



SO-stare nella scuola dell'Infanzia

Vademecum per l'integrazione dei bambini diversamente abili

Brescia 25 Settembre 2010

Dott.ssa Enrica Casali

Una favola dedicata a tutte le insegnanti: il Bambino più sbadato del mondo.

1. Introduzione

2. Le tappe dell'integrazione nella legislazione

2.1 Il panorama storico

2.2 La legislazione italiana

3. Glossario

4. La famiglia "luogo naturale primo e privilegiato dell'educazione delle persone e del loro sviluppo e del loro inserimento nella società.(UNESCO 1995)

4.1 La valutazione dello stress familiare.

4.2 I problemi psicologici e di relazione intrafamiliare

4.3 I problemi "educativi" della famiglia.

5. Dalla segnalazione alla certificazione.

5.1 La segnalazione

5.2 La tempistica per la segnalazione

5.3 Come strutturare una relazione

6. Quando riceviamo l'iscrizione di un\una bambino\la già certificato\la

6.1 Il primo compito: burocrazia e organizzazione

6.2 Un compito educativo: la diagnosi funzionale strumento di lavoro

6.3 I compiti della scuola

7. Didattica e Integrazione

7.1 Il Fascicolo Personale

7.2 il Profilo Dinamico Funzionale (PDF)

8. Il Progetto educativo Individualizzato (PEI - PEP)

8.1 Il PEI: obiettivi materiali e attività didattiche individualizzate

8.2 Dal Progetto Educativo Individualizzato al Progetto di Vita

8.3 Chi deve redigere il PDF e il PEI?

9. Rapporti con la scuola primaria: trattenimento e continuità

9.1 Trattenere un bambino alla scuola dell'Infanzia

9.2 La continuità con la scuola primaria

10. La verifica del Progetto Educativo Individualizzato.



IL BAMBINO PIU' SBADATO DEL MONDO

Era davvero una sfortuna.

Succedeva ogni volta che Iacopo voleva correre da qualche parte.

Sulla strada spuntava all'improvviso una pietra dispettosa.

Certe volte, invece, era un gradino e ovviamente Iacopo inciampava.

E di nuovo un ginocchio graffiato, una maglietta sporca, un buco nei pantaloni.

Iacopo piangeva. La mamma lo consolava, ma gli diceva anche : "Non potresti essere meno sbadato?"

Non parliamo della colazione. Iacopo voleva prendere la marmellata, ma la tazza della cioccolata si metteva in mezzo veloce come il lampo.....

E ovviamente la cioccolata si rovesciava sulla tovaglia e la marmellata finiva sul pavimento.

Nessuno può evitare che un barattolo cada se le tazze si mettono in mezzo.

La mamma diceva a voce un po' più alta : "**Non potresti essere meno sbadato?**"

E poi arrivava il momento di vestirsi.

Iacopo non aveva ancora iniziato a infilarsi la giacca che le maniche si erano già nascoste da qualche parte.

I bottoni erano di colpo troppo grandi per le asole e per di più erano nel posto sbagliato.

Nessuno può mettersi una giacca se mancano le maniche e i bottoni fanno i matti.

La mamma diceva contrariata: "**Gli altri bambini della tua età sono già capaci di vestirsi!**"

Con l'inverno le cose peggioravano, per colpa del freddo. Prima le mutande e la maglietta, poi la calzamaglia, i jeans, i copripantaloni antipioggia, il maglione, la giacca a vento.....la sciarpa, le muffole, il berretto, gli stivali di pelo.

Quando finalmente le maniche erano a posto, la cerniera rotta era stata riparata, ogni stivale al piede giusto, la stringa delle scarpe allacciata.....Iacopo ogni volta diceva: "Mi scappa la pupù."

La mamma digrignava i denti e non diceva niente. Ma Iacopo sapeva che cosa stava pensando.

Le cose non andavano meglio con i libri. A Iacopo piacevano i libri con le figure. Li adorava più di tutti gli altri giochi e insisteva per sfogliarli da solo. Con molta attenzione s'intende.

Ma all'improvviso, nel bel mezzo della storia, il libro cercava di sgusciare via.



Iacopo naturalmente tentava di trattenerlo. Ed ecco che si strappava una pagina. La mamma diceva al papà: **“Questo bambino mi esaspera. Come è possibile che sia così sbadato?”**

Iacopo se ne stava nella sua camera e si tastava il bernoccolo sulla fronte.....Anche quel dispettoso dello spigolo del tavolo si era messo sulla sua strada.

A un tratto un gattone grigio saltò sul letto accanto a lui.

Non ci sarebbe stato niente di strano se Iacopo avesse avuto un gattone grigio.

Ma Iacopo non aveva un gattone grigio. Anzi, non aveva gatti. “Hai un problema?” gli chiese il gattone grigio. “Altro che” rispose Iacopo. **“Sono il bambino più imbranato e sbadato del mondo. Non riesco a stare attento. La mamma dice che le faccio perdere la pazienza. E per di più ogni cinque minuti mi faccio male.”**

“Tutti gli umani sono imbranati” disse il gattone grigio. “Semplicemente perché non sono gatti.”

“Ma gli altri bambini sono più bravi di me” replicò Iacopo “Eppure neanche loro sono gatti.”

“Gli altri bambini sono altri bambini” disse il gattone grigio.

“E tu sei tu. Pensa semplicemente : Iacopo lo sa fare:”

“E questo dovrebbe aiutarmi?” chiese Iacopo inciampando in una pantofola che si era messa di traverso per dispetto. Certe pantofole hanno un pizzico di cattiveria. Soprattutto quelle con la stoffa a quadretti.

“Vedi cosa intendo?” disse Iacopo. Ma il gattone grigio era scomparso.

Al parco giochi Sara stava già aspettando Iacopo. Era furiosa.

“Sai che cosa mi ha detto Luca?” Iacopo non lo sapeva e Sara glielo disse: “Le femmine sono stupide!” Questo aveva detto Luca. E ora stava scendendo dallo scivolo.

“Superbabbeo senza sale in zucca!” gli gridò Iacopo.

“Superbabbeo senza sale in zucca!” ripeté Sara ammirata.

“Forte, non mi sarebbe mai venuto in mente.”

“Te la cavi abbastanza bene a inventare parole” disse il gattone grigio, arrampicandosi all'improvviso dietro a Iacopo.

Poco più in là, vicino all'altalena, un bruco stava per essere calpestato.

Ma Iacopo lo vide in tempo. Lo fece arrampicare su una foglia e lo depose su un cespuglio.

“Te la cavi abbastanza bene a salvare i bruchi” disse il gattone grigio, sdraiato su un ramo dell'albero.

Quando Iacopo tornò a casa con la mamma, il gattone grigio era seduto davanti alla porta.

“Forse è un gatto fatato” pensò Iacopo. “Tutti sanno che non hanno mai fame. Ma se non è un gatto fatato è di sicuro affamato.”

Iacopo fece a pezzetti il formaggio del suo panino e lo mise in un piattino davanti alla porta.

“Forse vorrebbe anche una ciotola con l'acqua” pensò Iacopo.



“Te la cavi abbastanza bene a capire i gatti” disse il gattone grigio.

E cominciò a masticare con gusto un pezzetto di formaggio.

