

FORMAZIONE PER L'INCLUSIONE

INDIRIZZATA AI DOCENTI NON SPECIALIZZATI SU SOSTEGNO E A DOCENTI IMPEGNATI IN CLASSI CON ALUNNI CON DISABILITA'

PERCORSO FORMATIVO PER:

INFANZIA

PRIMARIA

SECONDARIA I GRADO

SECONDARIA II GRADO





MODULO2:

LETTURA ED INTERPRETAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DIAGNOSTICA:

CONOSCERE LE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DISABILITÀ . LEGGERE I
DOCUMENTI DIAGNOSTICI: PROSPETTIVA BIO-PSICO-SOCIALE

DR.SSA CLAUDIA CHIARI- DR.SSA ANNAMARIA CIPANI –DR.SSA MARIACHIARA FERRETTI

ASST-GARDA

DR. MICHELE TAGLIASACCHI – ASST- FRANCIACORTA

DR.SSA VITTORIA TREBESCHI –ASST- SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

L' ACCORDO QUADRO DI PROGRAMMA PROVINCIALE PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITA ' (2011-2016) ... UN LUNGO PERCORSO

BRESCIA 15 NOVEMBRE 2012

DOTT.SSA MARIAROSARIA VENTURINI RESPONSABILE U.O. DISABILITÀ - A.S.L. DI BRESCIA

GLI ATTORI COINVOLTI

- IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA DI BRESCIA
- IL DIRIGENTE DELL' UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE
- IL PRESIDENTE DELLA CONFERENZA DEI SINDACI DI BRESCIA E VALLECAMONICA
- I DIRETTORI GENERALI DELLE ASL DI BRESCIA E VALLECAMONICA
- I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE DI BRESCIA – DESENZANO – CHIARI

PREMESSA: perché l'integrazione funzioni:

- Azioni in sinergia tra i diversi soggetti
- Gestione integrata di servizi
- Coinvolgimento attivo della famiglia nell'ottica del progetto di vita della persona disabile

Il Dirigente Scolastico garante dell'offerta formativa e dei percorsi

Corresponsabilità educativa e formativa di tutti i docenti in tutte le fasi del processo scolastico (programmazione, intervento, valutazione)

RUOLO DEI COMUNI

ALCUNE SOTTOLINEATURE RISPETTO ALL'ACCORDO PRECEDENTE

- Al bambino 0-3 anni deve essere garantito l'inserimento negli asili nido
- È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona disabile dalla materna all'università
- Sono previsti tavoli di concertazione presso gli Uffici di Piano, per la definizione e condivisione delle linee generali di intervento riferite all'integrazione scolastica e in sinergia con i servizi sociali per un progetto di integrazione complessivo

(art 3)

RUOLO DELLA PROVINCIA

ALCUNE SOTTOLINEATURE RISPETTO ALL'ACCORDO PRECEDENTE

A favore degli alunni con disabilità frequentanti la scuola secondaria di 2 ° grado ha competenze rispetto a:

- Servizi di supporto organizzativo: fornitura di trasporto con modalità definite annualmente da accordo tra Provincia e ACB, sulla base delle risorse trasferite dalla regione.
- Per l'assistenza personale nell'accordo viene sospesa ogni decisione in attesa dei pronunciamenti a livello regionale

(In realtà le sentenze del TAR danno alla provincia la competenza)

ART 4

RUOLO DELLA SCUOLA

ALCUNE SOTTOLINEATURE RISPETTO ALL'ACCORDO PRECEDENTE

Tutto quanto declinato nell'Accordo si intende applicabile anche alle Istituzioni Formative per quanto compatibile (viene citato il documento “Linee guida per l'integrazione dei disabili nei percorsi di istruzione e formazione” approvato dal Comitato tecnico provinciale il 14.04.2010).

Viene sottolineato il ruolo del DIRIGENTE SCOLASTICO che assicura venga riservata una specifica attenzione all'integrazione scolastica.

(art 5)

RUOLO E FUNZIONI ASL e AO

ALCUNE SOTTOLINEATURE RISPETTO ALL'ACCORDO PRECEDENTE

Vengono introdotte le modalità di individuazione degli alunni con disabilità definite secondo il DPCM 185/2006 e seguenti delibere regionali

Vengono previsti ancora due incontri annuali ma viene sottolineato “salvo accordi specifici in relazione alle singole situazioni”. (si sottolinea la Criticità: a rispettare due incontri per tutte le situazioni)

Si svolgono preferibilmente presso la scuola o presso la sede sanitaria sulla base dell'accordo con l'operatore di riferimento

(art 6)

SOSTEGNO AI CENTRI DI SERVIZIO TERRITORIALI (CTRH)

RUOLO DELLE FAMIGLIE

Viene introdotto uno specifico articolo

In particolare: La famiglia ha DIRITTO di partecipare alla formulazione del Profilo Dinamico Funzionale e del PEI, nonché alle loro verifiche (compito del Dirigente Scolastico convocare i genitori)

La documentazione relativa all'alunno con disabilità deve essere sempre disponibile per la famiglia e consegnata dall'istituzione scolastica quando richiesta (Importanza della presenza del fascicolo personale dell'alunno con disabilità)

(art 8)

ASPETTI TECNICI-OPERATIVI

SEGNALAZIONE SENZA IL CONSENSO DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE

- non può essere avviata nessuna pratica di segnalazione da parte della scuola all'A.O. /ASL
- TEMPI PER LA SEGNALAZIONE: da fare entro il 30/11
- MODALITÀ PER LA SEGNALAZIONE: segnalazione documentata e con allegato il consenso firmato dagli esercenti la potestà genitoriale
- VALUTAZIONE DA PARTE DELLO SPECIALISTA La valutazione dello specialista di Ente pubblico (NPI o Psicologo o altro specialista) produce, qualora vi siano le condizioni, una certificazione della patologia e una relazione clinica che dovranno essere allegate alla eventuale domanda di accertamento di alunno disabile che dovrà essere presentata dagli esercenti la potestà genitoriale al Collegio di accertamento istituito presso ogni DGD dell'ASL. La relazione in ogni caso viene consegnata alla famiglia per la possibile consegna alla scuola

ASPETTI TECNICO – OPERATIVI

INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO CON DISABILITA' (DPCM 185/2006)

- La domanda viene presentata dalla famiglia, su apposito modulo, al collegio istituito dall'ASL presso la DGD o presso il proprio Distretto di residenza
- Il Collegio di Accertamento rilascia, nel caso vi siano le condizioni, il VERBALE DI ACCERTAMENTO entro massimo 60 giorni dalla presentazione della domanda
- Dovrebbe essere consegnato dalla famiglia alla scuola entro il 30 maggio unitamente alla diagnosi funzionale, redatta dallo specialista di riferimento (Criticità: difficoltà a rispettare tale termine).

