

- Formazione in servizio del personale docente ai fini dell'inclusione degli alunni con disabilità ai sensi del comma 961, art. 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (DM 188 del 21.6.2021)

Docente : Raffaella Maggi

Docente presso Università Politecnica delle Marche – Pedagogia e Didattica Speciale

Docente presso Link Campus University- TFA Sostegno

Pedagogista UNIPED


Presidente Nazionale Centro Studi Itard (Ente formatore accreditato MIUR)

Esperto Nuclei Esterni Valutazione INVALSI



Nota M.I.U.R. prot. 27622 del 06.09.2021- Formazione in servizio del personale docente ai fini dell'inclusione degli alunni con disabilità ai sensi del comma 961, art. 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 – DM 188 del 21.6.2021.

Con l'emanazione del Decreto del Ministro n. 188 del 21.06.2021 è stata data attuazione all'art. 1, comma 961, della legge di Bilancio 2021 che delinea per l'anno 2021 un sistema formativo che garantisca **una conoscenza di base relativa alle tematiche inclusive per il personale docente non specializzato su sostegno e impegnato nelle classi con alunni con disabilità**. Una preparazione di base di questo tipo è auspicata sin dai primi anni dei percorsi di inclusione e costituisce uno strumento di lavoro per rispondere a tutti gli alunni, in un'ottica di piena inclusione e a garanzia del principio di contitolarità nella presa in carico dell'alunno stesso.



Il personale docente in questione, per l'anno scolastico 2021/2022, **sarà invitato a frequentare un percorso di formazione su tematiche inclusive**, secondo quanto previsto dal DM 188 citato tenendo conto delle indicazioni fornite con la presente nota e rivolta alle scuole polo per la formazione che avranno il compito di organizzare le attività formative.

Ciascun docente dovrà avere accesso ad una unità formativa per complessive 25 ore sulle tematiche inclusive e sulle specificità presenti nella propria classe, attraverso corsi organizzati da singoli istituti o da reti di scuole. I percorsi di formazione saranno proposti dalle singole scuole o da reti di scuole, e approvati in raccordo con il Comitato Tecnico Scientifico costituito presso ciascun UU.SS.RR. e con le scuole polo per la formazione. **A conclusione della formazione è previsto un apposito test finale di valutazione, predisposto dai predetti Comitati scientifici.**




ALLEGATO A

Schema di modulo formativo per 25 ore di impegno
complessivo

FORMAZIONE DEL PERSONALE DOCENTE AI FINI
DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI ALUNNI
CON DISABILITÀ

Legge 30 dicembre 2020, n. 178, art. 1, comma 961

Argomento	Impegno complessivo	
	Punto a)	Punti b) c) d) e) f)
Letture e interpretazione della documentazione diagnostica	2 ore di lezione (anche tramite moduli on-line)	2 ore di attività laboratoriale/collegiale/ progettuale*, in collaborazione con ASL e specialisti clinici
Riferimenti normativi	1 ora di lezione (anche tramite moduli on-line)	
Criteri per una Progettazione educativo-didattica inclusiva di qualità	4 ore di lezione (anche tramite moduli on-line)	2 ore di attività laboratoriale/collegiale /progettuale, con studi di caso
Didattica speciale <i>a) per la Scuola dell'Infanzia</i> <i>b) per la Scuola Primaria</i> <i>c) per la Scuola Secondaria</i>	9 ore di lezione (anche tramite moduli on-line)	4 ore di attività laboratoriale /collegiale /progettuale**
Test di valutazione	1 ora	
	17 ore	8 ore



**Nota M.I.U.R. n.32063 del 15 ottobre 2021 - Nota prot. 27622 del 06.09.2021 - Formazione in servizio del personale docente ai fini dell'inclusione degli alunni con disabilità ai sensi del comma 961, art. 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (DM 188 del 21.6.2021).
RINVIO.**

(...Omissis...) Si è in seguito dovuto prendere atto che la sentenza TAR Lazio n. 9795 del 14 settembre 2021, con cui si è disposto l'annullamento del DI n. 182/2020 e dei suoi allegati (Linee guida, modelli di PEI, Allegati C e C1), ha condizionato negativamente lo svolgimento dell'attività formativa, ritenuta obbligatoria dall'art. 1, comma 961, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e che difficilmente tale attività potrà essere completata e rendicontata entro il termine previsto. Vi è così l'esigenza, nelle more di eventuali indicazioni sulla loro modularizzazione, di **consentire la prosecuzione dei percorsi formativi anche dopo la data del 30 novembre al fine di dare attuazione alle politiche dell'inclusione previste dalla disposizione legislativa richiamata.**



In caso di impossibilità di concludere i percorsi entro i termini previsti, si ritiene pertanto che le istituzioni scolastiche possano portare avanti l'attività in esame, avendo cura di concludere la formazione prevista **entro e non oltre il 30 marzo 2022.**



CRONOPROGRAMMA CORSO

- **Venerdì 24 settembre 2021 (n. 2 ore) – “PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (P.E.I.)-A CHE PUNTO SIAMO?”**
- **Lunedì 10 gennaio 2022 dalle 16:30 alle 19:30 (3 ore) –” I manuali diagnostici dell’OMS e la documentazione relativa la disabilità”**
- **Lunedì 24 gennaio 2022, dalle 16:30 alle 19:30- “Il P.E.I. – Come redigerlo”**
- **Lunedì 7 febbraio 2022, dalle 16:30 alle 19:30 – “ Criteri per una progettazione educativo-didattica inclusiva di qualità”**
- **Lunedì 21 febbraio 2022, dalle 16:30 alle 19:30 – “Didattica speciale”**
- **Lunedì 28 febbraio 2022, dalle 16:30 alle 19:30- “Didattica speciale” (comprensivo di n. 1 ora di test finale)**

PERCHE' CLASSIFICARE A LIVELLO INTERNAZIONALE LA DISABILITA'

- Perché occorre stabilire un **glossario** comune per migliorare la comunicazione
- Per permettere un raffronto dei dati fra:
 - Paesi
 - discipline sanitarie
 - servizi
 - periodi
- Per fornire uno schema di codifica sistematica per i sistemi informativi sulla salute

LE PRINCIPALI CLASSIFICAZIONI IN AMBITO SANITARIO

- **ICD - OMS**
CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE (INIZI '900)
- **ICD-10 - OMS**
DECIMA REVISIONE DELLA CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE SINDROMI E DEI DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI (1992)
- **ICF - OMS**
Classificazione del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, definita nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
- **DSM-V-TR**
MANUALE DIAGNOSTICO DEI DISTURBI MENTALI - A.P.A. (prima versione 1952)

EPIDEMIOLOGIA (DALLA TRECCANI)

Epidemiologia

Parte dell'igiene che studia la frequenza con cui si manifestano le malattie e le condizioni che favoriscono od ostacolano il loro sviluppo. L'EPIDEMIOLOGIA costituisce la base per una razionale profilassi delle malattie.