Quella sera la tazza non si rovesciò.

E il libro con le figure non si strappò.

E dalla vasca cadde solo pochissima acqua durante il bagno.

Solo il pigiama si fece uno strappo, perché la maniglia lo voleva tenere fermo.

Ma era uno strappo piccolissimo.

“Sono bravo a inventare parole, a salvare i bruchi e a capire i gatti. E’ già qualcosa” si disse Iacopo. **“Anzi, è un bel po’.”**

Anche le pantofole a quadretti l’avevano capito. Rimasero gentilmente al loro posto quando Iacopo si arrampicò sul letto .

“Però funziona!” Iacopo confidò felice al suo orso Babu.

Dal testo “Il bambino più sbadato del mondo” Illustrazioni di Carola Holland. Testo di Edith Schreiber-Wicke Ed Mondadori Milano 2005



1.INTRODUZIONE

Sono consapevole che l'iscrizione di un bambino con problemi di varia natura sia una preoccupazione ed un impegno per chi ha l'incarico di curarne l'inserimento e la conseguente integrazione. Infatti non è un semplice atto amministrativo quello che dobbiamo compiere ma è un'azione che chiama in causa tanti aspetti dell'organizzazione scolastica. Questo vademecum si pone come obiettivo quello di fornire alcuni strumenti che permettono di facilitare questa organizzazione. Se è umano sentirsi disorientati di fronte a ciò che non si conosce, è doveroso non perdersi d'animo di fronte alle difficoltà e affrontare l'elemento di novità con responsabilità e impegno. Occorre pensare, prima di tutto, alle positività presenti in ciascun bambino per facilitarne il percorso formativo (proprio come fa il gattone grigio) nella convinzione che c'è sempre la possibilità di evolvere. La molteplicità dei bisogni educativi e rieducativi dei bambini disabili ci chiede un maggiore raccordo fra i docenti, richiama anche all'incontro e alla collaborazione tra e con più figure di riferimento, interne ed esterne alla scuola (coordinatrice, insegnanti, assistenti ad persona, famiglia, neuropsichiatri, logopedisti, fisioterapisti, ecc.)

Per questo le normative che si sono susseguite negli anni, non sempre di facile interpretazione e applicazione, vanno ricordate per "organizzare l'integrazione del bambino diversamente abile" e per rispondere in maniera adeguata ai propri compiti con procedure e richieste ai servizi fatte in maniera corretta. La pedagogia speciale dell'integrazione ci ricorda inoltre la fondamentale differenza che corre tra inserimento e integrazione. Il termine *inserimento* ci richiama alla presenza fisica nella scuola del bambino, *l'integrazione* sottintende la condivisione di un percorso, di un progetto e di una volontà espressa di cambiamento. Il diritto all'accoglienza e all'integrazione dei bambini con disabilità non viene così identificato in un bisogno di assistenza, ma in un bisogno di educazione dove ogni docente è quel gattone grigio che riesce ad avere uno sguardo pedagogico attento alle reali possibilità di ogni bambino. Solo così il bambino potrà dire: SoStare nella scuola dell'Infanzia.



2.LE TAPPE DELL'INTEGRAZIONE NELLA LEGISLAZIONE

2.1 Il panorama storico

L'excursus storico che segue è particolarmente utile per ricostruire le difficoltà e i risultati del processo di integrazione delle persone con disabilità all'interno della società e dei suoi luoghi fondamentali scuola in primis. Ci si accorge immediatamente che la questione della persona con disabilità sia un dato recente: ancora nel XVII-XVIII sec. la società europea non si pone alcun problema relativamente "a loro". I pazzi "gli idioti" vengono scacciati dalle città e spesso internati nelle carceri. Nel 1793 Philippe Pinel, medico psichiatra francese e capo dei manicomi a Parigi, fa liberare dalle catene i ricoverati all'ospedale Salpetriere. Nei primi anni dell'800 Jean Marc Gaspard Itard dà un nome; Victor, al selvaggio trovato nei Boschi francesi sciogliendolo così dall'anonimato che lo misconosceva come persona umana titolare di diritti, enunciando il principio di educabilità di ogni uomo oltre ogni svantaggio sensoriale, fisico, intellettuale e sociale. Ma il problema della scolarizzazione dei bambini con svantaggio nasce solo a fine dell'800 quando negli stati europei si istituisce l'obbligo scolastico generalizzato (1877 in Italia): e così nascono le *scuole speciali* per coloro che non sono in grado di rispondere all'obbligo scolastico". A cavallo dei due secoli in Italia Sante de Sanctis, Giuseppe F. Montesano e Maria Montessori aprono le prime scuole per bambini con disabilità e corsi di specializzazione per insegnanti che dedicheranno loro la cura necessaria. In Belgio lo stesso farà Decroly.

2.2.La legislazione italiana

1921: il Regio decreto n. 1981 istituisce le prime scuole speciali per alunni predisposti alla tubercolosi.

1923: R.D. N.3126: "l'obbligo scolastico è esteso ai ciechi e ai sordomuti che non presentino altra anomalia che impedisca l'ottemperanza ". I problemi però esistono: la legge, prevedendo l'educazione per alcune classi di handicap, pone il problema di diversi tipi di handicap, di cui alcuni ricuperabili, entro certi limiti, e non socialmente pericolosi, in questo modo richiede che altri soggetti vengano incaricati dell'accoglienza dell'handicappato. Entrano in gioco in particolare i grandi Comuni e le istituzioni caritative, laiche e religiose, di cui lo stato si assumerà l'onere e il controllo. Inoltre, viene previsto che a questi istituti "possono venir annessi speciali giardini dell'Infanzia":

1928: vengono istituite le classi differenziali (R.D. del 24 Aprile 1928, n. 1297)



1948: con la proclamazione della Costituzione della Repubblica i diritti e i doveri di tutti vengono stabiliti e fissati dalla Carta che ispirerà ogni intervento legislativo successivo. In particolare di grande interesse è l'art. 3 : "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. Pari diritti e pari opportunità: questo principio ha una portata ed un'applicazione generalizzata poiché trova espressione, anzitutto, nel dettato dell'art. 3 della Costituzione. Lo Stato e di conseguenza il diritto pubblico, deve tendere, in quest'ottica, all'eliminazione di tutte le disuguaglianze di fatto e alla tutela di coloro che sono affetti da minorazioni psico-fisiche, sensoriali od intellettive.

1971: con la legge n. 118 si dà avvio all'integrazione delle persone disabili nelle classi comuni: "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. Sarà facilitata, inoltre, la frequenza degli invalidi e mutilati civili alle scuole medie superiori e universitarie. Le stesse disposizioni valgono per le istituzioni prescolastiche e per i doposcuola." (art. 28)

1977: con la **legge n. 517** l'integrazione dei disabili nella scuola viene regolamentata. La legge consente l'accesso alle scuole elementari (art. 2) e medie inferiori (art. 7) agli allievi in situazione di handicap. Inoltre prevede gli strumenti necessari per adempiere a tale obbligo.