NB: Entro il 28 febbraio possibile revoca dei genitori dall'assenso all'attivazione degli interventi a sostegno dell'integrazione scolastica, (dichiarazione di RINUNCIA da consegnare alla segreteria della scuola che ne invierà copia agli operatori di riferimento (ASL o AO)

VERBALE DI ACCERTAMENTO

Il verbale riporta:

- il risultato dell'accertamento : la presenza o meno della condizione di H (L. 104/92, art.3 c.1) o di H grave (L. 104/92, art.3 c.3)
- la patologia, la tipologia (fisica, psichica, sensoriale, plurima) e la condizione (stabilizzata o progressiva)
- la durata di validità dell'accertamento

NB: SUL VERBALE NON SONO INDICATI GLI INTERVENTI NECESARI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

ASPETTI TECNICI-OPERATIVI

DIAGNOSI FUNZIONALE

- La redazione della D.F. è a cura degli operatori di riferimento (ASL o ASL/AO) e dovrebbe essere consegnata ai genitori entro il 30 aprile (Criticità: difficoltà in molti casi a rispettare tale termine).
- Deve essere consegnata dalla famiglia alla scuola
- Deve essere aggiornata ad ogni passaggio di grado scolastico o in qualsiasi momento si renda opportuno.
- Nella D.F. viene evidenziata la necessità di attivare servizi di - Trasporto - Assistente per l'autonomia personale di base e/o specialistica - Insegnante di sostegno

ASPETTI TECNICI-OPERATIVI

DIAGNOSI FUNZIONALE INTEGRATA

E' la Diagnosi Funzionale arricchita dai contributi di tutti gli operatori coinvolti, unitamente alla famiglia, con lo scopo di condividere e interconnettere gli aspetti abilitativi/riabilitativi/pedagogici educativi e sociali (nell'incontro a fine anno in vista del passaggio ordine di scuola)

Redazione del PDF, dopo un primo periodo di inserimento scolastico, da parte dei docenti curricolari e degli insegnanti specializzati sulla base della Diagnosi Funzionale Integrata e della conoscenza documentata dal fascicolo personale (PDF aggiornato al termine dei vari ordini e gradi)

ASPETTI TECNICI-OPERATIVI

Redazione del PEI da parte di insegnanti con la collaborazione della famiglia e avvalendosi della consulenza degli operatori socio – sanitari (NPIA- ASL-Comune) entro il 30 novembre di ogni anno.

ASSISTENZA SPECIALISTICA PER L'AUTONOMIA PERSONALE

Se nella Diagnosi Funzionale lo specialista indica la necessità di tale intervento in base alla condizione del minore,

è il Dirigente Scolastico che sottopone la richiesta al Comune

è nel confronto tra scuola, specialisti, comune, con il coinvolgimento della famiglia, che vengono definite e programmate le necessità assistenziali ed educative (fondamentale che il confronto con il Comune avvenga entro la fine dell'anno scolastico per programmare l'intervento per l'anno scolastico successivo).

NUOVO DECRETO

Il Ministro dell'Istruzione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze

Adozione del modello nazionale di piano educativo individualizzato e delle correlate linee guida, nonché modalità di assegnazione delle misure di sostegno agli alunni con disabilità, ai sensi dell'articolo 7, comma 2-ter del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66.

**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Ufficio Scolastico Regionale
per la Lombardia Ufficio IV - Ambito Territoriale di Brescia Via S. Antonio, 14 -
25133 Brescia**

- ACCORDO OPERATIVO PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' I SOGGETTI ISTITUZIONALI
- Ufficio scolastico Regionale AT di Brescia- Referenti BES AT di Brescia
- Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia –Montagna(Valle Camonica)
- Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) Brescia – Valle Camonica
- Dirigenze Scolastiche delle scuole Polo per l'Inclusione della provincia di Brescia - Referenti CTI afferenti alle 5 scuole polo per l'inclusione
- Dirigente Centro Territoriale di Supporto – Nuove Tecnologie e Disabilità (CTSNTD)Brescia- Referenti del CTSNTD

- INTERVENTI E PROCEDURE TRA SCUOLA E SANITA' IN TEMA DI INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'

Richiamato l'ACCORDO DI PROGRAMMA, stipulato nel 2011, frutto di un percorso di confronto ampiamente sperimentato e partecipato a livello interistituzionale, nel quadro complessivo della progettazione e programmazione degli interventi per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità;

Precisato che tale accordo si riferisce agli alunni con disabilità certificata ai sensi della L.104/92- DPCM 185/2006, mentre per altre forme di disagio (DSA, BES) o alle difficoltà che possano presentare alunni stranieri, si fa riferimento ad altre normative specifiche;

In attesa delle nuove indicazioni di certificazione e modelli inclusivi in applicazione del D.lgs 66/2017, i soggetti rappresentativi degli ambiti scolastici e sanitari firmatari dell' ACCORDO-QUADRO, dopo un confronto attuatosi attraverso un tavolo di lavoro provinciale con rappresentanti della scuola e della sanità, ritengono necessario:

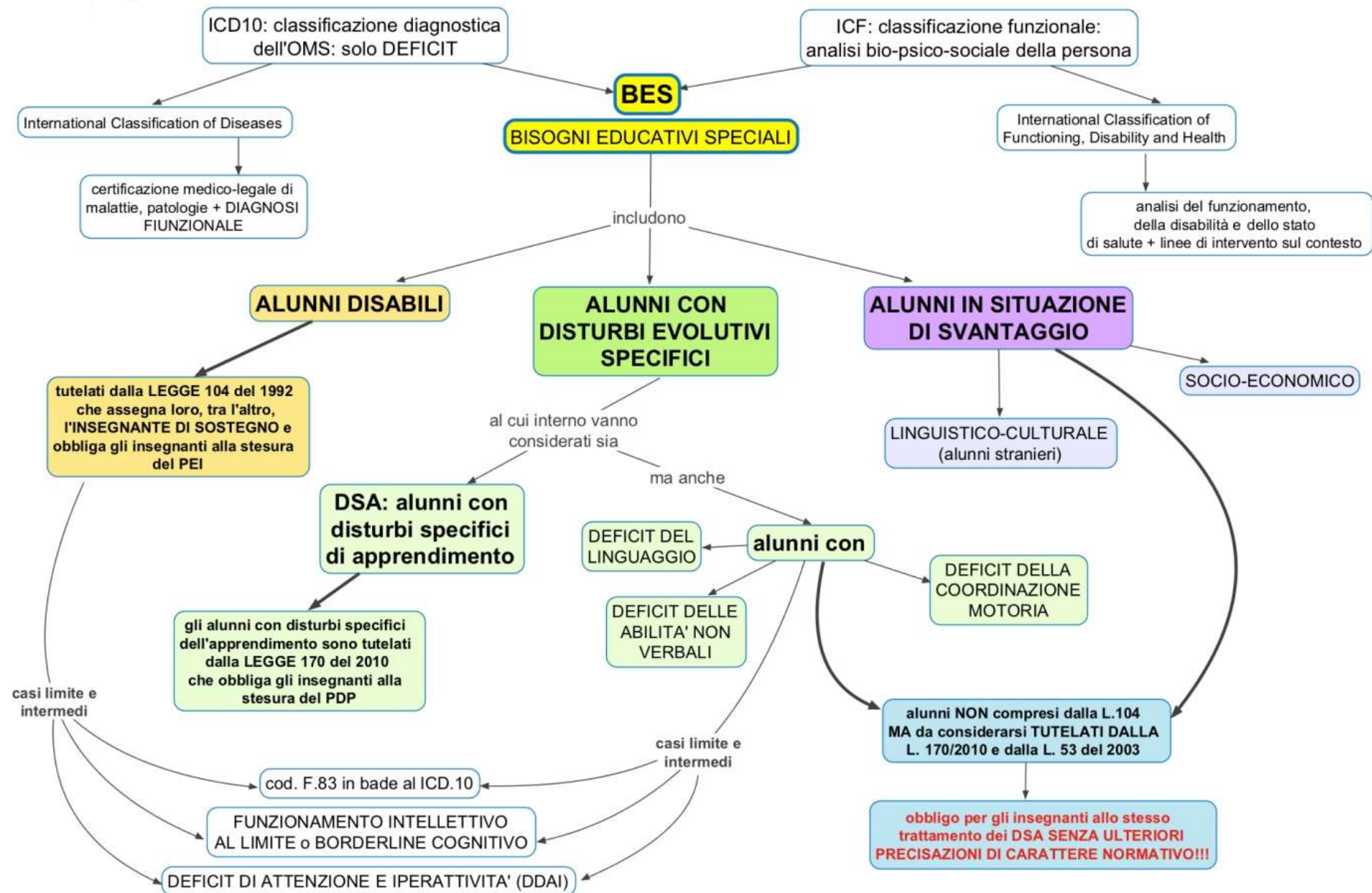
- Confermare la validità dell'Accordo, con particolare riferimento alla sinergia finalizzata all'inclusione scolastica delle alunne/i studentesse/studenti con disabilità e al tempo stesso precisare e rendere virtuose alcune azioni, in relazione ad alcuni passaggi della collaborazione tra Scuola e ASST/NPI, con particolare riferimento agli incontri di redazione e verifica dei PEI. Ù
- Ribadire la necessità di superare la frammentazione degli interventi e, pertanto, la disomogeneità delle risposte per promuovere, favorire e garantire il processo di inclusione dei soggetti con disabilità all'interno del sistema scolastico per tutto l'arco dell'età evolutiva e fino alla conclusione del percorso scolastico.