L'ICD

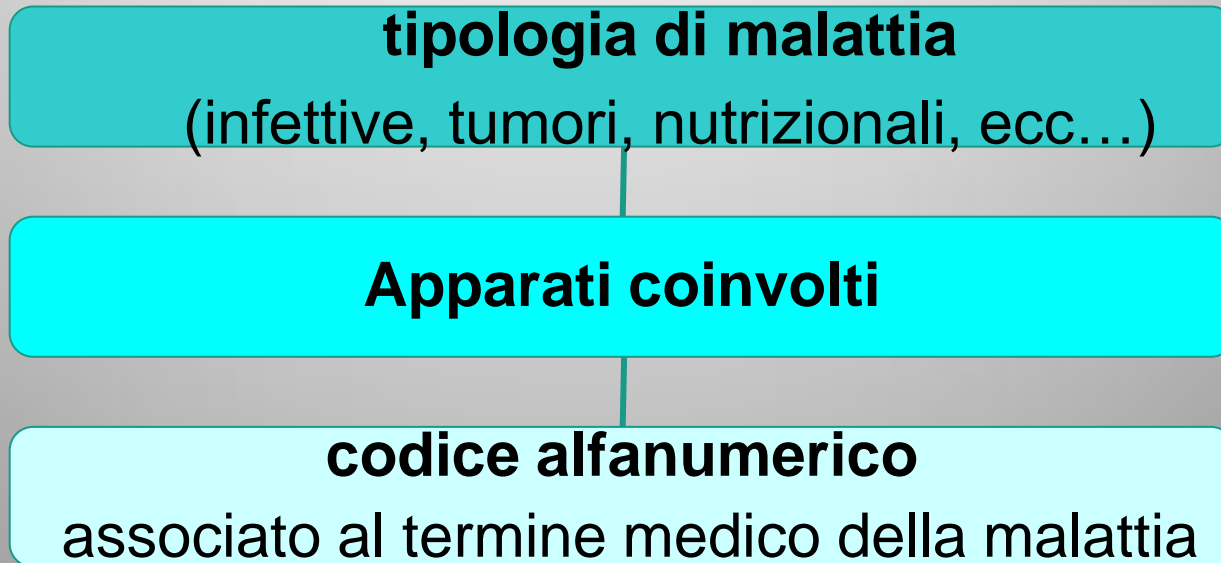
- La *classificazione internazionale delle malattie e dei problemi relativi alla salute* (ICD) è attualmente il sistema adottato a fini epidemiologici e statistici dalla maggior parte degli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).
- Lo scopo principale dell'ICD è quello di consentire la registrazione, l'analisi ed il confronto sistematico dei dati sulla **morbilità** (numero dei casi di malattia registrati durante un periodo dato in rapporto al numero complessivo delle persone prese in esame) e sulla **mortalità** raccolti in differenti Paesi
- Nell'ICD-6 (1946) per la prima volta una sezione specifica dedicata ai **disturbi psichici**.
- Le due successive revisioni della classificazione, l'ICD-7 (1955) e l'ICD-8 (1965), non presentavano significative differenze nella struttura di base.

ICD-10

- Nel 1976, l'ICD-9 , formato da 17 sezioni di cui quella relativa ai disturbi psichici, comprendeva **trenta categorie diagnostiche principali** (290-319)
- Dal 1° gennaio 1993 l'ICD-10 è suddiviso in 21 capitoli che coprono l'intera area della pratica medica.
- Il sistema di codifica è basato su codici a **tre elementi (A00-Z99)**, di cui il primo, una lettera (A-Z), indica il capitolo corrispondente, mentre gli altri due (01-99) sono relativi alle categorie diagnostiche principali, a loro volta suddivise da altre due cifre in specifiche sindromi o disturbi

ICD 10

Struttura della **classificazione delle malattie**:



I DISTURBI PSICHIATRICI NELL'ICD-10

Tab. 1 - I capitoli dell'ICD-10.

Capitolo I	Alcune malattie infettive e parassitarie (A00-B99)
Capitolo II	Neoplasie (C00-D48)
Capitolo III	Malattie del sangue e alcune sindromi che coinvolgono meccanismi immunitari (D50-D59)
Capitolo IV	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (E00-E90)
Capitolo V	Sindromi e disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)
Capitolo VI	Malattie del sistema nervoso (G00-G99)
Capitolo VII	Malattie dell'occhio e annessi (H00-H59)
Capitolo VIII	Malattie dell'orecchio e del processo mastoideo (H60-H95)
Capitolo IX	Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)
Capitolo X	Malattie del sistema respiratorio (J00-J99)
Capitolo XI	Malattie del sistema digerente (K00-K93)
Capitolo XII	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)
Capitolo XIII	Malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (L00-L99)
Capitolo XIV	Malattie del sistema genito-urinario (N00-N99)
Capitolo XV	Gravidanza, parto e puerperio (O00-O99)
Capitolo XVI	Alcune condizioni originate nel periodo perinatale (P00-P99)
Capitolo XVII	Malformazioni congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche (Q00-Q99)
Capitolo XVIII	Sintomi, segni e anomalie cliniche e laboratoristiche non classificati altrove (R00-R99)
Capitolo XIX	Lesioni, avvelenamenti ed altri effetti di agenti esterni (S00-T98)
Capitolo XX	Cause esterne di morbilità e di mortalità (V01-Y98)
Capitolo XXI	Fattori influenzanti lo stato di salute e il contatto con i servizi sanitari (Z00-Z99)

Tab. 2 - Sezioni principali del capitolo V dell'ICD-10.

F00-F09	Sindromi e disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici
F10-F19	Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive
F20-F29	Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti
F30-F39	Sindromi affettive
F40-F48	Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi
F50-F59	Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici
F60-F69	Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F70-F79	Ritardo mentale
F80-F89	Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico
F90-F98	Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

DSM

- Il DSM-I (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), pubblicato nel 1952 primo tentativo di classificazione sistematica dei disturbi mentali da parte dell'American Psychiatric Association (APA), proposto in alternativa alla "Sezione Malattie Mentali" dell'ICD-6 del 1946
- DSM-II (1968) → abolizione del termine "reazione"
- DSM-III (1980) introduzione di specifici criteri diagnostici per ciascun disturbo mentale e adozione di un sistema multiassiale di classificazione

Il processo di revisione del DSM-IV

Il DSM-IV è il prodotto della cooperazione di 13 gruppi di lavoro (*task force*)

Il processo di revisione volto alla messa a punto del DSM-IV ha compreso tre fasi:

1. Revisione della letteratura clinica e di ricerca pubblicata
2. Rianalisi degli insiemi di dati raccolti
3. Sono state condotti 12 *field trials* in 70 centri negli Stati Uniti e all'estero (6.000 pazienti) al fine di mettere a confronto i criteri diagnostici proposti per il DSM-IV con i criteri del DSM-III-R e dell'ICD-10 e valutarne l'attendibilità e la validità

DSM-V



Publicato negli USA nel maggio del 2013 e tradotto in Italia dalla Raffaello Cortina Editore nel 2014.

Il manuale è diretto verso un migliore approccio dimensionale alla diagnosi Per far fronte alla condizione di “eterogeneità” dei sintomi contemporanei e al conseguente alto livello di **comorbidità o comorbilità** (da Garzanti : *sovrapposizione e influenza reciproca di patologie fisiche o psichiche in un soggetto*) diagnostica il DSM V pone molta attenzione alla valutazione dimensionale del sintomo C

Con quale modalità?

