



# Pedagogia Speciale

***CORSO DI LAUREA IN FORMAZIONE PRIMARIA***

A.A. 2010-2011

Dott. Simone Visentin  
Mail: [simone.visentin@unipd.it](mailto:simone.visentin@unipd.it)

Verona, 12 maggio 2011

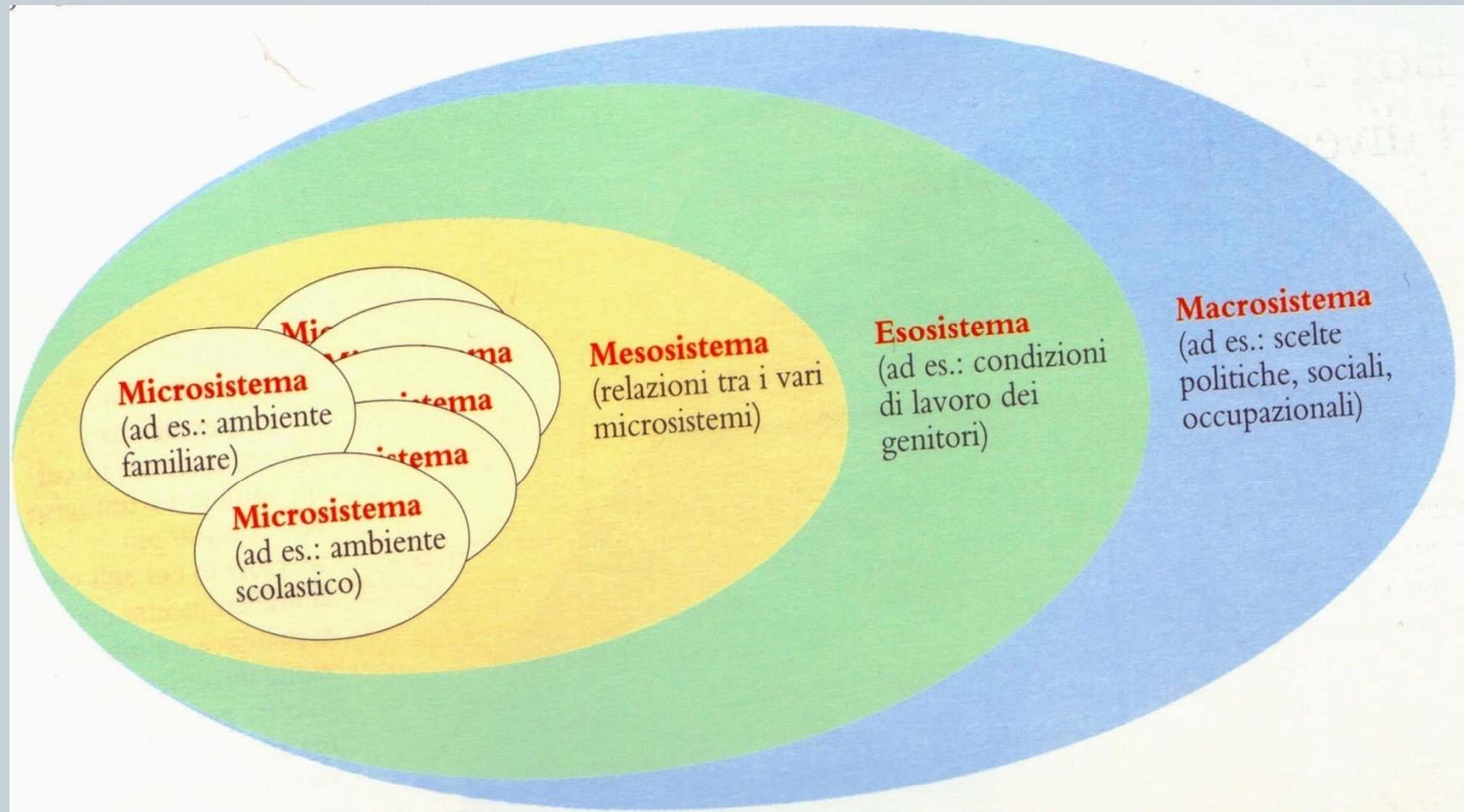
# Odg

2

- **Invio definizione di cura**
- **TemI di oggi:**
  - La cura in ottica sistemica
  - L'evoluzione del sistema di integrazione scolastica
  - Elementi macrosistemici:
    - ✦ La Convenzione Internazionale sui diritti delle persone disabili
    - ✦ Legge 104/'92: il processo di inserimento di un alunno con disabilità
- **TemI del seminario (24/5):**
  - I libri tattili e gli alunni ipovedenti
  - Inclusione e contesti scolastici: una comparazione tra Italia, Francia e Brasile