E' convinzione, infatti, che solo una reale sinergia tra le varie figure professionali ed educative possa garantire il fondamentale diritto di ogni studentessa/studente all'istruzione e alla formazione, in un ambiente in grado di valorizzare le potenzialità e di rispondere ai bisogni di tutti e di ciascuno.

In particolare rispetto alle Modalità organizzative e di calendarizzazione degli incontri a sostegno del percorso di inclusione scolastica si conviene che:

- L'istituzione scolastica, ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 e dal GDPR (Regolamento UE 2016/679), invia entro giugno (fine anno scolastico) alle Segreterie delle N.P.I., gli elenchi degli alunni iscritti nell'anno scolastico successivo nei propri ordini di scuola in particolare evidenziando le situazioni per le quali risulti necessario l'attivazione degli incontri tra scuola, sanità, comune e famiglia, secondo l'indicazione delle priorità di seguito indicate :
 - a. incontro a seguito di prima diagnosi;
 - b. incontri al passaggio di ciclo:
 - al termine del ciclo con la presenza di un referente della scuola dell'ordine successivo per consentire la presentazione della situazione e la definizione degli interventi necessari alla frequenza dell'alunna/o l'anno successivo.
 - all'inizio della anno scolastico successivo il primo incontro con gli insegnanti del nuovo ordine scolastico ,si terrà dopo un periodo di frequenza , per condividere l'osservazione dell'alunna/o e facilitare la stesura del Progetto educativo individualizzato

- Rimane confermata la programmazione di ulteriori incontri di monitoraggio e/o verifica per casi di particolari gravità o qualora il percorso di inclusione scolastica risulti particolarmente complesso
- Agli incontri sono presenti i Dirigenti Scolastici o delegati, la famiglia, i docenti di classe, tutor, docenti di sostegno, referente per l'Inclusione d'Istituto; l'assistente sociale e le figure professionali specifiche eventualmente coinvolte sul singolo caso.
- Tali incontri potranno essere effettuati sia presso la sede scolastica sia presso la sede dei servizi sanitari secondo quanto ritenuto più funzionale rispetto allo specifico territorio. Per gli incontri presso l'istituzione scolastica verrà individuata, laddove possibile, la sede centrale dell'istituzione anche per i casi che frequentano plessi diversi, avendo cura di accorpare nella stessa sede e nella stessa occasione riunioni per più casi.



DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO (FONTE ISS)

- I disturbi del neurosviluppo si manifestano nelle prime fasi dello sviluppo e sono caratterizzati da deficit del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo.
- Il deficit varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento fino alla compromissione globale delle abilità sociali e dell'intelligenza.
- Nei disturbi del neurosviluppo sono stati inseriti la disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, il disturbo dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo specifico dell'apprendimento e i disturbi del movimento. Questo complesso di disturbi comporta un elevato carico sanitario, sociale ed economico.

DISABILITÀ INTELLETTIVA (1)

(ICD10 F 70-71-72-73-78-79)

Definire le disabilità intellettive non è una cosa semplice, poiché **le persone con disabilità intellettive possono essere davvero molto diverse tra di loro** ed un ruolo è svolto anche dall'ambiente in cui le stesse vivono.

Solo quando la disabilità intellettiva è espressione di una particolare condizione genetica, ad es. sindrome di Down o sindrome dell'X fragile, ci può essere un aspetto fisico tipico. Anche in questi casi **bisogna ricordare che ogni persona, senza o con disabilità intellettiva, è unica.**

Secondo il DSM5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un ***disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.***

DISABILITÀ INTELLETTIVA (2)

(ICD10 F 70-71-72-73-78-79)

Affinché possa essere diagnosticata una condizione di disabilità intellettiva, è necessario che siano soddisfatti i seguenti **tre criteri**:

- **Deficit delle funzioni intellettive**, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza individualizzati e standardizzati;
- **Deficit del funzionamento adattivo** che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità;
- **Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo dello sviluppo**. L'età e le caratteristiche dell'esordio dipendono dall'eziologia (causa) e dalla gravità della menomazione della struttura e/o delle funzioni cerebrali.

DISABILITÀ INTELLETTIVA (3)

(ICD10 F 70-71-72-73-78-79)

Il supporto necessario, in termini di tipologia, frequenza e durata, **varia da individuo ad individuo ed è anche in rapporto ai contesti ambientali**. È fondamentale sottolineare che la maggioranza delle persone con disabilità intellettiva può vivere una vita autodeterminata e indipendente se si assicurano supporti adeguati, modulabili e continuativi.

Ci sono diversi gradi di disabilità intellettive. In accordo al DSM-5®, il livello di gravità può essere classificato come lieve, moderato, grave ed estremo.

La disabilità intellettiva, in genere, è una condizione che dura per tutta la vita sebbene i livelli di gravità possono cambiare nel tempo

I DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE (1) (ICD 10 F80.)

I disturbi della comunicazione rappresentano i disturbi di sviluppo più frequenti tra i 2 e 6 anni di età e rappresentano un insieme di quadri sindromici caratterizzati da difficoltà differenti per qualità e gravità nella comprensione, produzione e uso del linguaggio.

Sono caratterizzati da **deficit del linguaggio, dell'eloquio e della comunicazione** e dal fatto che le altre aree di funzionamento della persona sono intatte (es. funzionamento intellettivo nella norma).