- Attraverso una più attenta focalizzazione su determinati indicatori clinici:
 1. Condivisione di substrati neurali
 2. Caratteristiche familiari
 3. Fattori di rischio genetici
 4. Specifici fattori di rischio ambientali
 5. comorbilità
 6. Marker biologici (indicatori biologici)
 7. risposta al trattamento
 8. Similarità dei sintomi
 9. Decorso della malattia

DSM -V

Nel quadro clinico di ogni disturbo oltre i criteri diagnostici vi è la presenza di Specificatori (specificare se...) laddove è necessario evidenziare il livello di gravità del disturbo e la presenza/assenza di criteri determinanti .

Ad esempio: *Disturbo dello spettro autistico*

Specificare la gravità attuale:

- il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti,ripetitivi(vedi Tabella)

Specificare se:

- Con o senza compromissione intellettiva associata
- Con o senza compromissione del linguaggio associata

DSM-V

Il Sistema multiassiale

Il DSM V propone una documentazione delle diagnosi **non assiale** (in passato Asse I, Assell, Asselll), con notazioni separate per alcuni importanti fattori psicosociali e contestuali (in passato Asse IV) e la disabilità (in passato AsseV) .

Al fine di aumentare la specificità diagnostica, il DSM V ha sostituito la precedente designazione NAS(non altrimenti specificato) con due opzioni per l'indirizzo clinico: disturbo con altra specificazione e disturbo senza specificazione (quando il clinico determina che vi sono evidenze per specificare la natura della manifestazione, allora è possibile attribuire la diagnosi con altra specificazione; al contrario quando il clinico non è in grado di specificare e descrivere ulteriormente la manifestazione clinica, allora è possibile utilizzare la diagnosi senza specificazione).

DUNQUE: più flessibilità decisionale all'operatore clinico

OMS – MAGGIO 2001

Il 22 Maggio 2001, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha approvato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità e della Salute, nota come **ICF**.

Sforzo congiunto di 65 Paesi coordinati dall'OMS.

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health



World Health Organization
Geneva

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health

Short version



World Health Organization
Geneva

ICF

- Full version
- Short version

L'ICF è stato accettato da 191 Paesi
come standard internazionale per
misurare e classificare salute e disabilità

ICF

Lo scopo generale della classificazione ICF è di **fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati correlati**. Essa definisce le componenti della salute e alcune componenti ad essa correlate (come l'istruzione e il lavoro).

L'ICF **sostituisce** le precedenti versioni denominate ICDH (del 1980) e ICDH-2 (del 1999).

Concetto innovativo dell'ICF nell'approccio alla disabilità

Qualunque persona in
qualunque momento della vita
può avere una condizione di
salute che in un ambiente
sfavorevole diventa disabilità

FINALITA' (IN SINTESI)

- Fornire una **base scientifica** per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate;
- Stabilire un **linguaggio comune** per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità;
- Rendere possibile il **confronto fra i dati raccolti in paesi, discipline sanitarie, servizi e periodi diversi**;
- Fornire uno **schema di codifica sistematico** per i sistemi informativi sanitari.

Classificare



ordinare e catalogare mediante un criterio,
rappresentare cose o persone indicandone tutte le caratteristiche, in modo
da darne un'idea compiuta

Misurare



quantificare una osservazione contro uno
standard

Valutare



determinare un valore, stimare calcolare, stabilire in
misura approssimativa

COSA E'

- **STRUMENTO CHE SPIEGA IL FUNZIONAMENTO**

STRUMENTO DI CLASSIFICAZIONE DELLA SALUTE E DEGLI STATI DI SALUTE AD ESSA CORRELATI

(Complementare ICD 10)

STRUMENTO CHE METTE INSIEME LE INFORMAZIONI

UNA CLASSIFICAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLE PERSONE

UN LINGUAGGIO STANDARD CODIFICATO

(un metalinguaggio)

COSA NON E'

- **STRUMENTO DI DIAGNOSI (lo è ICD 10)**
- **STRUMENTO DI CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE**
- **STRUMENTO DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE**
- **UNA CLASSIFICAZIONE DELLE PERSONE**

L'ICD-10



L'ICF



L'ICD-10 e l'ICF

- L'ICD-10 e l'ICF sono complementari e dovrebbero essere usati insieme
 - Nell'ICF vengono classificati il funzionamento e la disabilità associati alla condizione di salute.
 - Mentre le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni etc) vengono classificate principalmente nell'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) che fornisce un modello di riferimento eziologico. L'ICD-10 fornisce una diagnosi delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute e questa informazione si arricchisce delle informazioni aggiuntive offerte dall'ICF relative al funzionamento.

L'ICF e l'ICD-10

- La diagnosi, da sola, non è in grado da sola di predire quali siano i bisogni di servizi, i livelli di cura e di funzionamento della persona
- L'aggiunta di una diagnosi funzionale ad una diagnosi medica è particolarmente utile per incoraggiare trattamenti e interventi volti al miglioramento del proprio livello funzionale anche se queste terapie non sono mirate alla sottostante condizione di salute

STRUTTURA DELL'ICF

Le informazioni fornite dall'ICF sono una **descrizione** delle situazioni che riguardano il **funzionamento umano** e **le sue restrizioni**, e la classificazione serve da modello di riferimento per l'organizzazione di queste informazioni, strutturandole in modo significativo, interrelato e facilmente accessibile.

Struttura

ICF

Classificazione

Parti

Componenti

*Costrutti/
qualificatori*

*Domini e
categorie
ai diversi livelli*

Parte 1:
Funzionamento
e disabilità

Parte 2:
Fattori
Contestuali

Funzioni e
Strutture
Corporee (b-s)

Attività (a) e
Partecipazione
(p)

Fattori
Ambientali (e)

Fattori
Personalì

Cambiam.
Funzioni
Corporee

Cambiam.
Strutture
Corporee

Capacità

Performance

Facilitatore/
Barriera

livello
item:
1°
2°
3°
4°

livello
item:
1°
2°
3°
4°

livello
item:
1°
2°
3°
4°

livello
item:
1°
2°
3°
4°

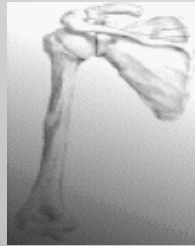
livello
item:
1°
2°
3°
4°

L' ICF organizza le informazioni in due parti, ognuna composta da due componenti:

- *Parte 1.* Funzionamento e Disabilità
 - Funzioni e Strutture corporee
 - Attività e Partecipazione
- *Parte 2.* Fattori contestuali
 - Fattori ambientali
 - Fattori Personali

Componenti dell' ICF

**Funzioni
&
Strutture
Corporee**



Funzioni

Strutture

**Attività
&
Partecipazione**



Capacity

Performance

**Fattori
Ambientali**



Barriere

Facilitatori

ICF

Le componenti del funzionamento e della disabilità nella parte 1 dell'ICF possono essere espresse in due modi.

- per indicare problemi (per es. menomazioni, limitazioni dell'attività o restrizione della partecipazione, raggruppati sotto il termine ombrello/ *disabilità*);
- possono indicare aspetti non problematici (neutri) della salute e degli stati ad essa correlati, raggruppati sotto il termine ombrello/ *funzionamento*.