1987: la Corte Costituzionale con sentenza n. 215\1987 dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 28 terzo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118, nella parte in cui, in riferimento ai soggetti portatori di handicap, prevede che "sarà facilitata" anziché disporre che "è assicurata" la frequenza delle scuole medie superiori. Si afferma che "è ormai superata in sede scientifica la concezione di una radicale irrecuperabilità degli handicappati" e che "è innegabile che le esigenze di apprendimento e di socializzazione che rendono proficua a questo fine la frequenza scolastica".



1989-1996: disposizione per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati e pubblici (l. 13\1989:edifici privati; D.M. 236\1989 edilizia residenziale pubblica sovvenzionata; D.P.R. 03\1996 negli uffici, spazi e servizi pubblici).

1991: con la **legge 381 dell'8 novembre 1991** si sostiene e promuove inserimento lavorativo delle persone disabili attraverso la costituzione di cooperative sociali. Grazie a tale provvedimento ancora oggi molte persone escluse dal mondo del lavoro per motivi oggettivamente legati all'handicap possono trovare un ruolo attivo e produttivo.

1992: legge n. 104 legge-quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. E' una legge che raccoglie e riordina in modo organico tutte le disposizioni precedenti in materia di handicap e di integrazione, proponendo una nuova linea di intervento che però fissa in norme giuridiche un settore culturale, ma addirittura anticipa e crea una cultura dell'integrazione dei disabili. Questa legge sancisce e amplia la sfera dei diritti delle persone disabili e definisce i doveri che le istituzioni hanno nei loro confronti, tracciando linee di intervento e ispirazioni comuni alle quali si devono attenere sia le istituzioni pubbliche che quelle dell'associazionismo privato. La legge si occupa di principi generali, di integrazione scolastica, di inserimento lavorativo e collocazione obbligatoria, di abbattimento delle barriere architettoniche, di trasporti, agevolazioni fiscali, diritto al voto, alloggi. Di particolare interesse per il mondo della scuola sono alcuni articoli riportati di seguito ad un sunto dei principi generali che tracciano lo sfondo culturale dell'azione prevista. Dopo aver definito i soggetti aventi diritto e le modalità di accertamento dell'handicap la legge 104 sancisce (art.5) *Principi generali per i diritti della persona handicappata*: "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 e precoce, garantire l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, assicurare alla famiglia della persona handicappata un'informazione, assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi socio-sanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata, attivandone le potenziali capacità; attuare il decentramento territoriale dei servizi e degli interventi. Garantire alla persona handicappata e alla famiglia adeguato sostegno, iniziative permanenti di informazione, garantire il diritto alla scelta dei servizi, promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale".



Art.12 diritto all'educazione e all'istruzione

1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.
2. E' garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.
3. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.
4. L'esercizio del diritto dell'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap.
5. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito il 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 specializzato della scuola , con la partecipazione dell'insegnante psico-pedagogico individuato secondo criteri stabiliti dal Ministro della Pubblica Istruzione. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche e sociali ed effettive 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 delle persone handicappate.
6. All'elaborazione del profilo dinamico-funzionale iniziale seguono, con il concorso degli operatori delle unità sanitarie locali della scuola e delle famiglie, verifiche per controllare gli effetti dei diversi interventi e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico.
7. Il profilo dinamico funzionale è aggiornato a conclusione della scuola materna, della scuola elementare e della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.
8. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica (.....)

Appunti.....



3. GLOSSARIO

Di seguito vengono riportati alcuni termini significativi per il nostro lavoro:

Menomazione: danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia (congenita o meno) o da un incidente.

Disabilità: incapacità di svolgere attività della vita quotidiana a seguito di una menomazione. La disabilità può essere sensoriale, motoria o psichica.

Handicap: “E’ persona handicappata colui che presenta una menomazione 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” (legge 104\92). Perché si determini la situazione di handicap risulta pertanto necessario che si verificano tre condizioni:

1. la minorazione fisica, psichica o sensoriale;
2. che la minorazione sia causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa;
3. che la minorazione sia tale (per specificità, qualità, entità e gravità) da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Ne consegue che non è possibile definire una persona “handicappata” in assenza anche soltanto di una delle tre condizioni indicate: in particolare ai fini dell’integrazione scolastica non è sufficiente il dato delle difficoltà di apprendimento o di relazione in assenza di un minorazione accertata e di un processo di svantaggio o di emarginazione sociale.

Diversamente abile: definizione che sposta il problema su un altro punto di vista che permette di analizzare non la mancanza di abilità, ma le abilità presenti, anche se con modalità differenti.

Integrazione: termine usato per indicare la nuova modalità di educazione dei soggetti in “situazione di handicap” mediante il loro inserimento nelle classi scolastiche comuni, con la conseguente eliminazione delle classi speciali e differenziali (legge 517\77). L’obiettivo dell’integrazione diventa lo sviluppo delle potenzialità della persona disabile nell’apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. In questa prospettiva viene sottolineata la responsabilità del corpo docente nel processo di integrazione attraverso il concetto di con-titolarità dell’insegnante di sostegno.

Inclusione: con questo termine si intende l’azione finalizzata ad accogliere, integrare la persona diversamente abile all’interno della realtà scolastica, riconoscendone ed accettandone i limiti, ma anche cercando e valorizzando le sue potenzialità. L’inclusione pertanto si realizza mediante costruzione di luoghi di senso nei quali il bambino disabile



può scoprire mezzi ed elementi per costruire la propria identità e raggiungere una propria autonomia. Se si vuole dare al termine inclusione il senso originario di integrazione occorre fare riferimento non solo all'accezione psicologica, ma anche recuperare il valore biunivoco di reciproco influsso fra singola persona con disabilità e società. Infatti l'inclusione sociale non è un atto di generosità ma di rispetto dei diritti umani universali riconosciuti. Quanto sopra citato si traduce in un'azione educativa e didattica finalizzata a porre le basi di un progetto di vita persona diversamente abile.

L'inclusione può essere realizzata mediante azioni finalizzate ad attuare una presa in carico del bambino "diverso" attraverso la partecipazione fra famiglia, scuola e i servizi socio-sanitari, in modo che ciascuno operi, responsabilmente per costruire il progetto di vita del bambino iscritto nella scuola.

Svantaggio: particolari difficoltà incontrate da alcuni alunni nel conseguimento degli obiettivi di maturazione personale e di apprendimento che la scuola propone ai coetanei (traguardi di sviluppo). Le cause risalgono, oltre a situazioni psico-affettive e individuali a condizioni socio-culturali derivanti dall'ambiente di provenienza.

Ritardo dello sviluppo: rallentamento dei parametri normali di crescita dell'organismo umano, dovuto sia a fattori patologici endogeni (predisposizione , malattie...) sia a fattori esogeni (mancanza di stimoli adeguati , difetto di cure...) . Il ritardo nello sviluppo può avere ripercussioni sulle capacità intellettive e sul comportamento.

Sindrome: complesso di sintomi caratteristici che formano il quadro di una malattia.

Appunti.....



4.LA FAMIGLIA “LUOGO NATURALE PRIMO E PRIVILEGIATO DELL’EDUCAZIONE DELLE PERSONE, DEL LORO SVILUPPO E DEL LORO INSERIMENTO NELLA SOCIETÀ (UNESCO 1995).

L’approccio allo studio delle famiglie con handicap si è molto evoluto nel tempo.