Per **eloquio** si intende la produzione espressiva di suoni e comprende articolazione, fluenza, voce e qualità di risonanza di un individuo. Il **linguaggio** comprende la forma, la funzione e l'utilizzo di un sistema convenzionale di simboli (per esempio le parole pronunciate, e linguaggio gestuale e le parole scritte) con una modalità governata da regole per la comunicazione.

La **comunicazione** comprende qualsiasi comportamento verbale o non verbale (intenzionale o non intenzionale) che influenza il comportamento, le idee e le attitudini di un altro individuo.

I DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE (2)

DISTURBO DEL LINGUAGGIO

È un disturbo che riguarda sia la **produzione** che la **comprensione** del linguaggio, anche se possono essere compromesse in misura diversa.

È caratterizzato da persistente difficoltà nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio (linguaggio parlato, scritto, gestuale o di altro tipo) dovute a deficit della comprensione o della produzione che comprendono un lessico ridotto, una limitata strutturazione delle frasi (capacità di costruire frasi basandosi su regole sintattiche e morfologiche) e una compromissione delle capacità discorsive (capacità di usare parole o di connettere frasi tra loro per descrivere un argomento o sostenere una conversazione).

I DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE (3)

DISTURBO FONETICO FONOLOGICO

Viene diagnosticato quando la **produzione** dei suoni dell'eloquio non è quella che ci si aspetterebbe in base all'età e alla fase di sviluppo del bambino e quando i deficit non sono il risultato di compromissione fisica, neurologica o uditiva. Per i bambini di quattro anni con sviluppo regolare l'eloquio generale dovrebbe essere comprensibile, mentre l'età di due anni solo il 50% dell'eloquio può essere comprensibile. È caratterizzato da difficoltà articolazione (dislalie), ritardo linguistico, ma **buona comprensione**. La prognosi è favorevole per risoluzione anche spontanea o con cicli di logoterapia.

I DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE (4)

DISTURBO DELLA FLUENZA CON ESORDIO NELL'INFANZIA (BALBUZIE)

La manifestazione principale del disturbo è un'alterazione della normale **fluenza** e della **cadenza** dell'eloquio che non è adeguata all'età dell'individuo. Questa alterazione è caratterizzata da frequenti ripetizioni o prolungamenti di suoni o sillabe e da altri tipi di alterazioni dell'eloquio.

L'entità dell'alterazione varia da situazione a situazione e spesso è più grave quando vi è una particolare **pressione a comunicare** (per esempio presentare una relazione a scuola fare un colloquio per un lavoro). La disfluenza è spesso assente durante la lettura orale, il canto o il colloquio con oggetti inanimati o con animali domestici.

I DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE (5)

DISTURBO DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE (PRAGMATICA)

È caratterizzato da una difficoltà con la pragmatica o con l'uso sociale del linguaggio e della comunicazione. Si manifesta attraverso da deficit nel comprendere e seguire le **regole sociali della comunicazione** verbale e non verbale in contesti naturalistici, nell'**adattare il linguaggio** in base alle esigenze dell'interlocutore o della situazione. I deficit nella comunicazione sociale producono limitazioni funzionali nell'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, dello sviluppo di relazioni, del rendimento scolastico o delle prestazioni lavorative. I deficit non devono essere spiegati da ridotte abilità cognitive o del linguaggio strutturale.

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (1) (ICD10 F84.0 –F84.1 –F84.5)

L'**autismo**, o meglio denominato "**disturbi dello spettro autistico**", è un disturbo del neuro-sviluppo che coinvolge principalmente linguaggio e comunicazione, interazione sociale, interessi ristretti, stereotipati e comportamenti ripetitivi.

A causa della gamma di sintomi che varia per livello da individuo ad individuo, l'**autismo è ora chiamato disturbo dello spettro autistico (o ASD**, acronimo inglese di "**Autism Spectrum "Disorder"**). Infatti il disturbo copre un ampio spettro di sintomi, livelli di abilità e disabilità, che possono influire o meno, nell'autonomia quotidiana e di vita. Una diagnosi precoce (entro i 18-36 mesi) diventa fondamentale per poter intervenire in maniera efficace sulle diverse componenti di compromissione, o meglio di "diversità di funzionamento".

L'autismo **varia in gravità** in base al livello di compromissione che limita l'autonomia nella vita quotidiana. I bambini con disturbo dello spettro autistico hanno generalmente sintomi che si manifestano con **difficoltà nella comunicazione e interazione social**, difficoltà di **comprensione del pensiero altrui** e **difficoltà ad esprimersi** con parole o attraverso la gestualità o con l'utilizzo dei movimenti facciali.

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (1) (ICD10 F84.0 –F84.1 –F84.5)

In aggiunta, possiamo riscontrare anche una **iper sensibilizzazione nei confronti di rumori e suoni, e movimenti del corpo ripetitivi e stereotipati**, come dondolio, auto stimolazione o battito di mani. Possono avere inoltre, **risposte insolite alle persone**, attaccamenti agli oggetti, resistenza al cambiamento nella loro routine, o comportamento aggressivo o autolesionista.

A volte possono sembrare non notare persone, oggetti o attività nell'ambiente circostante. **Alcuni bambini con autismo possono anche sviluppare crisi epilettiche.** E in alcuni casi, questi attacchi possono essere assenti inizialmente per verificarsi in adolescenza.

IL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ (ICD10 F90.0)

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è una sindrome caratterizzata da difficoltà di attenzione, di controllo dell'impulsività e del livello di attività. Si distinguono 3 tipi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività a seconda che prevalga l'aspetto di disattenzione, di iperattività/impulsività o entrambi (tipo combinato).

La diagnosi viene fatta mediante criteri clinici. Il trattamento è rappresentato da una terapia farmacologica con farmaci stimolanti associata alle terapie comportamentali e interventi psicoeducativi.

IL DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO (1) (ICD10 F81.0 -81.1 -81.2 – 81.3 -81.8)

I disturbi dell'apprendimento sono condizioni che presentano una discrepanza tra i livelli di rendimento scolastico e le potenzialità dedotte dalle abilità intellettive effettive del soggetto. I disturbi di apprendimento coinvolgono la difficoltà nella concentrazione o nell'attenzione, nello sviluppo del linguaggio, o nell'elaborazione delle informazioni visive e uditive

I disturbi specifici dell'apprendimento influenzano la capacità di

- Capire o utilizzare la lingua parlata
- Capire o utilizzare la lingua scritta
- Comprendere ed usare i numeri e la ragione utilizzando concetti matematici
- Coordinare i movimenti
- Focalizzare l'attenzione su un compito

IL DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO (2) (ICD10 F81.0 -81.1 -81.2 – 81.3 -81.8)

Pertanto, i disturbi comprendono problemi nella lettura, nella matematica, nell'espressione scritta o nella grafia, e nella comprensione e nell'uso verbale e non verbale del linguaggio. La maggior parte dei disturbi dell'apprendimento è complessa o mista, con deficit in più di un'area.