NUOVE DEFINIZIONI NELL'ICF

Funzioni e strutture corporee,
attività e partecipazione

SOSTITUISCONO

i termini usati precedentemente di *menomazione, disabilità* e *handicap* (ICDH, 1980), ampliando la prospettiva della classificazione permettendo la descrizione di elementi positivi.

Va tenuto presente che tali termini sono impiegati con significati specifici che possono differire dal significato corrente.

Funzioni e strutture corporee

- *Le funzioni corporee* sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche).
- *Le Strutture corporee* sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti.
- *Le menomazioni* sono problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

Funzioni e Strutture Corporee

Funzioni mentali	Strutture del sistema nervoso
Funzioni sensoriali e dolore	Occhio, orecchio e strutture correlate
Funzioni della voce e dell'eloquio	Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio
Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio	Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio
Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico e endocrino	Strutture correlate all'app. digerente e ai sistemi metabolico e endocrino
Funzioni genitourinarie e riproduttive	Strutture correlate al sistema genitourinario e riproduttivo
Funzioni neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento	Strutture correlate al movimento
Funzioni della cute e delle strutture correlate	Cute e strutture correlate

Attività e partecipazione

- *L'attività* è l'esecuzione di un compito o di una azione da parte di un individuo
- *La partecipazione* è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- *Le limitazioni dell'attività* sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività
- *Le restrizioni della partecipazione* sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita.

Fattori ambientali

I fattori ambientali comprendono l'ambiente fisico, sociale degli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Questi **fattori** sono **esterni** agli individui e possono avere una influenza positiva o negativa sulla partecipazione dell'individuo come membro della società, sulla capacità dell'individuo di eseguire azioni o compiti.

I fattori ambientali possono essere **individuali** o **sociali**.

Fattori personali

I fattori personali sono il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo, e rappresentano quelle caratteristiche dell'individuo che non fanno parte della salute o degli stati di salute.

Comprendono il sesso, la razza, l'età, altre condizioni di salute, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, la capacità di adattamento, il background sociale, l'istruzione, la professione e l'esperienza passata e attuale, modelli di comportamento generale e stili caratteriale, che possono giocare un certo ruolo nella disabilità a qualsiasi livello.

I fattori personali non sono stati classificati nell'ICF, ma vanno tenuti presenti come elementi aggiuntivi di valutazione.

NELL'ICF:

La DISABILITA'

viene definita

come la *conseguenza* o il *risultato* di una *complessa relazione* tra la *condizione di salute* di un individuo e *i fattori personali* e *ambientali*, che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo.

Nell'icf

Il termine

DISABILITA'

come termine OMBRELLO generale

QUALIFICATORI

- 0 NESSUNA difficoltà (assente, trascurabile...) 0-4%
- 1 difficoltà LIEVE (leggera, piccola...) 5-24%
- 2 difficoltà MEDIA (moderata, discreta...) 25-49%
- 3 difficoltà GRAVE (notevole, estrema...) 50-95%
- 4 difficoltà COMPLETA (totale...) 96-100%
- 5 non specificato
- 6 non applicabile

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- L'ICF rappresenta un valido strumento ai fini di una *valutazione globale*.
- *Innovativo* sul piano del *linguaggio* e dell'*approccio* ai *problemi della salute*.
- Rappresenta un tentativo di *superare* la *contrapposizione* tra *modello medico* e *modello sociale*.
- La sua applicazione completa tuttavia risulta alquanto laboriosa e impegnativa.
- Il suo uso richiede il coinvolgimento di *diversi operatori*.

ICF- diagnosi funzionale

Diagnosi funzionale

La *diagnosi funzionale* è una definizione dettagliata dei livelli di alterazione dei soggetti portatori di handicap.

Attraverso una valutazione psico-cognitivo-relazionale permette di giungere ad una conoscenza più approfondita del bambino o del ragazzo.

E' *funzionale* in quanto utile alla progettazione di un programma didattico individualizzato. Il compito di realizzare la diagnosi funzionale spetta esclusivamente agli operatori sociosanitari.

ICF -CY

- -Offre una base metodologica scientificamente rigorosa analizzando ed evidenziando tutti i possibili ambiti (funzioni o strutture corporee, attività, partecipazione e fattori ambientali) per la presa in carico del bambino;
- Fotografa la condizione di salute e l'ambiente e descrive il funzionamento della persona senza perdere di vista gli aspetti di partecipazione e i fattori ambientali (scuola, relazioni con i pari e i familiari, tempo libero, lavoro, ecc.);

ICF -CY

- Permette un linguaggio comune tra tutti gli operatori interessati e consente veramente di mettere al centro del progetto la persona ed i suoi bisogni.
- Operativamente è possibile ottenere un profilo di funzionamento utile per la creazione di un progetto personalizzato

DIAGNOSI CLINICA E DIAGNOSI FUNZIONALE

REGIONE MARCHE – D.G.R. dell'8 febbraio 2010

1 – Finalità

Il presente accordo nasce dalla necessità di stabilire modalità e criteri per ricondurre la complessa materia dell'integrazione scolastica e sociale della persona con disabilità all'interno di un progetto complessivo e condiviso che mira a definire principi e criteri su cui fondare gli interventi di sostegno e assistenza, di coordinamento e di integrazione delle azioni di tutti i soggetti istituzionali coinvolti. Con la sottoscrizione dell'Accordo i soggetti firmatari, in attuazione degli artt. 13 e 14 della L. 104/92 dell'art. 14 comma 4 della L.R. 18/98 e s.m. L.R. 28/00 convengono di predisporre iniziative e di assumere impegni, sia finanziari che organizzativi, compatibilmente con la disponibilità di risorse, in forma singola o associata, per la piena realizzazione degli obiettivi posti dall'Accordo stesso al fine di garantire il successo del processo di integrazione.

- Art. 3 - Accoglienza

Tutti i soggetti istituzionali coinvolti si impegnano a garantire alla persona disabile e alla sua famiglia una positiva prima accoglienza nelle diverse fasi di vita (accertamenti diagnostici, diagnosi, proposte terapeutiche, diagnosi funzionale, primo P.E.I., primo ingresso a scuola) in modo da porre, quanto prima ed in modo consapevole, la persona e la sua famiglia in grado di essere partecipi e attivi nel processo di sviluppo e d'integrazione. In particolare i diversi operatori assicurano:

- ◆ la correttezza dell'informazione,
- ◆ il pieno ascolto delle persone e delle loro esigenze,
- ◆ il coinvolgimento partecipato ad ognuna delle fasi di sviluppo, senza alcun condizionamento, nella prospettiva di un progetto di vita fin dall'inizio valorizzato e rispettato. Per preparare l'accoglienza nella scuola sia del bambino che della sua famiglia, tutte le scuole sono tenute ad articolare nella propria programmazione e/o nel Piano dell'offerta formativa (P.O.F.) le forme e le modalità dell'accoglienza e dell'integrazione degli alunni con disabilità utilizzando anche un Protocollo d'Accoglienza che consenta di attuare in modo operativo le indicazioni normative contenute nella Legge Quadro n° 104/92 e successivi decreti applicativi.

