e prognostico finalizzato a valutare la rispondenza del profilo dinamico funzionale alle indicazioni nello stesso delineate e alla coerenza tra le successive valutazioni, fermo restando che il profilo dinamico funzionale è aggiornato, come disposto dal comma 8 dell' art. 12 della L. 104/92, a conclusione della scuola materna, della scuola elementare, della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.

Ulteriori notizie, anche sul P.E.I. e la programmazione individualizzata sono desunte dal " Percorso di integrazione " il documento inviato alle scuole