Anche se il numero totale di bambini negli Stati Uniti con disturbi di apprendimento è sconosciuto, nell'anno scolastico 2017-2018, 7 milioni di studenti (o il 14% di tutti gli studenti delle scuole pubbliche) di età compresa tra 3 e 21 anni hanno ricevuto servizi di istruzione speciale sotto l'Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). Tra gli studenti che ricevono il servizio di sostegno, il 34% (o circa il 5% di tutti gli studenti) ha avuto difficoltà di apprendimento specifiche (1). Il numero dei ragazzi con disturbi dell'apprendimento supera quello delle ragazze con una proporzione di 5:1.

IL DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO (3)

Dislessia

- La **Dislessia** è una disabilità specifica dell'apprendimento caratterizzata dalla difficoltà ad effettuare una lettura accurata e/o fluente. Il bambino, all'inizio del percorso di scolarizzazione, mostra difficoltà a riconoscere le lettere dell'alfabeto, a fissare la corrispondenza fra segni grafici e suoni e ad automatizzare tale processo di conversione. Tale difficoltà si ripercuote sull'apprendimento scolastico e sulle attività di vita quotidiana che richiedono la lettura di testi scritti.

Disortografia

- La **Disortografia** è uno dei disturbi specifici dell'apprendimento che riguarda la componente costruttiva della scrittura, legata quindi agli aspetti linguistici, e consiste nella difficoltà di scrivere in modo corretto da un punto di vista ortografico. Il bambino disortografico presenta una difficoltà nell'applicare le regole di conversione dal suono alla parola scritta e quindi a riconoscere i suoni che compongono la parola, a individuare le regolarità o irregolarità ortografiche e a individuare il corretto ordine con cui questi elementi si compongono.

IL DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO (4)

Disgrafia

- La **Disgrafia** riguarda la componente esecutiva, grafo-motoria (scrittura poco leggibile); si riferisce alla difficoltà di scrivere in modo fluido, veloce ed efficace. Il bambino disgrafico può presentare una cattiva impugnatura della penna o matita, poca capacità di utilizzare lo spazio nel foglio, difficoltà nel produrre forme geometriche e nella copia di immagini, alternanza tra macro e micrografia.

Discalculia

- La **Discalculia** riguarda la difficoltà a comprendere ed operare con i numeri e la difficoltà automatizzare alcuni compiti numerici e di calcolo. Il bambino discalculico può presentare difficoltà nella cognizione numerica (meccanismi di quantificazione, seriazione, comparazione, capire il valore posizionale delle cifre, associazione numero quantità, eseguire calcoli a mente) nelle procedure esecutive (lettura, scrittura, messa in colonna dei numeri) e di calcolo (recuperare i risultati delle tabelline, recupero dei fatti numerici e algoritmo del calcolo scritto).

I DISTURBI DEL MOVIMENTO (1)(ICD10 F82)

Sono anomalie dei movimenti e dell'andatura. Tutti i movimenti più semplici che compiamo ogni giorno sono in realtà abbastanza complessi. L'atto motorio fisiologicamente si realizza nella spinta di agire (voglia, interesse, necessità di muoversi), dettata da una motivazione cognitiva (voglio vedere, toccare, conoscere), motivazione sociale (esigenza di entrare in uno scambio comunicativo con gli altri) e motivazione omeostatica (adattamento all'ambiente come mangiare, bere, attaccare, difendersi). La spinta ad agire utilizza per la sua realizzazione un equipaggiamento anatomico di fondo costituito da strutture anatomiche (organi di senso, muscoli, nervi, etc). Da questo equipaggiamento la spinta ad agire si trasforma nell'atto motorio che porta l'individuo successivamente alla consapevolezza di essere motorio sia da un punto di vista neurologico (realizzare lo schema motorio), sia psicologico (formazione del sé corporeo).

I DISTURBI DEL MOVIMENTO (2)(ICD10 F82)

I Disturbi del movimento sono solitamente caratterizzati da movimenti in eccesso o scarsità o mancanza di movimenti e rigidità e contrazione dei muscoli. Essi possono portare a grave disabilità e difficoltà nel condurre una vita normale. ...un ritardo delle acquisizioni delle tappe motorie dello sviluppo come: gattonare, deambulare, parlare correre, saltare, salire e scendere le scale etc., può essere legato a patologie genetiche, infiammatorie, metaboliche o un disturbo della coordinazione motoria. La paralisi cerebrale infantile è un disturbo persistente ma non progressivo della postura e del movimento, dovuto ad alterazioni della funzione cerebrale infantile prima che il sistema nervoso centrale abbia completato il suo sviluppo. L'evento lesivo può aver avuto origine i epoca prenatale, perinatale o postnatale, ma in ogni caso entro i primi tre anni di vita del bambino.

I DISTURBI DEL MOVIMENTO (3)(ICD10 F82)

Sintomi: disturbo del controllo motorio, dolori muscolari e spasmi, instabilità e cattiva postura, difficoltà nel camminare, ritardo mentale/deficit dell'attenzione, epilessia.

La disprassia rappresenta la difficoltà a pianificare e compiere movimenti intenzionali in serie o in sequenza. I neuroni motori, ossia le cellule nervose che regolano il movimento fine e quello grossolano, non sono efficienti come quelli che, invece, non hanno questo problema

ALTRI DISTURBI (1)

Esistono altri Disturbi che creano disabilità e che non hanno una categoria diagnostica precisa come il borderline cognitivo (o funzionamento limite) (diagnosi ICD10 R41.8) oppure i Disturbi evolutivi specifici misti (ICD10 F83) in cui coesistono disturbi specifici dell'eloquio/linguaggio, delle capacità scolastiche e/o della funzione motoria, ma in cui nessun disturbo prevale in maniera tale da costituire la diagnosi principale.

Esistono dei Disturbi del Neurosviluppo che mal vengono «incasellati» nelle classificazioni ICD9, IC10 e DSM 4 e riguardano i bambini più piccoli.

Questi ultimi hanno una loro specifica classificazione.

CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA (CD) 0-5 (1)

La CD: 0-5 ha acquisito le nuove scoperte relative alla diagnosi del bambino e ha affrontato le questioni rimaste irrisolte in questo campo; fornisce un aiuto per:

- Riconoscere la salute mentale e le difficoltà di sviluppo nei bambini, fino ai 5 anni di età;
- Comprendere come le relazioni e gli agenti psicosociali di stress contribuiscono alla salute mentale e all'insorgenza dei disturbi dello sviluppo e includere i fattori ambientali nel processo diagnostico;
- Utilizzare i criteri diagnostici in modo efficace per la classificazione, per la formulazione del caso e per l'intervento;
- Agevolare la ricerca sui disturbi della salute mentale nei bambini.

CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA (CD) 0-5 (2)

La CD: 0-5 migliora la capacità di prevenire, diagnosticare e trattare i problemi della salute mentale nei primi anni di vita, mediante l'identificazione e la descrizione dei disturbi non presenti negli altri sistemi di classificazione, e l'identificazione di validi approcci di intervento.

- La CD: 0-5 include disturbi che si presentano nei bambini nei primi 5 anni di età.
- La CD: 0-5 estende, quando appropriato, i criteri diagnostici a fasce di età inferiori, incluso in alcuni casi il primo anno di vita.
- La CD: 0-5 introduce alcuni nuovi disturbi come: il Disturbo Specifico della Relazione dell'Infanzia, il Disturbo da Disregolazione della Rabbia e dell'Aggressività dell'Infanzia e il Disturbo dell'Autismo Precoce Atipico.
- La CD: 0-5 mantiene il sistema multi-assiale che consente una considerazione ottimale del contesto nella valutazione e nella diagnosi; la maggior parte degli assi è stata sostanzialmente rivista.