4 - Accertamento diagnostico

4.1- Persona la cui disabilità è già conosciuta dalla nascita o dai primi anni di vita

La famiglia di un soggetto la cui disabilità sia già stata accertata da un centro specialistico del Servizio Sanitario Nazionale, autonomamente o su indicazioni del pediatra si rivolge alle UMEE per l'attivazione del percorso specifico ai fini dell'inserimento scolastico e della definizione della diagnosi funzionale. Le UMEE provvedono alla presa in carico del soggetto e di tutta la famiglia. Valutato il quadro globale, in base alla documentazione sanitaria esibita, quando presente, e a seguito della valutazione clinico-funzionale di carattere multidisciplinare redigono la certificazione formale contenente la diagnosi (ICD 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) secondo il modello approvato dalla Giunta regionale con D.G.R. n. del e predispongono la diagnosi funzionale seguendo i criteri del modello bio-psico-sociale alla base dell'ICF dell'organizzazione Mondiale della Sanità anch'esso approvato con D.G.R. n. / . Le UMEE, responsabili della realizzazione del progetto individualizzato, all'avvicinarsi dell'età scolare, accompagnano la famiglia nei suoi contatti con la scuola. La certificazione formale contenente la diagnosi clinica, necessaria ai fini dell'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità deve essere effettuata seguendo i criteri ICD 10 (come da modello allegato), attenendosi alle tipologie descritte nell'allegato in modo tale da garantire uniformità di risposte rispetto alle patologie elencate. Nel modello allegato le UMEE sono tenute a segnalare sia la necessità del sostegno didattico che quella dell'eventuale assistenza per l'autonomia e/o la comunicazione.

4.2 -Persona che manifesta bisogni educativi speciali durante il percorso di istruzione

- Il percorso di accertamento diagnostico, presso le UMEE, è intrapreso su richiesta diretta della famiglia, che può agire autonomamente o su indicazione della scuola che, per quanto di sua competenza, sensibilizza i genitori sulla problematica presentata dal figlio/a. La scuola, nella figura dei docenti di sezione/classe e/o del docente-coordinatore di sezione/classe è tenuta a redigere **una relazione descrittiva sui problemi evidenziati**. Il Dirigente scolastico provvederà a consegnare alla famiglia una relazione di sintesi sulle osservazioni che viene presentata dalla stessa famiglia all'equipe multidisciplinare dell'UMEE la quale avvierà il percorso di valutazione. Le UMEE, nel rispetto delle normative vigenti, procedono con l'osservazione clinico-funzionale e, quando ne ravvisano la necessità, redigono la certificazione formale e provvedono alla stesura della diagnosi funzionale secondo le modalità di cui al punto successivo. La certificazione e la diagnosi funzionale vanno rilasciate insieme in quanto come tali completano il quadro valutativo e sono entrambi documenti indispensabili per avviare la richiesta di sostegno scolastico. La prima certificazione avviene, di norma, entro la conclusione del ciclo di studi della Scuola Primaria, salvo situazioni sopraggiunte che vanno opportunamente motivate.

4.3 -Diagnosi funzionale

La Diagnosi Funzionale, predisposta ai sensi della legge 104/92, è l'atto di valutazione dinamica di ingresso e presa in carico, per la piena integrazione scolastica e sociale.

La Diagnosi Funzionale è redatta secondo i criteri del modello bio-psico-sociale alla base dell'ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e si articola nelle seguenti parti:

- approfondimento anamnestico e clinico;
- descrizione del quadro di funzionalità nei vari contesti;
- definizione degli obiettivi in relazione ai possibili interventi clinici, sociali ed educativi e delle idonee strategie integrate di intervento;
- individuazione delle tipologie di competenze professionali e delle risorse strutturali necessarie per l'integrazione scolastica e sociale.

La Diagnosi Funzionale include anche il Profilo Dinamico Funzionale e corrisponde, in coerenza con i principi dell'ICF, al Profilo di funzionamento della persona.

La Diagnosi Funzionale viene sempre redatta dall'UMEE in collaborazione con la scuola e la famiglia. La verifica periodica della Diagnosi Funzionale È sempre obbligatoria e deve essere redatta prima del passaggio all'ordine di scuola successivo o in caso di variazione significativa del quadro clinico funzionale.

6- IL PERSONALE PER L'INTEGRAZIONE

L'integrazione scolastica dell'alunno disabile È garantita attraverso il pieno coinvolgimento di tutto il Consiglio di classe, dei docenti specializzati per il sostegno, dei collaboratori scolastici formati per l'assistenza di base e del personale educativo-assistenziale fornito dagli Enti locali per l'assistenza specialistica.

6.1 - Assegnazione del docente di sostegno

La certificazione per l'individuazione dell'alunno disabile e la Diagnosi Funzionale - redatti secondo i criteri bio-psico sociali alla base dell'ICF dell'OMS - sono necessarie per avviare il percorso dell'integrazione scolastica e vengono rilasciate alla famiglia che provvede e consegnarle alla Scuola affinché le inoltri al competente ufficio Scolastico Provinciale per gli adempimenti di competenza.

I docenti di sostegno vengono assegnati alla Scuola esclusivamente dopo l'invio, da parte della stessa, all'Ufficio Scolastico Provinciale della documentazione completa. Le istituzioni scolastiche sono tenute a rispettare le scadenze per l'invio di detta documentazione - diverse per ogni ordine e grado di scuole - stabilite dall'Ufficio Scolastico Provinciale per la determinazione dell'organico di fatto e di diritto.

Per le scuole statali, l'assegnazione delle ore di sostegno è autorizzata con decreto del Direttore dell'ufficio Scolastico Regionale, su proposta del GLHP che stabilisce i criteri di ripartizione dei posti di sostegno. Le scuole paritarie sono tenute a inviare all'Ufficio Scolastico Provinciale la medesima predetta documentazione e l'elenco degli alunni disabili che hanno avuto parere favorevole dal GLH provinciale negli anni precedenti ed ancora frequentanti.

6.3 - Personale educativo-assistenziale per l'assistenza specialistica

Per gli alunni con grave disabilità - qualora l'UMEE ravvisi la necessità di assistenza per l'autonomia e la comunicazione - il Comune di residenza assicura l'assistenza specialistica tramite personale educativo-assistenziale appositamente formato, ad integrazione dell'intervento del personale docente e non docente dell'istituto scolastico, secondo quanto previsto all'art. 13, comma 3 della L. n. 104/92.

Il Comune garantisce la partecipazione degli assistenti-educatori ai lavori di definizione e verifica del PEI. I Comuni, nell'ambito delle proprie competenze, erogano il servizio educativo-assistenziale secondo quanto previsto dai vigenti regolamenti comunali in materia e nei limiti delle proprie risorse di bilancio. Nel caso in cui la scuola frequentata sia situata al di fuori del territorio comunale di residenza, per documentate esigenze connesse ad indirizzi specifici delle scuole superiori di secondo grado, l'onere della fornitura del servizio educativo-assistenziale resta in capo al comune ove l'alunno conserva la residenza.

Di norma entro il mese di maggio di ogni anno, gli istituti scolastici formulano la richiesta di personale educativo-assistenziale per l'anno scolastico successivo al competente ente locale salvo eventuali modifiche e o integrazioni derivanti da variazioni del numero degli iscritti nel corso dell'anno. Prima dell'inizio dell'anno scolastico, il Comune, l'UMEE territorialmente competente e ciascuna istituzione scolastica interessata concordano il programma degli interventi educativo-assistenziali alla luce di quanto stabilito nella programmazione individualizzata.