# La Teoria ecologica dello sviluppo umano: la cura in chiave sistemica (Bronfenbrenner)

3



# I concetti Chiave per Bronfenbrenner

4

**Sviluppo:** “una modificazione permanente del modo con cui un individuo percepisce e affronta il suo ambiente”

Soggetto e ambiente: relazione circolare

“L’evolversi della capacità di rimodellare la realtà perché si accordi alle esigenze e alle aspirazioni dell’uomo rappresenta, da un punto di vista ecologico, la più alta espressione dello sviluppo”

**ELEMENTO DEI PROCESSI INCLUSIVI**

# Differenti livelli dell'ecosistema

5

**Microsistema:** “ambiente immediato” comprende la situazione più prossima al bambino (persona). “Un microsistema è uno schema di attività, ruoli e relazioni interpersonali di cui l’individuo in via di sviluppo ha esperienza in un determinato contesto, e che hanno particolari caratteristiche fisiche e concrete”

- **Diade:** subsistema, che si costruisce tra 2 individui in interazione
- **Caratteristiche della diade:**
  - Reciprocità (ciò che fa A influenza ciò che fa B, e viceversa)
  - Equilibrio di potere (si sposta gradualmente verso la persona in via di sviluppo)
  - Dimensione affettiva

**Attività molare:** comportamento in atto che possiede un suo momento ed è percepito come dotato di significato o intenzione da quanti partecipano della situazione ambientale.

## Altri concetti...

6

“Il **grado di adeguatezza** di una **diade** in quanto contesto efficace per lo sviluppo dipende dalla esistenza e dalla natura di altre relazioni diadiche con terze persone” (A SCUOLA?)

**Ruolo:** l'insieme di attività e relazioni che ci si aspetta da parte di una persona che occupa una particolare posizione all'interno della società e da parte di altri nei confronti della persona in questione.

**Mesosistema:** relazioni fra i contesti primari o microsistemi. Il mesosistema si “forma o si estende ogniqualvolta l'individuo che cresce entra a far parte di una nuova situazione ambientale” costituita dalle “interrelazioni tra due o più situazioni ambientali alle quali l'individuo in via di sviluppo partecipi attivamente”.

**Esosistema:** “è costituito da una o più situazioni ambientali di cui l’individuo in via di sviluppo non è un partecipante attivo, ma in cui si verificano degli eventi che determinano, o sono determinati da, ciò che accade nella situazione ambientale che comprende l’individuo stesso.”

**Macrosistema:** consiste “nelle congruenze di forma e di contenuto dei sistemi di livello più basso (micro, meso ed esosistema) che si danno, o si potrebbero dare, a livello di subcultura o di cultura considerate come un tutto, nonché di ogni sistema di credenze o di ideologie che sottostanno a tali congruenze”. Include il sistema culturale nel quale si situano micro, meso ed esosistema, in cui si raccolgono credenze, conoscenze, consuetudini, stili di vita, rappresentazioni sociali, possibilità, opportunità e ideologie, conoscenze possedute dal soggetto, che intervengono nel momento di interpretazione degli eventi.

# Il valore fenomenologico delle Esperienze

8

“Le caratteristiche scientificamente rilevanti di ogni ambiente includono non solo le **proprietà obiettive** di quest’ultimo, ma anche il **modo in cui tali proprietà sono percepite dagli individui** che fanno parte di un determinato ambiente.”

(Bronfenbrenner)

# *Aver cura secondo Bronfenbrenner...*

9

- **Significa preoccuparsi di:**
  - Alunno con disabilità
  - Relazioni coi pari
  - Relazioni coi genitori e contesto di vita
  - I contesti dei *caregivers* del bambino
  - ...