I primi studi mettevano in evidenza soltanto l’impatto negativo prodotto sulla famiglia (in particolare sulla madre) dalla nascita di un bambino con handicap e gli effetti che ne derivavano nella sua rete sociale immediata. Uno dei primi studiosi, che si occupò di questo tema, definisce tutto ciò “reazione al lutto” a causa della perdita simbolica del bambino che era atteso. Lo stesso autore, Fraber, ampliò la sua analisi avanzando l’idea che l’evoluzione psicosociale dell’intera famiglia, e non soltanto della madre , fosse in qualche misura “handicappata” dalla presenza del figlio disabile. Tale presenza patologica era vista come un freno che rallentava e distorceva il percorso del normale ciclo familiare. Il focus di indagine si andò poi ulteriormente allargando e l’ottica si fece meno catastrofica e più ottimistica .

L’ottica si posta, infatti, su quelli che sono i processi di adattamento della famiglia. Oggi la famiglia viene vista, anche grazie al contributo teorico e pratico delle teorie sistemiche, come un complesso ecosistema di relazioni, a sua volta in rapporto di interdipendenza con altri sistemi, sociali più ampi. Si tende quindi a dare credito alla risorse della famiglia e puntare al potenziamento di queste forze. Nonostante questa “inversione di tendenza” dell’attenzione verso la realtà positiva della famiglia, è comunque fondamentale che l’insegnante approfondisca l’esplorazione e la conoscenza delle singole fonti di stress che la famiglia con “handicap” vive.

4.1.LA VALUTAZIONE DELLO STRESS FAMILIARE

Quali problemi extra ha una famiglia con un disabile?

In questo paragrafo vengono analiticamente passati in rassegna le categorie più importanti di problemi “extra”, specifici per gravità o contenuto , vissuti dalla famiglia con “handicap”. Con questo elenco non si intende certo catalogare rapidamente classi di problemi e bisogni che nella realtà si presentano sovrapposti e reciprocamente interdipendenti. Questa analisi ci deve invece aiutare, come insegnanti e coordinatrici a meglio calibrare il nostro rapporto con la famiglia del disabile e rispondere alle istanze educative che essa ci pone.

- **Il problema della salute del figlio:** il figlio handicappato richiede spesso uno sforzo speciale, talvolta estremamente gravoso, per il mantenimento delle sue condizioni di salute o per evitarne possibili e probabili aggravamenti. Sono infatti molti, come è



ben noto, i problemi di salute associati alla condizione di handicap (assistenza medica, infermieristica, fisioterapia, odontoiatrica, ortopedia.....)

- **Il problema di allevare e fornire cure pratiche al figlio.** Aumentano soprattutto per la madre il rilevante peso e la complessità dei compiti pratici di allevamento del figlio: alimentazione, controllo sfinterico, abbigliamento accompagnamento. La condizione di scarsa autosufficienza del figlio produce anche problemi di gestione del tempo libero e delle routine familiari.
- **Il problema dell'aggravio economico.** Spesso le madri sono costrette ad abbandonare il proprio lavoro o a ridurlo per accudire il figlio. La famiglia deve spesso sostenere molte spese, anche cospicue, per cure o attrezzature speciali, viaggi e visite specialistiche, interventi a pagamento ecc.
- **Il problema di recuperare energie nel tempo libero.** Avere momenti di svago e di relax diventa spesso difficile per una famiglia con il figlio disabile.
- **Il problema della solitudine e dell'isolamento sociale:** le famiglie si sentono, e spesso lo sono più sole, rispetto alle altre famiglie. Spesso infatti si riducono notevolmente, per la famiglia del disabile, la possibilità di partecipare agli eventi sociali.

4.2 I PROBLEMI PSICOLOGICI E DI RELAZIONE INTRAFAMILIARE:

L'impatto psicologico del figlio disabile sulla famiglia porta spesso a :

1. **il rifiuto della patologia e desiderio di vederlo normale a ogni costo.** Spesso la famiglia è preda di aspettative irrazionali di guarigione nonché di "guaritori", superspecialisti che propongono metodi miracolosi. Ciò li porta a intraprendere lunghe, costose, illusorie e frustranti peregrinazioni. In questo modo i genitori rischiano di accumulare confusione e insuccessi e frustrazioni che li può portare ad un atteggiamento di eccessiva sfiducia anche dei professionisti con i quali dovranno confrontarsi. (è stato tentato di tutto ma non è cambiato niente!).
2. l'angoscia che deriva dalla situazione di handicap può portare anche a **reazioni depressive.**
3. **estendere indebitamente il giudizio di gravità** (a volte un problema fisico viene indebitamente allargato all'aspetto cognitivo).
4. accanto a questa sfiducia può nascere una notevole **carica aggressiva**, oppure un atteggiamento cinico nei confronti degli amministratori o educatori.



5. non è raro riscontrare **difficoltà nella relazione tra i coniugi**.
6. anche gli altri bambini **“i fratelli del disabile ”** possono vivere la situazione di impatto con l'handicap o con la malattia cronica.(pensiamo a questo quando frequentano la stessa scuola)

4.3. I PROBLEMI “EDUCATIVI” DELLA FAMIGLIA

- **Il problema dell'educazione del figlio:** la famiglia si trova quasi sempre in difficoltà nello svolgere la sua funzione educativa. Spesso infatti le normali tappe di sviluppo, che vengono raggiunte dal bambino “normodotato” in modo quasi spontaneo o comunque in larga parte senza intervento educativo particolarmente strutturato (si pensi al camminare), sono per il disabile e per i suoi familiari , ben più difficili da conquistare. Il genitore teme il ritardo evolutivo del figlio, spesso lo nega e fa “finta” di non vederlo. A volte la preoccupazione che qualcosa “non vada bene” espressa incautamente e malamente da qualche professionista, lo spinge a trasformarsi in un “insegnante terapeuta” angosciato per i progressi del figlio. Nella quasi totalità di questi casi nessuno gli dice chiaramente qual' è il percorso che il figlio dovrebbe compiere né tantomeno cosa il genitore potrebbe fare concretamente per favorire lo sviluppo del figlio. Può succedere che i genitori cerchino metodi o programmi ricetta, scientificamente del tutto privi di credibilità, proprio per questo bisogno quasi disperato di “sapere cosa fare”: di avere sicurezza, almeno apparente e di credere di essere così il maggiore aiuto del figlio.
- **Il problema della carenza di informazioni.** Per affrontare meglio una situazione così complessa come quella di un figlio con handicap i familiari hanno un assoluto bisogno di informazioni chiare, notizie utili e dati sicuri, negli ambiti più disparati : da quello pedagogico -educativo a quello legislativo -burocratico, da quello sociale a quello psicologico morale e così via.
- **Il problema del difficile rapporto con i servizi formali.** La famiglia con un figlio handicappato vive, ancora troppo spesso con difficoltà, il rapporto con i servizi formali e con le varie figure di operatori professionali. Di frequente i familiari hanno difficoltà nell'identificare i servizi più idonei e nell'accedervi, ma talvolta anche nell'utilizzarli in modo ottimale e nel creare e mantenere un buon rapporto con le varie persone che vi lavorano. Troppo spesso la storia delle famiglie è punteggiata di frustrazione, umiliazione, offese, dubbi e inconsapevolezze.