7.3 -Orientamento

Le istituzioni scolastiche curano, nel passaggio da un ordine e grado di scuola all'altro, a partire dalla scuola dell'infanzia, i percorsi di orientamento degli allievi.

Negli ultimi due anni della scuola secondaria di primo grado verranno individuati, nell'ambito del P.E.I., interventi specifici per l'orientamento scolastico, mirati ad evidenziare e ad esplicitare le potenzialità, le attitudini e gli interessi dello studente.

In relazione al passaggio dell'alunno dalla scuola secondaria di primo grado alla scuola secondaria di secondo grado, il consiglio di classe formulerà un'indicazione di orientamento verso la scuola secondaria di secondo grado. Tale indicazione verrà discussa in un incontro tra i docenti dell'alunno, la famiglia, i docenti referenti dell'integrazione della scuola secondaria di secondo grado e l'UMEE, alla quale s'intende indirizzare l'alunno. I tempi dipendono dalla data di scadenza delle iscrizioni che variano di anno in anno.

L'orientamento per il passaggio dal primo al secondo ciclo deve garantire:

- ◆ una corretta analisi dei potenziali di ciascun alunno con disabilità,
- ◆ la valorizzazione delle sue propensioni culturali e dei suoi interessi,
- ◆ la prospettiva complessiva del suo progetto di vita.

Ciascun Istituto del secondo ciclo, indipendentemente dalla presenza di iscritti disabili, assicura nel P.O.F. la definizione delle forme e delle modalità di accoglienza e dell'integrazione degli studenti con disabilità.

Le Istituzioni Scolastiche secondarie di secondo grado assumono, in particolare, i seguenti impegni:

- il Dirigente Scolastico assicura che i consigli di classe, che accolgono studenti con disabilità, **programmino, realizzino e verifichino l'azione didattica**, prevedendo adeguate azioni orientative al fine di facilitare l'integrazione, motivare e sostenere la prosecuzione del percorso d'istruzione fino al conseguimento del titolo di studio o dell'attestato;
- **l'adozione degli obiettivi della programmazione differenziata è il risultato dell'osservazione e della valutazione dello studente almeno al termine del primo anno della scuola superiore;**
- per favorire il percorso formativo, **il Consiglio di classe, in collaborazione con l'UMEE sentita la famiglia, programma, realizza e verifica esperienze di transizione scuola-lavoro;**
- qualora la gravità della disabilità non consenta di svolgere esperienze di alternanza scuola-lavoro, il Consiglio di classe provvede, in accordo con l'UMEE e sentita la famiglia a garantire altre azioni di supporto utilizzando le risorse presenti nel territorio.

10.3 - Permanenza scolastica

Le permanenze debbono costituire caso di comprovata eccezionalità e frutto di concertazione tra i componenti del gruppo di lavoro estensori del PEI.

10.4 Rinuncia al sostegno

La decisione di rinunciare al sostegno scolastico può avvenire in qualsiasi momento della carriera scolastica, attraverso una comunicazione scritta dalla famiglia di norma condivisa con l'UMEE, che la notificherà alla scuola. Tale comunicazione scritta individua i motivi che la giustificano.

11- RAPPORTI TRA UMEE / CENTRI PRIVATI

11.1 - Presa in carico da parte di centri convenzionati accreditati operanti nelle Marche

Qualora la presa in carico dell'alunno/a disabile venga effettuata da parte di un Centro Convenzionato Accreditato, operante all'interno dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale per le Marche, gli operatori dello stesso provvedono alla stesura di tutti gli adempimenti di legge (normati nel presente accordo), compreso il PEI, senza che gli operatori dell'UMEE siano tenuti a partecipare.

11.3 - Attestazione clinica da parte di privato non accreditato

Nel sottolineare l'importanza che la famiglia si avvalga del servizio pubblico o privato accreditato per la presa in carico del proprio figlio al fine di garantirgli una migliore qualità dell'integrazione scolastica si valuta anche la possibilità che la stessa faccia scelte diverse.

Pertanto, qualora la famiglia non intenda avvalersi delle prestazioni professionali dell'UMEE né di altro centro accreditato, il certificato che attesta la diagnosi redatto da uno specialista privato, ed accompagnato da una relazione, deve essere comunque convalidato dall'UMEE che è tenuta a provvedere ad una valutazione clinica comprovante la situazione di handicap.

La famiglia, dovrà comunque garantire le condizioni affinché lo specialista scelto, che segue l'alunno, presti la propria collaborazione e consulenza alla scuola per la redazione dei PEI. Nel caso in cui lo stesso specialista non possa partecipare agli incontri relativi all'elaborazione del PEI è tenuto a presentare una relazione dettagliata che deve essere consegnata, per il tramite della famiglia, alla scuola.

La scuola nel predisporre la programmazione didattico-educativa annessa al PEI, tiene conto delle indicazioni suggerite nel rispetto della propria competenza e autonomia didattico-metodologica al fine di garantire un percorso formativo omogeneo e coeso.

Modello regionale Diagnosi Funzionale



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE

seduta del
7.4.2010

pag.
5

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
677

DIAGNOSI FUNZIONALE

(DGR 164 del 05/03/07)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DIAGNOSI FUNZIONALE

Cognome:

Nome:

Data e luogo di nascita:

Residenza:

Telefono e/o altro recapito:

ASUR ZT o Ente convenzionato:

Eventuale Scuola – Sezione/classe:

Composizione del nucleo familiare:

Figure – Ambiti – Periodicità di collaborazione tra famiglia e servizi:

DIAGNOSI CLINICA SINTETICA E CURRICULUM SANITARIO
(precedentemente alla compilazione del presente documento e p.q.c.)

Diagnosi clinica sintetica:

Codice ICD 10:

Data I diagnosi

Interventi riabilitativi

EVENTUALE CURRICULUM SCOLASTICO

(Precedente alla compilazione del presente documento)

Struttura scolastica	Statale	Non statale	Anni di frequenza	Anni di ripartenza
Nido				
Scuola dell'Infanzia				
Scuola Primaria				
Scuola Secondaria di 1° grado				

Codice	AREA: MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE	Qualificatore						
		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Completa	Non specificata	Non applicabile
B1	FUNZIONI MENTALI							
B117	Funzioni intellettive							
B122	Funzioni psicosociali							
B126	Funzioni del temperamento e della personalità							
B130	Funzioni dell'energia e delle pulsioni							
B134	Funzioni del sonno							
B140	Funzioni dell'attenzione							
B144	Funzioni della memoria							
B147	Funzioni psicomotorie							
B152	Funzioni emozionali							
B164	Funzioni cognitive di livello superiore							
B167	Funzioni superiori del linguaggio							
B172	Funzioni del calcolo							
Sintesi funzioni mentali								

B2	FUNZIONI SENSORIALI E DEL DOLORE (b210 –b289)	Nessuna	Lieve	Media	Grave	Completa	Non specificata	Non applicabile
B210	Vista							
B230	Udito							
B235	Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)							

	FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO (b310 – b399)							
B4	FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO (b410 – b499)							
B5	FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO (b510 – b559)							
B6	FUNZIONI GENETOURINARIE E RIPRODUTTIVE (b610 – b699)							
B7	FUNZIONI NEURO MUSCOLOSCELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO (b710 – b799)							
B8	FUNZIONI DELLA CUTE E CORRELATE (b810 – b899)							

codice	AREA: MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE	Menomazioni						
		Nessuna	Lieve	Media	Grave	Completa	Non specificata	Non applicabile
S1	Strutture del sistema nervoso							
S2	Occhio, orecchio e strutture correlate							
S3	Strutture coinvolte nella voce e dell'eloquio							
S4	Strutture dei sistemi cardiovascolare, ematologico - immunologico e respiratorio							
S5	Strutture collegate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino							
S6	Strutture correlate ai sistemi genito - urinario e riproduttivo							
S7	Strutture correlate al movimento							
S8	Cute e strutture correlate							

Codice	AREA: ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		
D1	APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D133	Acquisire il linguaggio		
D155	Acquisizione di abilità		
D159	Acquisizione di base		
D160	Focalizzare l'attenzione		
D161	Dirigere l'attenzione		
D163	Pensare		
D166	Leggere		
D170	Scrivere		
D172	Calcolare		
D175	Risoluzione di problemi		
D177	Prendere decisioni		
D179	Applicazione delle conoscenze		
D198	Apprendimento e applicazione delle conoscenze		
Sintesi			

D2	COMPITI E RICHIESTE GENERALI (d210 – d299)	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D210	Intraprendere un compito singolo		
D220	Intraprendere compiti articolati		
D230	Eseguire la routine quotidiana		
D240	Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico		
D250	Controllare il proprio comportamento		
Sintesi			

D3	COMUNICAZIONE	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D310	Comunicare con – ricevere – messaggi verbali		
D315	Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali		
D320	Comunicare con – ricevere – messaggi nel linguaggio dei segni		
D325	Comunicare con – ricevere – messaggi		
	scritti		
D329	Comunicare - ricevere		
Sintesi e difficoltà di comunicazione			
Deficit e difficoltà			

Codice	AREA: ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D330	Parlare		
D335	Produrre messaggi non-verbali		
D340	Produrre messaggi nel linguaggio dei segni		
D345	Scrivere messaggi		
D350	Conversazione		
D360	Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione		
Sintesi attività e partecipazione			
Deficit e difficoltà			

D4	MOBILITÀ	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D430	Sollevare e trasportare oggetti		
D440	Uso fine della mano (<i>raccogliere, afferrare</i>)		
D450	Camminare		
D455	Spostarsi		
D465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili (<i>sedia a rotelle, pattini, ecc.</i>)		
D470	Usare un mezzo di trasporto (<i>auto, bus, treno, aereo, ecc.</i>)		
D475	Guidare (<i>andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.</i>)		
Sintesi			

D5	CURA DELLA PROPRIA PERSONA	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D510	Lavarsi (<i>fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc..</i>)		
D520	Prendersi cura di singole parti del corpo (<i>lavarsi i denti, radersi, ecc.</i>)		
D530	Bisogni corporali		
D540	Vestirsi		
D550	Mangiare		
D560	Bere		
D571	Badare alla propria sicurezza		
Sintesi della cura della propria persona			

D6	VITA DOMESTICA	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
Codice	AREA: ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE		
D7	INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D730	Entrare in relazione con estranei		
D760	Relazioni familiari		
Sintesi interazioni e relazioni interpersonali			
Deficit e difficoltà			
D8	AREE DI VITA PRINCIPALI	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D9	VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
D910	Vita nella comunità		
D920	Ricreazione e tempo libero		
Sintesi vita sociale, civile e di comunità			

		QUALIFICATORE BARRIERA/FACILITATORE						
codice	FATTORI AMBIENTALI	Nessuna	Lieve	Media	Grave	Completa	Non specificata	Non applicabile
E1	PRODOTTI E TECNOLOGIA							
E3	RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE							
E310	FAMIGLIA RISTRETTA							
E330	PERSONE IN POSIZIONE di AUTORITA'							
E340	PERSONE CHE FORNISCONO AIUTO E							

	ASSISTENZA (ODEST, OSS, volon- tari)							
E355	OPERATORI SANITARI							
E 360	ALTRI OPERATORI (Assistenti sociali, Edu- catori)							
E4	ATTEGGIAMENTI							
E5	SERVIZI, SISTEMI, POLITICHE							
E515	PER L'ARCHITETT URA E LA COSTRUZIO NE (barriere arch.)							
E540	DI TRASPORTO							
E570	PREVIDENZIALI/ ASSISTENZI ALI							
E575	DI SOSTEGNO SOCIALE GENERALE							
E580	SANITARIE							
E585	DELL'ISTRUZION E DELLA FORMAZION E							

Prove e test eseguiti

Indicazioni particolari

Diagnosi Funzionale redatta in forma conclusiva

Data, _____

FIRMA OPERATORI UMEE

Neuropsichiatra infantile _____

Psicologo _____

Terapista della Riabilitazione _____

Assistente sociale _____


Logopedista _____

Altro specialista _____




NON ACCESSIBILITA'

- **Rendono inaccessibile l'inclusione:**
 - ambiente fisico inaccessibile (temperatura e illuminazione dell'aula inadeguata, assenza di ascensore e/o scivolo, ambienti inaccessibili, ecc.)
 - mancanza di tecnologia d'assistenza rilevante (assenza di: ingranditore dello schermo, software di dattici, apparecchi per la comunicazione, ecc.)
 - atteggiamenti negativi delle persone verso la disabilità (assenza di: feedback costruttivi, relazioni serene tra pari e/o insegnanti, collaborazione, disponibilità, interazione, stereotipi, pregiudizi, ecc.)
 - servizi, sistemi e politiche inesistenti o ostacolanti (assenza di servizi : logopedia, psicomotricità, interventi pedagogici e psicologici, numero adeguato di ore di sostegno o di assistenza...)



Paradigma dell' **ACCESSIBILITA'**

- Nella prospettiva del “funzionamento umano il concetto di “accessibilità” è la chiave di lettura dell’intero processo di inclusione”. Infatti, l’esercizio del diritto di accessibilità è sancito dalla convenzione ONU sui diritti della persona con disabilità in quanto consente “di vivere in maniera indipendente e di partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita (ONU, 2006, art. 9).
- La Convenzione ONU dedica al concetto di “accessibilità” l’intero art. 9, sottolineando che “gli Stati Parti devono prendere misure appropriate per assicurare alle persone con disabilità, su base di eguaglianza con gli altri, l’accesso all’ambiente fisico, ai trasporti, all’informazione e alla comunicazione, compresi i sistemi e le tecnologie di informazione e comunicazione, e ad altre attrezzature e servizi aperti o offerti al pubblico, sia nelle aree urbane che nelle aree rurali”.



Ragioni pedagogiche dell'utilizzo dell'ICF a scuola

L'educazione «media»
con vari messaggi (scelta dei contenuti,
delle metodologie, degli strumenti, ecc.)


Centralità del concetto di
funzionamento educativo- apprenditivo.



Nei contesti educativi lo studente cresce
apprendendo e sviluppando competenze nei
vari ambiti: cognitivo, affettivo,
emotivo, relazionale, linguistico, motorio ecc.




Lo studente “funziona bene” dal punto di
vista evolutivo se riesce ad intrecciare
positivamente le spinte biologiche alla
crescita con le varie forme di apprendimento,
date dall'esperienza e dal contatto con le
relazioni umane e gli ambienti.