# La metafora delle pietre che affiorano...

10

*“...chi vuole attraversare un corso d’acqua che separa due sponde e non vuole bagnarsi: mette dunque i piedi sulle pietre che affiorano. Forse butta una pietra per costruirsi un punto di appoggio dove manca. Questi appoggi sono i mediatori, coloro che **forniscono un sostegno e che si collegano l’uno con l’altro**. Un mediatore è come un semplice sasso su cui appoggiare il piede per andare all’altra riva [...]. Se un mediatore non invitasse a quello successivo, non sarebbe più tale. Potrebbe trasformarsi in un feticcio, in prigionia, in sosta forzata.”*  
(Canevaro A., 2008)

- DOVE STA LA CURA IN QUESTA METAFORA?
- CHI BUTTA LA PIETRA?

- ***L'aver cura:***
  - Le condizioni dell'*educabilità* ed *intenzionalità*;
  - Cura come *esperienza di prossimità*;
  - Cura come *care* e non *cure*;
  - Progettualità esistenziale (sguardo al futuro)
  - Radicamento etico (agire in modo donativo)
  - La funzione dei mediatori
  - Principi di diversità e differenza
  - Elementi di complessità, multiprofessionalità e interdisciplinarietà
  - La cura ne "*Il ragazzo selvaggio*"?
  - E il vs concetto di cura?

# XX secolo: lo sguardo sull'Italia

12

- **Istituzione dell'obbligo scolastico (Legge Coppino del 1877)**
- **I test del quoziente intellettuale di Binet e Simon (1905)**
- **Migliorano le conoscenze sull'età evolutiva:**
  - Psicologia sperimentale
  - Psicanalisi
  - Sociologia
  - Pedagogia
  - ...

# La P.S. su base scientifica

13

- **Sante de Sanctis (1862-1935), medico:**
  - 1899: apre a Roma il primo asilo-scuola per fanciulli minorati psichici di grado lieve e di povera condizione
  - 1903: dà vita a diversi ambulatori, antesignani dei futuri centri medico-psicopedagogici
  - Nei suoi centri dà ampio spazio alla collaborazione tra diverse figure professionali
  - Metodologia: importanza all'educazione sul piano fisico e motorio, all'ortofonia, al canto, alla stimolazione sensoriale, all'educazione della volontà per mezzo del lavoro (Gelati 2002)

- **Giuseppe Ferruccio Montesano (1868-1961), psichiatra:**
  - 1900: apre a Roma la prima – in Italia e forse in Europa – Scuola magistrale ortofrenica, con annessa sezione sperimentale ospitante bambini con disturbi mentali (opportunità di “tirocinio diretto osservativo”)
  - Primi anni del XX secolo: promuove le “classi differenziali” per i bambini con lieve disabilità intellettiva

**“L’INSEGNANTE DEVE POSSEDERE CONOSCENZE, METODI E STRUMENTI SPECIALI” (Montesano)**

# Maria Montessori (1870-1952), medico

15

- Si ispira a Itard e Séguin
- Esponente, assieme a Decroly, dell'attivismo pedagogico europeo
- 1897: assistente nella Clinica Psichiatrica dell'Università di Roma (recupero di fanciulli "ritardati")
- 1898, Congresso di Torino: esigenza di coniugare le competenze mediche con quelle pedagogiche nella cura dei bambini con ritardo mentale
- 1907: *La Casa dei Bambini* (San Lorenzo, Roma)
- Le attività di vita pratica
- Cura dell'ambiente educativo, maestro indiretto
- Il concetto di *mente assorbente* e *mente matematica*
- Il *bambino laborioso* vs bambino ludico