- **Il problema dei passaggi critici nel ciclo di vita.** La famiglia dell'handicappato passa attraverso le tappe critiche del ciclo di vita familiare con maggiori difficoltà. La nascita di un figlio, l'ingresso nella scuola materna e alla scuola elementare, la scelta dopo l'obbligo scolastico, l'adolescenza, l'autonomia dell'età adulta: sono temi e momenti fondamentali dell'esistenza di un figlio che ogni genitore deve necessariamente affrontare, con la tipica speranza e gioia, e anche con i relativi dubbi e ansie. In genere il genitore di un disabile passa attraverso queste tappe in modo anomalo: spesso con maggiore ansia e scoraggiamento man mano che la differenza tra suo figlio e la norma si accentua. Più il figlio cresce, più questa differenza risulta eclatante e incolmabile, le energie dei genitori si riducono i problemi si complicano anche oggettivamente (ad esempio inserimento lavorativo), vengono affrontati in modo sempre più incerto e risolti sempre più raramente.

La scuola ha il compito di "informare" e di compiere la propria azione educativa in collaborazione con la famiglia. Gli argomenti basilari che vedono la scuola coinvolta negli incontri con la famiglia riguardano: l'osservazione del bambino, stabilire obiettivi chiari e realistici, fare programmi precisi, usare aiuti, usare la motivazione e la gratificazione, comprendere il perché dei comportamenti problema e sostituirli con comportamenti positivi alternativi. Con la famiglia abbiamo bisogno di incontri **rivolti al fare e non di taglio psicologici**. Il genitore ha bisogno di una scuola che con "chiarezza e professionalità" esplicita i suoi obiettivi educativi e didattici. Nel Progetto Educativo Individualizzato la scuola trova il suo strumento principe per assolvere a tale compito: attraverso il P.E.I. la scuola "si organizza" per offrire un ambiente ricco opportunità che consente al bambino disabile di diventare sempre più autonomo. A tale riguardo, va ricordato, che la definizione di disabilità basata sul modello sociale centrato sui diritti umani delle persone con disabilità è la seguente: *"la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazione e barriere comportamentali e ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri"*.

Nel 2001, l'Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS ha approvato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF) raccomandandone l'uso negli Stati parti. L'ICF recepisce pienamente il modello sociale della disabilità, considerando la persona non soltanto dal punto di vista "sanitario", ma promuove un approccio globale, attento alle potenzialità complessive, alle varie risorse del soggetto, tenendo ben presente il contesto, personale, naturale, sociale e culturale, incide decisamente nella possibilità che tali risorse hanno di esprimersi. Fondamentale, dunque, la capacità di tale classificatore di descrivere tanto le capacità possedute tanto le



performance possibili intervenendo sui fattori contestuali. Nella prospettiva dell'ICF la partecipazione alle attività sociali di una persona è determinata dall'interazione della sua condizione di salute (a livello di strutture e funzioni corporee) con le condizioni ambientali, culturali sociali e personali (definite contestuali) in cui essa vive. Il modello introdotto dall'ICF, prende in considerazione i molteplici aspetti della persona correlando la condizione di salute e il suo contesto, pervenendo così ad una definizione di "disabilità" come ad "una condizione di salute in un ambiente sfavorevole". Nel modello citato assume valore prioritario il contesto, i cui molteplici elementi possono essere qualificati come "barriera", qualora ostacolino l'attività e la partecipazione della persona, o "facilitatori", nel caso in cui, invece, favoriscano tali attività e partecipazione. Da quanto affermato precedentemente ne consegue che il percorso di integrazione scolastica per essere efficace ed efficiente deve poter contare su tre aspetti fondamentali:

1. la gestione integrata dei servizi e la collaborazione con la famiglia nell'ottica di un progetto di vita della persona con disabilità
2. l'assunzione da parte della coordinatrice di una "vigorosa leadership gestionale e relazionale" tra insegnanti, assistenti ad persona, famiglia e servizi.
3. la corresponsabilità educativa e formativa di tutti i docenti in tutte le fasi del processo scolastico: programmazione, intervento e valutazione



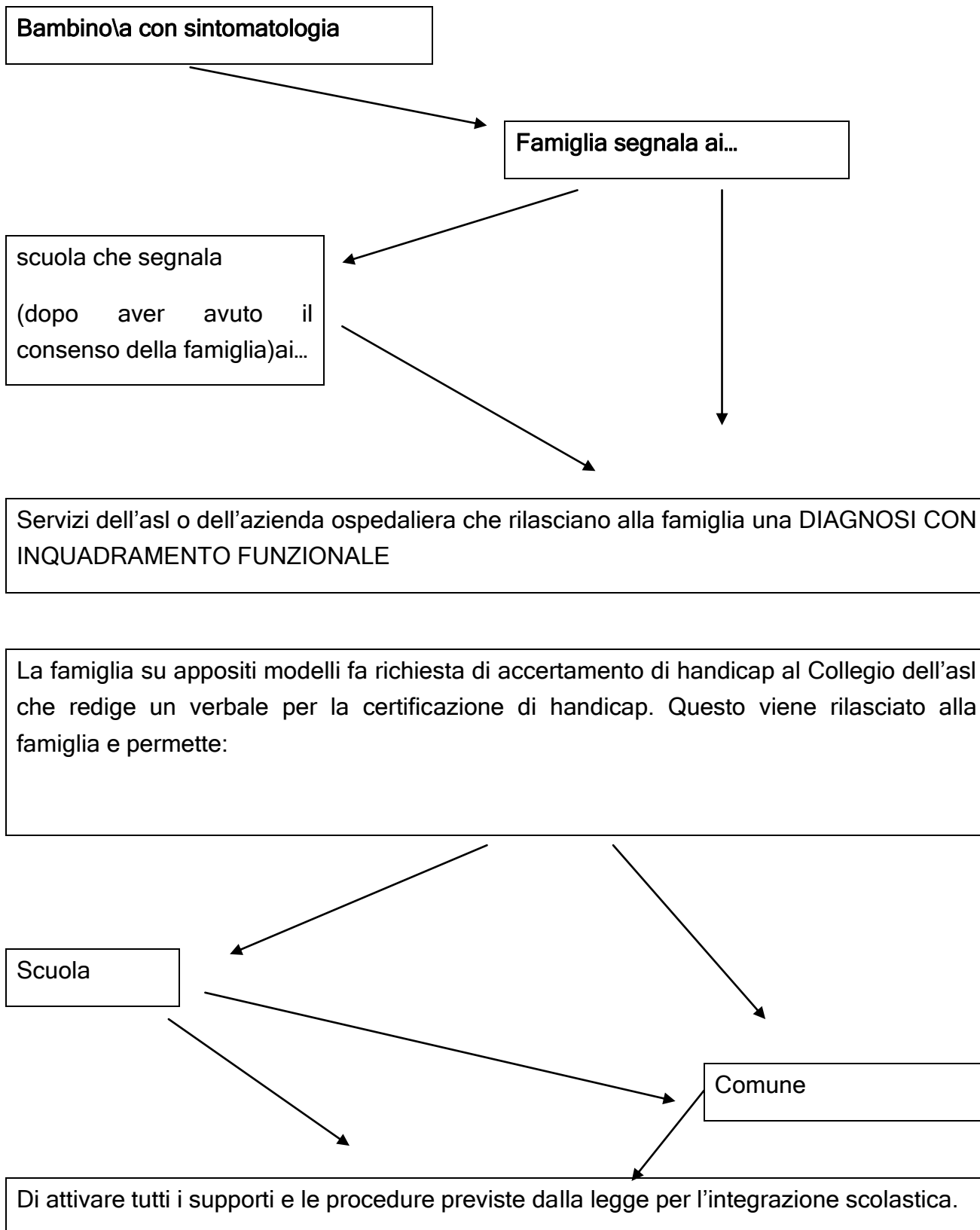
5.DALLA SEGNALAZIONE ALLA CERTIFICAZIONE.