Articolo 8

Attività di osservazione sistematica e progettazione degli interventi di sostegno didattico

1. Al fine di individuare i punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici, la progettazione è preceduta da attività di osservazione sistematica sull'alunno.
 - Gli Assi/Parametri
 - In ambito educativo, si impiega una selezione di categorie (predisposta da esperti) denominata CODE SET. Il suggerimento di utilizzare i CODE SET viene dall'OMS.
[Un Code Set ICF è un elenco ragionato di alcune categorie tratte dalle componenti e dai capitoli ICF](#)



CODE SET di categorie “Attività e partecipazione”

Ogni categoria descrive infatti un aspetto preciso riferibile all'apprendimento, alla comunicazione, alla mobilità, ecc., dell'allievo, ovvero quello che l'allievo fa nel suo ambiente di vita reale, quindi incontrando i facilitatori e le barriere presenti nell'ambiente.



L'osservazione dell'ambiente scolastico: l'utilità dei Code set

Per osservare l'ambiente si può considerare il CODE SET di categorie «Fattori Ambientali» .

- Ogni categoria descrive un fattore ambientale riferibile a: tecnologie, elementi strutturali, relazioni tra le persone, atteggiamenti delle persone, servizi, ecc.
- Rispetto ad ogni fattore ambientale si può osservare se esso rappresenta una barriera o un facilitatore all'attività e alla partecipazione dell'allievo. È una barriera se limita o impedisce la performance; è un facilitatore se la migliora.




Esempi di Code Set ICF (Apprendimento) (Chiappetta Cajola, 2019)

Dimensione dell'apprendimento e asse di sviluppo dell'apprendimento	Code set di categorie ICF
	<p><i>Esperienze sensoriali intenzionali</i></p> <p>Guardare (d110) Ascoltare (d115) Altre percezioni sensoriali (d120)</p> <p>Apprendimento di base</p> <p>Copiare (d130) Imparare attraverso le azioni con oggetti (d131) Acquisire il linguaggio (d132) Ripetere (d135); Acquisire concetti (d137) Acquisire informazioni (d138) Imparare a leggere (d140) Imparare a scrivere (d145) Imparare a calcolare (150) Acquisizione di abilità (d155) Apprendimento di base (d159)</p> <p><i>Applicazione delle conoscenze</i></p> <p>Focalizzare l'attenzione (d160) Pensare (d163) Leggere (d166) Scrivere (d170) Calcolare (d172) Risoluzione di problemi (d175) Prendere decisioni (d177)</p>




Esempio di Code Set (Autonomia) (Chiappetta Cajola, 2019)

	Code set di categorie ICF
Dimensione dell'autonomia e asse di sviluppo dell'autonomia	Intraprendere un compito singolo (d210) Intraprendere un compito complesso (d220) Eeguire la routine quotidiana (d230) Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico (d240) Controllare il proprio comportamento (d250) Lavarsi (d510) Prendersi cura di singole parti del corpo (d520) Bisogni corporali (d530) Vestirsi (d540) Mangiare (d550) Bere (d560) Prendersi cura della propria salute (d570) Badare alla propria sicurezza (d571) Preparare i pasti (d630)




L'osservazione secondo ICF si basa su un sistema di qualificatori

L'ICF utilizza un sistema di misurazione basata su una scala che va da 0 a 4 per rilevare:




Il livello del problema che lo/a studente/ssa incontra

Il livello dell'impatto (influenza) dei fattori ambientali sulla sua attività e sulla sua partecipazione.



Livello del problema che lo/a studente/ssa incontra

- I qualificatori che vengono usati per quantificare il livello di difficoltà incontrata nella performance sono dei numeri che vanno da 0 a 4.
La scala è la seguente:
0= nessuna difficoltà,
1= difficoltà lieve,
2= difficoltà media,
3= difficoltà grave,
4=difficoltà totale.



Il livello dell'impatto (influenza) dei fattori ambientali sulla sua attività e sulla sua partecipazione

- I qualificatori che vengono usati per quantificare il livello di ostacolo o di facilitazione sono dei numeri che vanno da 0 a 4.
- La scala per i fattori ambientali «barriera» è la seguente:
 - 0= nessuna barriera,
 - 1= barriera lieve,
 - 2= barriera media,
 - 3= barriera grave,
 - 4= barriera totale.La scala per i fattori ambientali «facilitatori» è la seguente:
 - 0= nessun facilitatore,
 - 1= facilitatore lieve,
 - 2= facilitatore medio,
 - 3= facilitatore grave,
 - 4= facilitatore totale.



Un esempio di osservazione di “fattori ambientali” in ambito scolastico

Tiene conto dei mediatori di apprendimento e delle strategie didattiche impiegati in classe:

- metodologie,
- strumenti tecnologici e non,
- materiali,
- gestione dei gruppi,
- strategie metacognitive,
- forme plurime e diversificate di sostegno,
- ecc.



Un esempio di osservazione di “fattori ambientali” in ambito scolastico


Comprende specifici apporti e supporti di mediazione e l'attivazione di processi comunicativo-relazionali e affettivi in classe:

- atteggiamenti dei professori,
- atteggiamenti dei compagni di classe,
- atteggiamenti degli operatori socio-sanitari,
- atteggiamenti di tutto il personale della scuola.



Un esempio di osservazione di “fattori ambientali” in ambito scolastico

- Comprende i servizi disponibili a scuola:
- organizzazione oraria degli insegnanti e di eventuali altre figure, ad esempio Assistente Educativo alla Comunicazione;
 - quantità di ore di sostegno;
 - iniziative promosse dalla scuola a fini inclusivi;
 - modalità di lavoro del Gruppo di Lavoro Operativo per l’inclusione (ex GLHO);
 - all’espletamento dei compiti del GLI;
 - ecc.



Osservazione “fattori personali”

EMOTIVITÀ

- MOSTRA RABBIA IN SITUAZIONI DI FRUSTRAZIONE NELLA SODDISFAZIONE DI UN DESIDERIO. NON DISPONE ANCORA DI STRATEGIE PER GESTIRE E CONTROLLARE LE REAZIONI EMOTIVE.

MOTIVAZIONE

- IL LIVELLO DELLA MOTIVAZIONE VARIA IN BASE ALL'INTERESSE HA VERSO L'ATTIVITÀ PROPOSTA.

STILE DI ATTRIBUZIONE

- FATICA A CAPIRE LA PROPRIA RESPONSABILITÀ PERSONALE RISPETTO ALLE AZIONI CHE SVOLGE

STILE DI AUTOEFFICACIA

- ALTERNA MOMENTI IN CUI PENSA CHE STA FACENDO BENE UN COMPITO, AD ALTRI IN CUI EVITA DI SVOLGERLO

AUTOSTIMA

- GENERALMENTE, SVALUTA ANCHE LE AZIONI CHE SVOLGE CORRETTAMENTE



Valorizzazione potenziale inclusivo

AGENDA 2030
PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE

ONU, 2015, obiettivo 4:

- Garantire un'istruzione di qualità inclusiva ed equa e promuovere opportunità di apprendimento continuo per tutti

GRAZIE...

PER L'ATTENZIONE

DOTT.SSA RAFFAELA MAGGI
raffaela.maggi69@gmail.com