# Montessori (II)

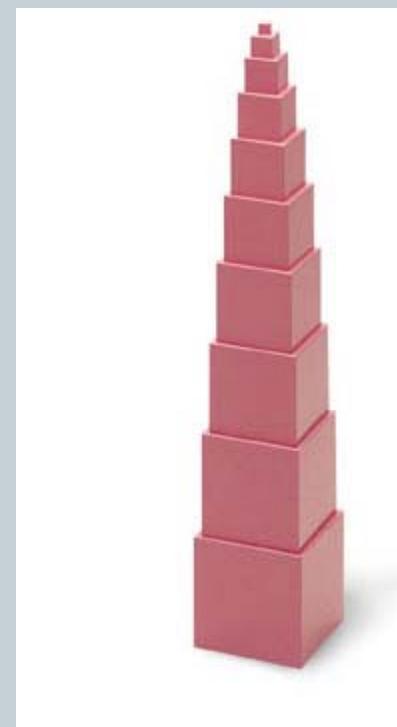


- La mano come organo psichico
- Individualizzazione dell'azione educativa
- La dimensione fantastica?
- La dimensione cosmica del bambino (e l'educazione cosmica)
- Educatore come mediatore tra bambino ed ambiente
- Valutazione: non sui “punti di arrivo” ma sulle proprie capacità relazionali e di osservazione
- La società per coesione

# Il materiale di sviluppo cognitivo montessoriano

17

- **Caratteristiche del materiale:**
  - Analitico
  - Autocorrettivo
  - Attraente
  - Prestarsi all'attività del bambino
  - Limitato in quantità



Uso di un materiale “didattico” non per addestrare, ma di un *materiale di sviluppo*, messo a disposizione del bambino o del ragazzino perché adoperandolo quando vuole, per il tempo che vuole, affini e moltiplichi le proprie capacità.

# Da Itard, a Seguin a Montessori...

18

- Dimensione medica e dimensione educativa
- Educazione sensoriale/fisiologica, educazione morale
- L'*idiozia* non più vista come malattia
- Dall'attenzione alla persona, all'attenzione per il contesto
- Dall'apprendimento individuale a quello cooperativo
- Irreparabilità del deficit: assenza/presenza di educazione
- Da “Riabilitazione ed Inserimento” a “Inserimento e Riabilitazione”
- Dall'adulto inibente all’*“aiutami a fare da solo”*
- ...

# Il ruolo dei Comuni nell'istruzione

19

- **Fino agli anni '20:**
  - Assenza dello Stato nell'istruzione degli alunni disabili
  - Ruolo centrale dei Comuni:
    - ✦ Classi differenziali (per alunni con lievi deficit psichici e sensoriali)
    - ✦ Scuole speciali (per bambini con deficit più gravi)

“I Comuni gestivano le scuole elementari e, al medesimo titolo, i servizi sanitari e di assistenza sociale. Siccome gli alunni handicappati hanno sempre bisogno, oltre che dell'azione educativa scolastica, anche delle varie forme dell'assistenza sociale e delle cure mediche, il fatto di trovare accentrati in un'unica “agenzia” (il Comune) i poteri decisionali di intervento nelle tre direzioni, facilitava enormemente l'azione educativa e riabilitativa a favore di questi soggetti.”

(Zelioli 1986)

# Dagli anni '20 agli anni '60...

20

- Sviluppo e consolidamento del “doppio sistema scolastico-educativo”:
  - Riforma Gentile del 1923
  - 1928: RD n. 577, estende l’obbligo scolastico per i fanciulli, dal VI al XIV anno d’età, ciechi e sordomuti
  - Testo Unico del 1928: l’*anormale psichico vero* (classe differenziale o asilo-scuola)
  - 1934: le scuole speciali istituite dai Comuni passano allo Stato
  - Fine anni '50: dagli Istituti alle Scuole Speciali/Classi differenziali

**DAL PERIODO FILANTROPICO (ASSISTENZA E BENEFICIENZA) AD UN INTERVENTO MIRATO SUI BISOGNI MEDICO-EDUCATIVI DEL SOGGETTO  
(De Anna 1998)**

## Anni '50...

21

- Tra educazione speciale e il fenomeno dell'*esplosione scolastica*
- Apertura di centri medico-psico-pedagogici: la diagnosi come presupposto agli interventi specialistici di recupero
- Continuano a proliferare le scuole speciali e le classi differenziali (L. 1859 del '62, L. 444 del '68: istituzione della scuola media unica e della scuola materna)
- Quantità di strutture, scarsa qualità d'intervento