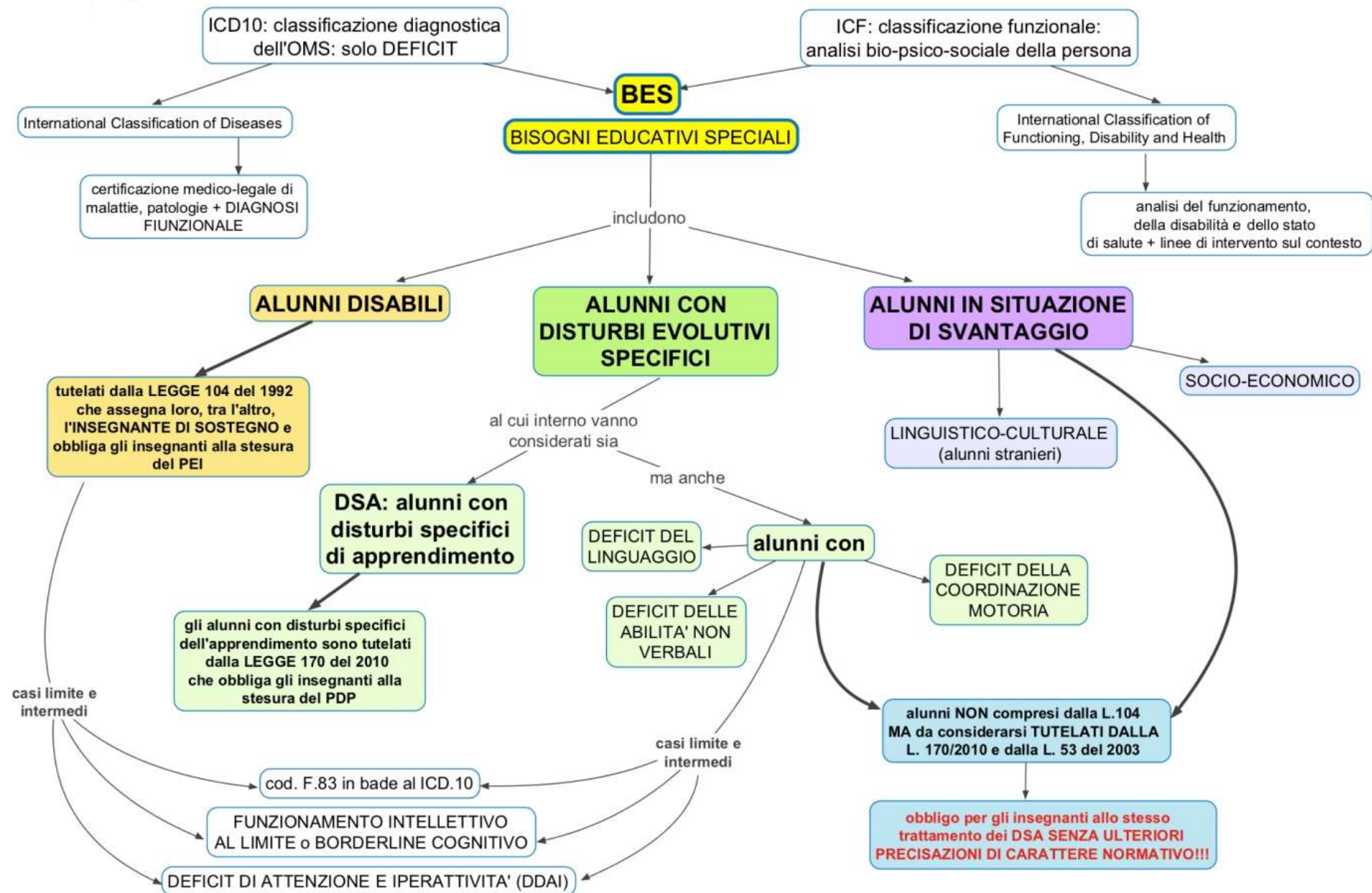
Non potendo utilizzare tale Classificazione nelle certificazioni scolastiche si tende ad utilizzare codici diagnostici mal definiti:

- F84.9 : Per i quadri di bambini piccoli sotto i 5 anni con sospetto Disturbo dello Spettro autistico, ma senza che vengano rispettati appieno i criteri previsti
- F90.9: Per i bambini con Disregolazione emotiva: un bambino ha come compito evolutivo di **imparare a riconoscere e regolare le proprie emozioni** è una capacità fondamentale che deve poter sviluppare appieno durante gli anni della crescita. Numerose ricerche hanno infatti dimostrato che tale capacità è strettamente connessa a quella di modulazione attentiva, di espressività emotiva, alle capacità cognitive e ai disturbi della condotta. Un bambino in grado di riconoscere e regolare le proprie emozioni possiede la **capacità empatica** di comprendere anche negli altri emozioni, intenzioni e aspettative e dispone delle risorse mentali per affrontare relazioni interpersonali positive o conflittuali. Bambini che invece presentano aspetti di disregolazione emotionale presentano significative difficoltà nella modulazione del comportamento con ricadute sul processo di adattamento sociale ovvero sulla costruzione di relazioni interpersonali soddisfacenti a livello scolastico, familiare e amicale.

ALTRI DISTURBI (2)

Esistono infine dei Disturbi di interesse Neuropsichiatrico che non sono riconducibili a disturbi del Neurosviluppo ma che vanno comunque riconosciuti, diagnosticati e se necessario certificati:

- Disturbi sensoriali (cecità –sordità)
- Disturbi psichiatrici
- Disturbi della condotta



PROCEDURE PER SEGNALAZIONI L. 104/92

- Le **segnalazioni L.104/92** devono pervenire **complete** di:
 - **consenso scritto degli esercenti la potestà genitoriale** (allegato A) e di
 - una specifica **relazione dettagliata** di presentazione dell'alunno in difficoltà tale da **evidenziare la presunta condizione di "handicap ai fini scolastici"**.
- Per gli **alunni stranieri** è indispensabile dichiarare non solo **da quanto tempo risiedono in Italia (minimo 2-3 anni)**, ma anche **il livello di conoscenza della lingua italiana**, che hanno raggiunto (in considerazione delle lingue prevalenti utilizzate in famiglia e degli anni di frequenza scolastica, a partire dalla Scuola dell'Infanzia).
- Le richieste di valutazione devono **essere inviate entro il 30 Novembre** dell'anno scolastico in corso, per consentire la conclusione dell'iter diagnostico, l'attivazione del procedimento per l'individuazione degli alunni in condizione di disabilità, la trasmissione della documentazione prevista (certificazione e diagnosi funzionale) entro i termini previsti (30 maggio), tali da consentire le prime azioni programmatiche e la definizione degli organici da parte della Scuola.
- E' inoltre **opportuno che i genitori abbiano una copia di tutta la documentazione** che viene trasmessa dalla Scuola e, per i **genitori stranieri**, è necessario che **la Scuola verifichi la reale comprensione delle indicazioni fornite alla famiglia**.