Partiamo con una domanda: **Come un bambino arriva ad avere una certificazione di “persona in stato di handicap”?**

Il percorso è quello che inizia con una segnalazione e arriva ad una certificazione. Con lo schema che segue ricostruiamo questo percorso.....

Appunti





5.1 LA SEGNALAZIONE

In relazione a tale adempimento gli esercenti la potestà genitoriale possono:

- Richiedere una valutazione clinica del proprio\la figlio\la all'asl o all'azienda ospedaliera al fine di valutare la possibilità di presentare domanda di accertamento per l'individualizzazione di alunno in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica.
- Esprimere il consenso vincolante qualora la segnalazione all'asl o all'azienda ospedaliera provenga dalla scuola.

L'asl o l'azienda ospedaliera formula dopo gli appositi accertamenti una diagnosi (preferibilmente secondo il modello ICD 10) e relativo inquadramento funzionale che viene rilasciata alla famiglia.

N.B. Questa relazione clinica deve essere svolta da un medico o da un psicologo di una struttura pubblica; le strutture pubbliche possono avvalersi di documentazione specialistica prodotta dall'utente.

Alla luce della Diagnosi formulata la famiglia presenta su apposito modello Domanda di accertamento al Collegio per l'accertamento situazione di handicap presso l'Asl allegando documentazione (diagnosi) rilasciata dalla struttura pubblica che specifica la certificazione con la definizione della patologia e la relazione clinica.

Il collegio di accertamento valutata la situazione può non confermare oppure dare conferma all'ipotesi di handicap con la redazione di un *Verbale* definendo la tempistica della revisione. Tale verbale permette di attivare tutti i supporti e le procedure previsti dalla legge per l'integrazione degli alunni in situazione di handicap.

I genitori possono recedere dall'assenso all'attivazione degli interventi a sostegno dell'integrazione scolastica sottoscrivendo una *dichiarazione di rinuncia* che sarà presentata alla scuola, la quale provvederà a sua volta ad inviare copia della dichiarazione stessa agli operatori dell'asl o dell'Azienda Ospedaliera.



5.2 Tempistica per la segnalazione

- Tempi di conclusione del procedimento: entro 30gg\60 gg (deroga) dalla presentazione della domanda e comunque in tempo utile alla formazione delle classi
- Termine massimo di produzione del verbale di accertamento: 30 maggio per consentire alla scuola di definire l'organizzazione necessaria.
- Presentazione della domanda: 1 ottobre\30 aprile.

Come ho evidenziato anche la scuola può inviare una segnalazione ai servizi dopo aver avuto il consenso dei genitori. Oppure può fornire ai genitori una relazione che accompagna il loro accedere ai servizi (anche questo deve essere preceduto dal consenso dei genitori). La relazione che la scuola può fornire è talvolta un utile strumento per il neuropsichiatra in quanto gli permette di “vedere” il bambino a scuola. Per questi motivi l'osservazioni prodotte e documentate dalle insegnanti non hanno lo scopo di “ipotizzare degli diagnosi” ma di dare un'immagine chiara e priva di interpretazioni del bambino.

Di seguito ho ritenuto opportuno inserire:

- un modello per chiedere il consenso ai genitori
- un modello di relazione con relativo esempio.

Appunti..



ATTO DI CONSENSO
DEGLI ESERCENTI LA POTESTA'
PER LA VALUTARE LA POSSIBILE RICHIESTA DI ACCERTAMENTO
SECONDO DPCM 185\06

MOTIVI DELLA RICHIESTA: indicazioni dell'insegnate relative ai comportamenti dell'alunno\la che hanno portato alla richiesta

.....
.....
.....

Eventuali osservazioni o motivazioni aggiunte da parte dei genitori.

.....
.....

Il sottoscritto\la.....

In qualità di (relazione di parentela).....

Del minore.....

Nato a.....il.....

Residente ain Via.....

Frequentante la scuola.....

ACCONSENTE

A CHE LA SCUOLA AVVIA LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER IL/LLA PROPRI/OVA FIGLIO/O AI SERVIZI SOCIO SANITARI COMPETENTI.

DATA.....

FIRMA.....



Oppure

ACCONSENTE

A CHE LA SCUOLA FORNISCA AI SERVIZI UNA RELAZIONE CON INDICAZIONI
RIGUARDANTI L'OSSERVAZIONE DELLA BAMBINOVA NEL CONTESTO
SCOLASTICO.

DATA.....

FIRMA.....



5.3. COME STRUTTURARE UNA RELAZIONE.

1. **LA RELAZIONE APRE CON UNA SINTETICA PRESENTAZIONE DEL BAMBINO**
(anni, frequenta da..., in quale sezione è inserito)
2. **OSSERVAZIONI DEI COMPORTAMENTI DEL BAMBINO NELLE DIVERSE AREE DI SVILUPPO.**
 - **AREA DELL'AUTONOMIA** (alimentazione, pulizia personale, controllo sfinteri, abbigliamento) **AUTONOMIA SOCIALE** (richiesta di aiuto, spostamenti in spazi conosciuti, capacità di prendere e disporre e riporre oggetti di uso frequente, richiesta di informazione di ciò che serve, capacità di prendere iniziative in momenti non strutturati, interessi personali e privilegiati) **ATTEGGIAMENTO E COMPORTAMENTO NEI CONFRONTI DELL'ATTIVITA'** (individuali, in coppia, in piccolo gruppo, in sezione, in un gruppo allargato misto).
 - **AREA SENSORIALE** (presenza di compromissioni in ambito sensoriale, funzionalità visiva e uditiva)
 - **AREA MOTORIO\PRASSICA: MOTRICITA' GLOBALE** .(posture possibili con o senza aiuto, equilibrio, possibilità di spostamento, modalità di controllo del movimento, goffaggine, paure motorie, coordinazione, modalità di coordinamento delle posture, lateralizzazione, schema corporeo). **MOTRICITA' FINE** (pressione e manipolazione con e senza ausili, tremori, dismetrie-mancanza di misure nei movimenti volontari) **coordinazione oculo-manuale. PRASSIE SEMPLICI E COMPLESSE** (con o senza oggetti, imitativo, creativo..)
 - **AREA COGNITIVA : USO DELLE COMPETENZE COGNITIVE** (capacità di fare esperienza con il proprio corpo, fare esperienza usando gli oggetti, operare con modalità iconiche, operare con modalità simboliche, fare previsioni, fare scelte, discriminare uguale-diverso e maggiore-minore, classificare, seriare, ordinare, trasferire le competenze da un contesto di esperienza ad un altro).
 - **AREA COMUNICAZIONE: MEZZI PRIVILEGIATI** (comprensione e/o produzione di messaggi gestuali, iconici, simbolici, verbali). **CONTENUTI PREVALENTI** (espressione di richieste, bisogni, informazioni, fantasticherie, emozioni, problemi.....) **MODALITA' DI INTERAZIONE** (relazione con i compagni e con gli adulti, egocentrica, cooperativa.....)
 - **AREA LINGUISTICA: COMPrensione** linguaggio orale (parole, frasi, periodi, racconti di vari contesti....) **PRODUZIONE** (verbale rispetto allo sviluppo fonologico, patrimonio lessicale, struttura sintattica e narrativa.