# Anni '70, l'inizio del cambiamento

22

- P.S. e la N.P.I. mettono in discussione il concetto di irrecuperabilità
- Pressione sociale da parte delle associazioni di tutela dei disabili (ENS, UIC, ANMIC, AIAS, ANFFAS)
- Legge 118 del 1971, *Nuove norme in favore di mutilati ed invalidi civili*: “l’istruzione dell’obbligo deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, salvi i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l’apprendimento o l’inserimento nelle predette classi normali.” (art. 28)

NASCE IL MODELLO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA ITALIANO (Pavone 2010)

- *L'integrazione selvaggia* del primo periodo
- La circolare Falcucci del 1975:
  - Inserire secondo logica della territorialità e della gradualità
  - Garantire spazi adeguati
  - Fissare un tetto al numero di alunni per classe (20)
  - Flessibilità programmatica e organizzativa

**TERRENO FERTILE PER LA NASCITA DELLA  
LEGGE 517/77**

# Legge 517 del 4 agosto 1977

24

- Estensione del diritto alla frequenza delle scuole comuni anche per i sordi (art. 10)
- Introduzione della figura dell'insegnante specializzato nelle scuole comuni
- Riduzione del numero di alunni nelle classi che ospitano alunni disabili
- Integrazione specialistica da parte dei servizi sanitari
- Coordinazione degli interventi pluristituzionali e pluriprofessionali

## LEGGE CHE ANTICIPA IL MODELLO DELL'INCLUSIONE

“Le grandi enunciazioni pedagogiche e le profonde istanze di innovazione scolastica si traducono in coerente dettato giuridico” (Sagramola)

# L'influenza di altri fattori

25

- **Il decentramento scolastico:**
  - Gli organi collegiali di partecipazione alla gestione della scuola (DPR n. 416/74)
  - Sul versante amministrativo, decentramento dallo Stato alle Regioni delle funzioni di assistenza scolastica (DPR n. 616/77)
  - Attribuzione alle USL di funzioni di prevenzione, recupero, terapia e riabilitazione dei disabili, offrendo alla scuola interventi di consulenza tecnica (L. n. 833/78)

# Alcuni elementi normativi (MACROSISTEMA)

26

**La Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (ONU, 2006)**

**Dichiarazione di Salamanca (Unesco, 1994)**

**Legge QUADRO 104/1992**

**Piano Nazionale degli Interventi Sociali**

**Piano Regionale  
dei servizi sociali e sanitari**

**Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità**

**Il Piano di Zona**

**Gli accordi di programma**

**I differenti servizi scolastici, sociali, sanitari**

**D.F., P.D.F., P.E.I.**

**LUCA (e la sua famiglia)**

# Guardare alla disabilità secondo la logica dei diritti (Carazzone)

27

“Un approccio basato sui bisogni non attribuisce a nessuno la responsabilità legale o il dovere giuridico di soddisfarli. **L’onere della prova è a carico della persona con disabilità**, che per ricevere assistenza deve provare che necessita o merita ciò che gli altri ricevono naturalmente.”

“Un approccio basato sui diritti, al contrario, **associa alla realizzazione di ciascun diritto una responsabilità** comune differenziata a carico di molteplici soggetti, istituzionali e non istituzionali, che obbliga a lavorare in rete, in modo integrato, per il miglior godimento possibile del diritto di parte, in questo caso, della persona disabile.”

# I Principi Generali della Convenzione (art. 3)

28

I principi della presente Convenzione sono:

- (a) Il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale – compresa la libertà di compiere le proprie scelte e l'indipendenza delle persone;
- (b) La non-discriminazione;
- (c) La **piena ed effettiva partecipazione e inclusione** all'interno della società;
- (d) Il rispetto per la differenza e l'**accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana** e dell'umanità stessa;
- (e) La **parità di opportunità**;
- (f) L'accessibilità;
- (g) La parità tra uomini e donne;
- (h) Il rispetto per lo sviluppo delle capacità dei bambini con disabilità e il rispetto per il diritto dei bambini con disabilità a preservare la propria identità.

# Alcuni diritti della Convenzione

29

- **Inclusione nella comunità (art. 19)**
- **Informazioni (art. 21)**
- **Famiglia (art. 23)**
- **Istruzione (art. 24)**
- **Salute (art. 25)**
- **Abilitazione e Riabilitazione (art. 26)**

## art.19, *Vita Indipendente e Inclusione nella società*

30

Gli Stati Parti di questa Convenzione riconoscono l'eguale diritto di tutte le persone con disabilità a **vivere nella comunità**, con la **stessa libertà di scelta delle altre persone**, e prendono misure efficaci e appropriate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e della piena inclusione e partecipazione all'interno della comunità anche assicurando che:

(a) ...