PROCEDURE PER INVII DI ALUNNI SOSPETTI DSA (L.170/10)

- Per quanto riguarda la L.170/10 sui “Disturbi Specifici di Apprendimento” (DSA), la Scuola, dopo aver messo in atto tutte le azioni didattiche utili a recuperare quella che potrebbe essere unicamente una difficoltà iniziale di apprendimento e, dopo aver evidenziato, come previsto dalla normativa, il **persistere di significative difficoltà di lettura/scrittura/calcolo e una discrepanza con le capacità generali di apprendimento del bambino**, può suggerire alla famiglia, preferibilmente a partire dalla 2° cl. della Scuola Primaria, una valutazione diagnostica, indirizzando al Servizio NPIA i bambini che frequentano la Scuola Primaria (segnalazioni “tempestive”) e alla Psicologa del Servizio Disabilità dell'ASL-Sede di Leno i ragazzi che frequentano la Scuola Secondaria di I e II grado (“segnalazioni tardive”).
- Per i bambini della Scuola Primaria gli insegnanti devono consegnare ai genitori **una relazione** con le loro osservazioni, meglio se corroborate dai risultati di **prove oggettive (MT)** sulle abilità di lettura-scrittura, **tali da giustificare un sospetto di un DSA**.
- Per gli **alunni stranieri** è buona prassi consigliare una valutazione per un sospetto DSA solo dopo tre anni di scolarizzazione in Italia e quando sia **significativa la discrepanza tra le competenze nel linguaggio orale (buone) e quelle di lettura-scrittura (molto carenti)**.

E' inoltre indispensabile che la Scuola **informi correttamente e chiaramente i genitori:**

- sul **significato della segnalazione L.104/92** (es. “serve per capire se il bambino ha o meno una condizione di handicap, ai fini scolastici”; sono da evitare comunicazioni ambigue come “serve per avere un aiuto a Scuola” o altre motivazioni analoghe);
- sul **percorso diagnostico** che dovrà essere effettuato (si tenga conto che una valutazione completa in genere prevede per genitori e operatori della NPIA l'impegno di circa 8-10 appuntamenti, per ciascun caso, tra valutazioni e restituzioni);
- **che le prestazioni effettuate nel nostro Servizio**, come tutte le prestazioni sanitarie che **prevedono un'impegnativa** (per la Neuropsichiatria Infantile quest'ultima può essere fatta dal medico/pediatra curante o dal Neuropsichiatra Infantile stesso), **non sono soggette a vincoli o obblighi**;
- che i genitori devono firmare un **consenso informato** per ogni atto sanitario

DIAGNOSI FUNZIONALE (1)

REGIONE LOMBARDIA
A.S.S.T. _____
SERVIZIO DI _____

DIAGNOSI FUNZIONALE

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ VIA _____ Tel _____
SCUOLA _____ CLASSE _____
OPERATORE DEL SERVIZIO REFERENTE PER L'UTENTE _____

N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.). Il presente atto va conservato all'interno del Fascicolo personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano dell'alunno con disabilità.

La Diagnosi Funzionale descrive la situazione clinico-funzionale del ragazzo al momento dell'accertamento (qual è la situazione nel qui e ora); deve quindi evidenziare non solo i deficit ma anche le potenzialità (sul piano cognitivo, affettivo-relazionale, sensoriale linguistico, ecc.).
E' un documento dettagliato, redatto dal servizio specialistico che ha in carico il minore e consegnato alla famiglia, che a sua volta lo fa avere alla scuola, sulla base del quale verrà poi predisposto collegialmente il PDF e il PEI.
Include conseguentemente le informazioni essenziali utili per l'integrazione scolastica, tra cui la specifica del livello di gravità e tipo di disabilità e delle eventuali tipologie di assistenza necessarie, onde consentire alla scuola e all'ente locale l'attribuzione delle risorse necessarie.
Per gli allievi di primo inserimento a scuola, viene effettuata entro la scadenza delle iscrizioni, per gli allievi già inseriti a scuola e inviati al collegio di accertamento in corso d'anno, viene redatta entro fine maggio.
Viene aggiornata al passaggio dalla scuola dell'infanzia alla scuola primaria, dalla scuola primaria alla scuola secondaria di primo grado, dalla scuola secondaria di primo grado alla scuola secondaria di secondo grado o alla formazione professionale regionale e consegnata alla scuola al momento dell'iscrizione. Può anche essere aggiornata in qualunque momento vi siano cambiamenti significativi del quadro di base, tali da richiedere modifiche relative alle tipologie di risorse da attivare.

DIAGNOSI CLINICA (codificata e per esteso) _____

PATOLOGIA:
☐ Fisica
☐ Psicica
☐ Sensoriale: ☐ Visiva ☐ Uditiva
☐ Plurima

EVIDENZIARE POTENZIALITA' E DIFFICOLTA' NELLE SEGUENTI AREE:

COGNITIVA (Sviluppo raggiunto / Capacità di integrazione delle competenze)

AFFETTIVO-RELAZIONALE (Rapporti interpersonali, controllo pulsionale, tolleranza alle frustrazioni, autostima)

COMUNICAZIONE (Comprensione / Produzione / Modalità compensative)

SENSORIALE (Vista: specificare tipo e grado di deficit / Udito: specificare tipo e grado di deficit)

MOTORIO-PRASSICA (Motricità globale / Motricità fine)

NEUROPSICOLOGICA (Memoria / Attenzione / Organizzazione spazio-temporale)

AUTONOMIA (Personale / Sociale)

DIAGNOSI FUNZIONALE (2)

EVENTUALI NOTE DESCRITTIVE DELLE FUNZIONI COMPROMESSE

NOTE DESCRITTIVE DELLE POTENZIALITA' E RISORSE

In base a quanto sopra esposto, per garantire il diritto allo studio secondo quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della L. 104/92 e dall'art. 2, comma 2 bis della L.R. 31/80, l'alunno ha necessità di

☐ **INSEGNANTE DI SOSTEGNO** (legenda: insegnante assegnato dell'Ufficio Scolastico)

- ☐ sì
- ☐ no

☐ **ASSISTENZA** (va crociata se serve una delle tipologie sotto riportate)

- ☐ **A** di base (legenda: personale già presente nella scuola come collaboratore scolastico (gli ex "bidelli") che viene incaricato dal Dirigente Scolastico per funzioni di assistenza di base - «a crociata la voce» e quelle si sotto riportate per quanto di interesse)
 - ☐ **A.1** accompagnamento per gli spostamenti
 - ☐ **A.1.1** non deambulante
 - ☐ **A.1.2** non vedente
 - ☐ **A.2** assistenza per l'igiene personale
 - ☐ **A.3** assistenza durante la mensa
- ☐ **B** specialistica per l'autonomia e la comunicazione personale e le relazioni sociali (legenda: assistenza specialistica per l'autonomia - assistente ad personam - per tutti i casi di disabilità che nel caso deve essere richiesta al Comune)
 - ☐ **B.1** fabbisogno alto
 - ☐ **B.2** fabbisogno medio
 - ☐ **B.3** fabbisogno basso
- ☐ **C** specialistica per l'autonomia personale per (in caso di studenti con disabilità sensoriale) (legenda: viene fornita dall'Ente scelto dalla famiglia tra quelli che sono autorizzati da ATS ex Centro non vedenti, Fondazione Pavesi,...))
 - ☐ **C.1** assistenza per la comunicazione
 - ☐ **C.1.1** non udente
 - ☐ **C.1.2** non vedente
 - ☐ **C.1.3** gravemente ipo-ovudente

- ☐ **C.2** consulenza riflogica (in caso di disabilità visiva) (legenda: viene fornita dall'Ente scelto dalla famiglia tra quelli che sono autorizzati da ATS ex Centro non vedenti,...)