- **AREA APPRENDIMENTO: GIOCO** (organizzazione del gioco corporeo, manipolativo, imitativo, simbolico) **GRAFISMO** (scarabocchio non significativo, disegno rappresentativo, disegno narrativo, disegno descrittivo) **ATTIVITA' PREFERITE E INTERESSI** (giochi e attività che il bambino predilige).

Appunti.....



6. QUANDO RICEVIAMO L'ISCRIZIONE DI UN \UNA BAMBINOVA GIA' CERTIFICATO

I genitori o gli esercenti la podestà genitoriale presentano l'iscrizione e allegano la "certificazione di handicap".

La scuola quindi deve richiedere la Diagnosi Funzionale alla famiglia:

per diagnosi funzionale (D.F.) si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap.

La D.F. deriva dall'acquisizione di elementi clinici e psicosociali.

La D.F. va formulata evidenziando in modo particolare le potenzialità e le capacità dell'alunno (secondo la logica del "gattone grigio").

La D.F. deve essere predisposta per gli alunni che verranno iscritti alla prima classe della scuola primaria, secondaria di I e II Grado, per le nuove segnalazioni e individuazioni di alunni con disabilità e per le nuove iscrizioni alla scuola dell'Infanzia.

N.B. La D.F. è un documento che vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.)

N.B. La D.F. va conservata all'interno del Fascicolo Personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano del caso.

La diagnosi funzionale viene aggiornata ad ogni passaggio di grado scolastico e, se necessario, in qualunque momento della carriera scolastica dell'alunno. (nella grande maggioranza dei casi la D.F. non viene rivista nel corso dei tre anni della scuola dell'Infanzia) .

La D.F. permette alla scuola di adempiere a due principali compiti:

- Un primo compito "burocratico" e organizzativo
- Un secondo compito più educativo didattico.



6.1.IL PRIMO COMPITO: BUROCRAZIA E ORGANIZZAZIONE

Nella D.F. deve essere indicata, quando ritenuto opportuno, la necessità di sostegno didattico e/o assistente ad persona. Sulla base della D.F. infatti noi possiamo trovare indicato barrato le seguenti combinazioni:

- Solo il sostegno didattico (ci si riferisce ad un insegnante, quindi con titoli per essere tale, ed è a carico della scuola)
- Assistenza per l'autonomia personale (a carico del Comune)
- Sia il sostegno didattico (scuola) sia assistente per l'autonomia personale (Comune).

La coordinatrice in accordo con il Consiglio di Amministrazione della propria scuola:

- Verifica la possibilità di ore per il sostegno;
- Comunica al Comune di residenza dell'alunno con disabilità la necessità che venga garantita, a decorrere dalla data di inizio frequenza scolastica, l'assistente per l'autonomia personale qualora indicato dalla D.F .. La scuola invia quindi, fatte salve le norme sulla privacy, entro il 30 maggio il nominativo dell'alunno con disabilità e relativa D.F. al Comune che deve includere tale fruizione nel programma annuale degli interventi per il Diritto allo Studio.

Appunti.....



6.2 IL COMPITO EDUCATIVO: LA DIAGNOSI FUNZIONALE STRUMENTO DI LAVORO

Nella D.F. noi troviamo indicato che.....

Ai fini dell'integrazione scolastica, risulta

- Non essere persona in stato di handicap
- Essere in stato di handicap (l. 104\92)
- Persona in stato di handicap grave (l. 104\92 art. 3 c.3)

Troviamo poi quella che è la Diagnosi :

es.

Che la patologia: grave ritardo (regressione) psicomotoria in minore con grave epilessia focale farmaco resistente: *ICD 9 (307.9-345.4) ICD 10 (G.40.2-F.79)*

La scuola deve informarsi su cosa comporta avere tale patologia tanto che la diagnosi ci fornisce anche due indicazioni quelle dell' ICD 9 e dell'ICD 10.

Che cos'è ICD 9 e 'ICD 10.?

I.C.D. 9 : International Classification of Diseases - nona revisione Codice internazionale di Disabilità, è un sistema di classificazione diagnostica suggerito dall'OMS.

ICD 10: International Classification of Diseases - decima revisione Codice internazionale di Disabilità, è un sistema di classificazione diagnostica suggerito dall'OMS.

Uno strumento importante è il

D.S.M. IV : Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders- quarta edizione- Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come riferimento degli "standard" dei quadri sindromici complementare all'ICD 10.

N.B. Cosa comporta una determinata sindrome è un'informazione indispensabile per la scuola che deve organizzarsi per rispondere a bisogni educativi "speciali".

La diagnosi funzionale evidenzia poi se la patologia è:



- Fisica
- Sensoriale
- Psicica
- Plurima

E se risulta:

- Stabilizzata
- Progressiva

La diagnosi funzionale poi ci fornisce un quadro dello sviluppo del bambino nelle diverse aree.

Troviamo:

- Area motorio\prassica (motricità globale, motricità fine) modalità-potenzialità e mezzi.
- Area Affettivo-relazionale e comportamentale (modalità e potenzialità di relazione esistente)
- Area comunicativa e linguistica (comprensione e produzione, modalità-potenzialità e mezzi)
- Area delle autonomie personale e sociali (modalità e potenzialità).
- Area cognitiva (modalità e potenzialità)

Segue poi uno schema riassuntivo nel quale la D.F. ci viene presentata in modo codificato . Nello schema per ogni area viene indicato il grado di compromissione

- Nessuna
- Lieve
- Media
- Grave

Appunti.....



6.3. I COMPITI DELLA SCUOLA

La scuola ha il compito di programmare degli incontri con :

- I genitori per verificare le esigenze, gli interessi le abitudini e le persone di riferimento del bambino;
- Specialisti che seguono il bambino per informazioni ulteriori riguardo alla diagnosi e ai bisogni educativi del bambino.
- Eventuale asilo nido frequentato dal bambino in precedenza (prima di contattare questo tipo di servizio è necessario avere il consenso dei genitori).

Il collegio dei docenti sentito la famiglia e gli specialisti individua quelle che sono le strategie per l'accoglienza del bambino identificando :

- Spazi
- Tempi
- Coinvolgimento delle insegnanti e della famiglia

N.B. in questa fase è importante coinvolgere la famiglia e “giustificare” fin dall’inizio le nostre scelte: **quale è la nostra intenzionalità educativa?**

Pensiamo anche quale può essere la sezione che meglio si presta ad accogliere il bambino.

Appunti.....