(b) le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi di sostegno domiciliare, residenziale o di comunità, compresa l'assistenza personale necessaria per permettere loro di **vivere all'interno della comunità** e di inserirvisi e impedire che esse siano isolate o vittime di segregazione;

(c) i servizi e le strutture comunitarie destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di eguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adatti ai loro bisogni.

## Art. 21, *Informazioni*

31

Le persone con disabilità hanno garantito il diritto a “cercare, ricevere e impartire informazioni e idee” e gli Stati Parti devono “mettere a disposizione delle persone con disabilità informazioni destinati al pubblico generale.”

## Art. 23, *Rispetto del domicilio e della famiglia*

32

“Gli Stati Parti dovranno prendere misure efficaci ed appropriate per eliminare le discriminazioni contro le persone con disabilità in tutte le questioni che riguardano il matrimonio, la famiglia, la paternità e le relazioni personali, sulla base di eguaglianza con gli altri...”

“Gli Stati Parti dovranno garantire che i bambini con disabilità abbiano pari diritti per quanto riguarda la famiglia, [...] si impegneranno a fornire informazioni, servizi e sostegni precoci e completi ai bambini con disabilità e alle loro famiglie.”

## Art. 24, Istruzione

Gli Stati Parti riconoscono il diritto delle persone con disabilità all'istruzione. Allo scopo di realizzare questo diritto senza discriminazioni e su una base di **eguaglianza di opportunità**, gli Stati Parti faranno in modo che il sistema educativo preveda la loro integrazione scolastica a tutti i livelli e offra, nel corso dell'intera vita, possibilità di istruzione finalizzate:

- (a) al **pieno sviluppo del potenziale umano**, del senso di dignità e dell'**autostima** ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali e della diversità umana;
- (b) allo sviluppo, da parte delle persone con disabilità, della **propria personalità**, dei **talenti** e della **creatività**, come pure delle proprie **abilità fisiche** e mentali, fino al loro massimo potenziale;
- (c) a mettere in grado le persone con disabilità di partecipare effettivamente a una società libera.

## Art. 26, *Abilitazione e riabilitazione*

34

1. Gli Stati Parti prenderanno misure efficaci e appropriate, tra cui il sostegno tra pari, per permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la **massima autonomia**, la **piena abilità fisica**, mentale, sociale e professionale, e di giungere alla piena inclusione e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. A questo scopo, gli Stati Parti organizzeranno, rafforzeranno e estenderanno servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione, in particolare nelle aree della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali, in modo che questi servizi e programmi:

(a) abbiano **inizio nelle fasi più precoci** possibili e siano basati su una **valutazione multidisciplinare dei bisogni** e dei **punti di forza dell'individuo**;

(b) facilitino la partecipazione e l'inclusione nella comunità e in tutti gli aspetti della società, siano liberamente accettati e posti a disposizione delle persone con disabilità nei luoghi i più vicini possibile alle loro comunità di appartenenza, includendo le aree rurali.

2. Gli Stati Parti promuoveranno lo **sviluppo della formazione iniziale e permanente** per i professionisti e per il personale che lavora nei servizi di abilitazione e riabilitazione.
3. Gli Stati Parti promuoveranno la **disponibilità, la conoscenza e l'uso di tecnologie e strumenti di supporto**, progettati e realizzati per le persone con disabilità, e che ne facilitino l'abilitazione e la riabilitazione

## Art. 30 (II parte)

36

2. Gli Stati Parti prenderanno misure appropriate per dare alle persone con disabilità l'opportunità di **sviluppare e realizzare il loro potenziale creativo, artistico e intellettuale**, non solo a proprio vantaggio, ma **anche per l'arricchimento della società.**

[...]

4. Le persone con disabilità dovranno essere titolari, in condizioni di parità con gli altri, del riconoscimento e sostegno alla loro specifica identità culturale e linguistica, ivi compresi la lingua dei segni e la cultura dei non udenti.