- ☐ **C.3** assistenza educativa per le relazioni sociali e la comunicazione (legenda: rientra sempre nella specialistica per l'autonomia personale dei sensoriali specificando se l'intervento è opportuno - crociando le caselle sotto riportate - a casa a scuola o in entrambi i contesti - Trattasi sempre di un n. massimo max di 10 ore settimanali complessivamente)
 - ☐ Scuola
 - ☐ Casa
 - ☐ Entrambi

☐ **AUSILI SPECIFICI** (ausili motori e/o posturali, protesi, tecnologie compensative- per alunni con disabilità sensoriali: fornitura di materiale didattico specifico, libri di testo)

☐ **SERVIZIO TRASPORTO**

☐ **MODIFICHE DI PROGRAMMAZIONE E/O ORGANIZZAZIONE**

DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____

DIAGNOSI FUNZIONALE CODIFICATA

(barrare il relativo livello di compromissione per le diverse aree in coerenza con quanto descritto nella diagnosi funzionale)

AREA COGNITIVA	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave
AREA NEUROPSICOLOGICA	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave
AREA SENSORIALE	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave
AREA MOTORIO-PRASSICA	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave
AREA COMUNICATIVA E LINGUISTICA	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave
AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE E COMPORTAMENTALE	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave
AREA DELL'AUTONOMIA PERSONALE	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave
AREA DELLA AUTONOMIA SOCIALE	Nessuna
	Lieve
	Media
	Grave

DATA _____ TIMBRO E FIRMA _____

DIAGNOSI FUNZIONALE (3)

Per diagnosi funzionale si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap (D.P.R. 24/02/1994). È quindi un documento che delinea le **modalità di funzionamento delle abilità** del soggetto sottoposto ad esame e che sintetizza queste informazioni all'interno di un **“quadro” psicologico-funzionale** che consenta di comprendere l'ambito della patologia riscontrata al momento della valutazione.

La D.F. diventa così uno strumento conoscitivo che, partendo dalla menomazione e dai suoi effetti sul soggetto, mira ad individuare:

- L'insieme delle disabilità e delle difficoltà, determinate dalla menomazione o indotte da modelli ed atteggiamenti culturali e sociali
- il quadro delle capacità (con riferimento a recuperabilità, residui funzionali, settori vicarianti...)
- una prospettiva di tipo evolutivo che metta in evidenza le potenzialità di sviluppo per ciascun soggetto, previsione estremamente significativa per il successivo intervento educativo.

DIAGNOSI FUNZIONALE (4)

Cosa contiene

La D.F. è strutturata per AREE, per consentire di rilevare in termini analitici il rapporto tra la minorazione e i seguenti aspetti del comportamento complessivo del soggetto:

1. **cognitivo**, esaminato nelle componenti: livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze;
2. **affettivo-relazionale**, esaminato nelle componenti: livello di autostima e rapporto con gli altri;
3. **linguistico**, esaminato nelle componenti: comprensione, produzione e linguaggi alternativi;
4. **sensoriale**, esaminato nelle componenti: tipo e grado di deficit con particolare riguardo alla vista, all'udito e al tatto;
5. **motorio-prassico**, esaminato nelle componenti: motricità globale e motricità fine;
6. **neuro-psicologico**, esaminato nelle componenti: memoria, attenzione e organizzazione spazio-temporale;
7. **7. autonomia personale e sociale.**

DIAGNOSI FUNZIONALE (5)

Chi la redige

Alla D.F. 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 l'A.S.L. o in regime di convenzione con la medesima.

Quando formularla

La D.F. è formulata al momento in cui il soggetto in situazione di handicap accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli articoli 12 e 13 della Legge 104/92. Essa verrà presentata, all'inizio dell'anno scolastico, in sede di incontro interprofessionale, promosso dal Capo di Istituto che lo presiede, direttamente o tramite un proprio delegato. All'incontro partecipano tutti gli operatori coinvolti nel progetto di inclusione: insegnanti di classe e di sostegno, insegnante psicopedagoga, operatori dell'equipe, genitori dell'alunno in situazione di handicap. (C.M.258/83).

DIAGNOSI FUNZIONALE (6)

A cosa serve

La D.F. serve a stabilire quali processi di apprendimento e/o adattamento vengono utilizzati da persone con problemi cognitivi e/o relazionali, quali strategie sono presenti, le abilità residue e/o compromesse, le potenzialità ed i livelli di sviluppo.

Oltre a questa finalità descrittiva e analitica degli aspetti evidenti delle difficoltà, essa dovrebbe fornire suggerimenti/ indicazioni utili per la stesura di una programmazione didattico-educativa che compete alla Scuola.

DIAGNOSI FUNZIONALE (7)

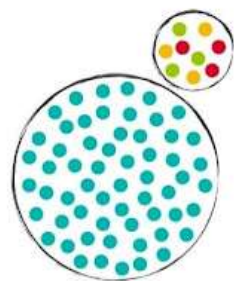
Uso della diagnosi funzionale

Il documento, vincolato dalla normativa vigente in materia di segreto professionale per gli operatori e di consenso informato per gli utenti, si pone come obiettivo fondamentale la conoscenza più estesa ed approfondita possibile dell'alunno in difficoltà da parte dei Servizi Territoriali.

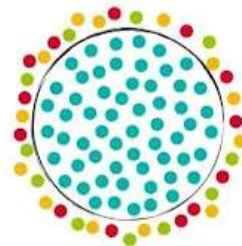
Questa conoscenza deve però essere “funzionale” in senso estensivo, e cioè utile alla realizzazione concreta e quotidiana di attività didattiche ed educative appropriate, significative ed efficaci.

In sintesi, la D.F. dovrebbe fornire, utilizzando un linguaggio condiviso dalle diverse figure professionali, un quadro clinico in grado di orientare eventuali decisioni riabilitative e/o terapeutiche ed educative-didattiche.

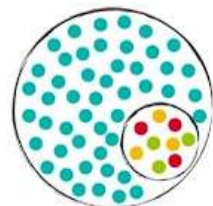
DIAGNOSI FUNZIONALE (8)



SEGREGAZIONE

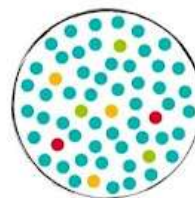


ESCLUSIONE



INTEGRAZIONE

La persona ritenuta "diversa" viene portata ad essere quanto più possibile simile agli altri



INCLUSIONE

Quando ognuno sente di essere apprezzato e che la sua partecipazione è gradita



OGNUNO È UN GENIO

Ma se si giudica un **pesce** dalla sua abilità di arrampicarsi sugli alberi, lui passerà tutta la vita a credersi stupido.

Albert Einstein