# La Dichiarazione di Salamanca (Unesco '94)

37

- ***Proclama:***
  - *L'educazione è un diritto fondamentale di ogni bambino*
  - *Ogni bambino ha caratteristiche, interessi [...] che gli sono propri*
- ***Invita e esorta a:***
  - *Adottare il principio dell'educazione inclusiva, accogliendo tutti i bambini nelle scuole normali, a meno che non si oppongano motivazioni di forza maggiore*
  - *Incoraggiare e facilitare la partecipazione dei genitori*
  - ...

# Gli obiettivi del millennio (ONU)



- Sradicare la povertà estrema e la fame
- Garantire l'educazione primaria universale
- Promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne
- Ridurre la mortalità infantile
- Migliorare la salute materna
- Combattere l'HIV/AIDS, la malaria ed altre malattie
- Garantire la sostenibilità ambientale
- Sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo

## Le linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità (MIUR 2009)

39

- Ripropone una lettura sistemica e interprofessionale dei processi inclusivi: *Competenze diffuse* (Dal Dirigente scolastico al personale ATA)
- Parole chiave rintracciabili nel testo:
  - Flessibilità organizzativa
  - Progetto di vita, parte integrante del PEI
  - La collaborazione con le famiglie
  - Corresponsabilità educativa dei docenti (*comunità scolastica*):
    - Il clima della classe
    - Le strategie didattiche e gli strumenti
    - L'apprendimento-insegnamento

# "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" (104/'92)

Tra le finalità (La Repubblica):

c) persegue il **recupero funzionale e sociale della persona** affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;

## (art. 3) Persona handicappata è...

41

“...colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.”

“Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di **gravità**.”

## Art. 4 Accertamento dell'handicap

42

**Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'art.1 della Legge 295 del 15/10/1990, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.**

# Art. 5 Principi Generali

43

1. La rimozione delle cause invalidanti, la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale sono perseguite attraverso i seguenti obiettivi:
  - sviluppare la **ricerca** scientifica
  - assicurare la **prevenzione**, la diagnosi e la terapia prenatale
  - garantire l'**intervento tempestivo** dei servizi terapeutici e riabilitativi
  - assicurare alla famiglia della persona handicappata un'**informazione** di carattere sanitario e sociale
  - assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi socio-sanitari la **collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata**

# Art. 7, Cura e Riabilitazione

44

1. La cura e la riabilitazione della persona handicappata si realizzano con programmi che prevedano **prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro**, che valorizzino le abilità di ogni persona handicappata e **agiscano sulla globalità della situazione di handicap**, coinvolgendo la famiglia e la comunità.

# Art. 8 Inserimento ed integrazione sociale

45

1. L'inserimento e l'integrazione sociale della persona handicappata si realizzano mediante:
  - a) Interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio...
  - b) ...
  - e) adeguamento delle attrezzature e del personale dei servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali;
  - i) Organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e analoghi servizi residenziali...
  - m) organizzazione di attività extrascolastiche per integrare ed estendere l'attività educativa in continuità ed in coerenza con l'azione della scuola

# Art. 12 Diritto all'educazione e all'istruzione

46

5. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla **diagnosi funzionale**, fa seguito un **profilo dinamico-funzionale** ai fini della formulazione di un **piano educativo individualizzato**, alla cui definizione provvedono congiuntamente, con la collaborazione dei genitori della persona handicappata, gli operatori delle unità sanitarie locali e, per ciascun grado di scuola, personale insegnante specializzato della scuola, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico individuato secondo criteri stabiliti dal Ministro della pubblica istruzione. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche e sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap e le possibilità di recupero, sia le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate nel rispetto delle scelte culturali della persona handicappata.

# Art. 13 Integrazione scolastica

47

1. L'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado e nelle università si realizza, fermo restando quanto previsto dalle Leggi 11 maggio 1976, n. 360, e 4 agosto 1977, n. 517, e successive modificazioni, anche attraverso: a) la **programmazione coordinata** dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati.

# I passaggi fondamentali

48

**CERTIFICAZIONE  
DI DISABILITA'**

**ATTESTO LA DISABILITÀ (DIRITTI)**

**DIAGNOSI FUNZIONALE**

**DESCRIZIONE  
(QUADRO CLINICO)**

**PROFILO DINAMICO  
FUNZIONALE**

**INDIVIDUAZIONE  
OBIETTIVI DI SVILUPPO**

**PROGETTO EDUCATIVO  
INDIVIDUALE**

**DEFINIZIONE DI CHI E COME  
INTERVIENE**

# Strumenti di programmazione nella disabilità

49

- **Certificazione di Disabilità:** U.V.M.D. dell'UssL (su richiesta dei genitori)
- **Diagnosi Funzionale (DF):** (Definita dalle unità multidisciplinari dell'UssL, dopo la certificazione) Descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap, al momento in cui si accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli artt. 12 e 13 della legge 104/'92 (diritto all'istruzione e all'educazione). (DPR 24 feb. 1994):
  - Anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto
  - Diagnosi clinica

I componenti della Diagnosi Funzionale (+/-):

- **cognitivo:** sviluppo raggiunto e capacità di integrazione di competenze
- **affettivo-relazionale:** livello di autostima e rapporto con gli altri
- **linguistico:** comprensione, produzione e linguaggi alternativi
- **sensoriale:** tipo e grado di deficit con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto
- **motorio-prassico:** motricità globale e motricità fine

# Il Profilo Dinamico Funzionale (PDF)

50

- Redatto dopo un primo periodo di inserimento scolastico, sulla base della DF, dal gruppo di lavoro misto composto dall'unità multidisciplinare, docenti curricolari e di sostegno, dai genitori
- Indica il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (6 mesi) e nei tempi medi (2 anni)
- Descrive le caratteristiche fisiche, psichiche, sociali, affettive dell'alunno e pone in rilievo le difficoltà di apprendimento, le possibilità di recupero, le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate (DPR 24 feb. 2004)
- **PERMETTE DI TRACCIARE UN BILANCIO DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO**
- **L'ALUNNO È OSSERVATO IN SENSO DIACRONICO**

# PEI: Piano Educativo Individualizzato

51

“Vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati tra loro, predisposti per l’alunno in situazione di handicap, in un determinato periodo di tempo, ai fini della realizzazione del diritto all’educazione e all’istruzione [sulla base dei] progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche” (DPR 24/2/1994)

Redatto da:

- Insegnanti
- Specialisti dell’UssL
- Operatori degli enti locali
- Famiglia

tenuto conto di DF e PDF

# La procedura per la certificazione in Veneto

52

- **Richiesta di accertamento della disabilità è presentata dal genitore all'UVMD area Minori del distretto socio-sanitario di competenza (DGR 2248 del 17.7.2007):**
  - Certifica l'handicap
  - Non certifica l'handicap
  - Chiedi ulteriori chiarimenti/documentazione (30 gg.)
  - Avvisa la famiglia + scuola

# Chi fa parte dell'UVMD?

53

- Il Direttore del distretto o suo delegato;
- L'assistente sociale del Comune di residenza;
- Il Pediatra di libera scelta o il Medico di Medicina Generale;
- Lo specialista in NPI o lo Psicologo del servizio di NPI dell'ULSS competente per area;
- Il medico specialista di fiducia (qualora richiesto dalla famiglia)

# Chi redige la Diagnosi funzionale?

54

- **Il servizio di Prevenzione e Riabilitazione Età Evolutiva (ex NPI) (3 mesi di tempo dalla certificazione)**
- **Lo invia alla scuola**

# La redazione del Profilo Dinamico Funzionale

55

- **Il dirigente scolastico convoca il gruppo di lavoro operativo per l'handicap (entro ottobre):**
  - Dirigente scolastico
  - Insegnanti curricolari
  - Insegnante di sostegno
  - Gli operatori del servizio NPI (es.: assistente sociosanitario)
  - Gli operatori di supporto della provincia (qualora previsti)
  - L'assistente sociale del Comune che segue il caso
  - I genitori (su loro richiesta)

# Il PEI

56

- Lo stesso gruppo di lavoro che redige il PDF lavora al PEI e lo redige entro la fine di novembre (ruolo prevalente degli insegnanti).
- I genitori devono essere coinvolti nella definizione e attuazione del PEI