7. DIDATTICA E INTEGRAZIONE

Progettato l'accoglienza la scuola inizia ad assolvere a quelli che sono i suoi compiti principali (entro il 30 di novembre):

- stesura del fascicolo personale del bambino
- stesura del profilo dinamico funzionale (PDF)
- stesura del progetto educativo individualizzato (PEI)

7.1. IL FASCICOLO PERSONALE DEL BAMBINO

La scuola deve predisporre il fascicolo personale del bambino. Per fascicolo personale si intende quel documento nel quale vengono raccolti:

- Dati anagrafici del bambino
- Composizione del nucleo familiare.
- Cambiamenti rilevanti dell'assetto familiare nel corso degli anni
- Note informative sul percorso scolastico (scuola dell'infanzia: nome, comune, classe frequentata, anno scolastico)

Un'ulteriore parte riassume gli aspetti sanitari e riabilitativi:

- Diagnosi clinica iniziale
- Conseguenze funzionali (riproduzione dello schema che troviamo nella diagnosi funzionale).
- Necessità di sostegno didattico e/o assistente a persona.
- Dati riguardanti gli operatori ASL/NPI di riferimento.
- Necessità: (terapia farmacologica in orario scolastico, attività di riabilitazione, necessità di servizi igienici attrezzati, necessità di flessibilità oraria. Altre necessità specifiche).
- Dati del personale che ha compilato il fascicolo.
- **N.B. il fascicolo deve contenere la diagnosi funzionale (documento che vincola al segreto professionale).**

vedi allegati per modello fascicolo personale



7.2 IL PROFILO DINAMICO FUNZIONALE.(PDF)

Per compilare il Profilo Dinamico Funzionale (P.D.F.) la scuola deve predisporre un'attenta osservazione del bambino. Nel P.D.F. infatti sono indicate le caratteristiche fisiche, psichiche, sociali e affettive dell'alunno. Nel P.D.F. si pone in rilievo le difficoltà di apprendimento conseguenti alla disabilità e le possibilità di recupero (il prevedibile livello di sviluppo) che devono essere sostenute, sollecitate, progressivamente rafforzate e sviluppate.

Il P.D.F. è redatto, dopo un primo periodo di inserimento scolastico dai docenti, dall'insegnante di sostegno, dall'assistente a persona.

Nel P.D.F. sono integrate le notizie che derivano:

1. Dalla diagnosi funzionale (fascicolo personale)
2. Dai genitori
3. Dall'osservazione diretta del bambino (soprattutto)

Le informazioni che derivano da queste tre fonti dovrebbero essere sintetizzate e integrate attorno a questi tre poli:

1. **PUNTI DI FORZA**, cioè livello raggiunto, abilità possedute adeguatamente.
2. **DEFICIT** cioè carenza, mancanza, incapacità o sviluppo inadeguato rispetto ai criteri e alle aspettative
3. **RELAZIONI DI INFLUENZA** tra una caratteristica e l'altra dell'alunno. Ad esempio: un elevato livello di emozioni (paura di sbagliare) rilevato nella Diagnosi Funzionale peggiora significativamente le prestazioni di linguaggio in grande gruppo oppure nella manualità fine. Lo stesso discorso vale per i comportamenti problema.....(pensiamo al legame disattenzione e apprendimento)

n.b. vedi negli allegati un modello di p.d.f.



QUALI SONO GLI STRUMENTI CHE LA SCUOLA PUO' UTILIZZARE PER STRUTTURARE L'OSSERVAZIONE?

La scuola può utilizzare un'osservazione libera e/o strutturata e avvalersi quindi di strumenti più o meno strutturati come:

- Il diario
- Ceck list

Mi permetto di suggerire di seguito dei testi che a mio parere aiutano le insegnanti a strutturare un'osservazione del bambino:

- D. Ianes, *La valutazione iniziale delle abilità nell'handicappato*, Ed Erickson
- Test LAP, *Schede per la diagnosi di sviluppo nell'handicappato*, Ed Erickson (allegati schede, illustrazione e profilo)
- Test BAB, *Test di valutazione per l'handicap grave* (allegati protocollo e profilo), Ed Erickson
- OMS, ICF *Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute*, Ed Erickson

Appunti.....



8. IL PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO (PEI-PEP)

Il P.E.I. (Progetto Educativo Individualizzato) o P.E.P (Progetto Educativo Personalizzato) è il documento nel quale viene descritto il progetto globale predisposto per l'alunno con disabilità, in un determinato periodo, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione.

Il P.E.I. dovrà contenere tutti gli interventi individualizzati e personalizzati previsti a favore del soggetto:

- La valutazione iniziale degli operatori scolastici e dell'ASL o Azienda Ospedaliera.
- La lettura da parte della scuola di quelli che sono i bisogni educativi speciali.
- Gli obiettivi da conseguire a medio e a lungo termine;
- Lavoro sugli obiettivi di sezione per semplificarli e obiettivi individualizzati.
- Gli interventi della scuola con le modalità di utilizzazione delle ore di sostegno; (insegnanti di riferimento\ lavoro in sezione e lavoro individualizzato)
- Gli eventuali supporti sanitari, sociali, riabilitativi dell'ASL o Azienda Ospedaliera;
- Gli eventuali interventi del Comune di residenza dell'alunno interessato finalizzati alla realizzazione di quanto previsto dal PEI.
- Gli interventi di collaborazione con la famiglia
- I tempi e le modalità per le verifiche e gli eventuali aggiornamenti.



8.1 Il PEI: Obiettivi materiali e attività didattiche individualizzate.

Dopo aver definito degli obiettivi, nati da una attenta analisi dei bisogni, la scuola ha bisogno di definire le modalità di lavoro, specificando i modi e i tempi per raggiungere gli obiettivi.

- Quali sono gli obiettivi “realistici” in grado di rispondere ai bisogni del bambino?
- Come possiamo raggiungere questi obiettivi?
- come organizzare la scuola con i suoi tempi e suoi spazi?

N.B. questa parte “progettuale” è molto importante, spesso ci fermiamo a definire degli obiettivi senza tracciare la strada che conduce ad essi.

8.2 Dal Piano Educativo Individualizzato al Progetto di Vita.

“**PROGETTO DI VITA**” è innanzitutto un pensare in prospettiva futura (COSA FARAI DA GRANDE?). Con il PROGETTO DI VITA si cerca di guardare il più possibile in là nel futuro. Immaginare i propri alunni da grandi non è facile. Immaginare grandi i propri figli nemmeno: se sono disabili, questo pensiero si blocca, si accartoccia nella paura. Chi ascolta i vissuti dei genitori trova spesso una più o meno consapevole percezione di “vederli sempre uguali”, di “vivere alla giornata” di concentrarsi sul presente, di ansia per il futuro, per ciò che accadrà per la debolezza del figlio. Con il PEI noi abbiamo bisogno di iniziare un viaggio che parte dalle “possibilità del bambino” dal suo “**prevedibile livello di sviluppo**”; ma per iniziare questo viaggio è necessario che qualcuno ci creda, che qualcuno immagini questa possibilità, che qualcuno cominci a “dare il permesso” di crescere e di cambiare. Per noi insegnanti guardare un po’ più là potrebbe essere molto facile o molto meno difficile: Molto più facile perché siamo emotivamente meno coinvolti, e possiamo **proiettare il futuro. Molto più facile perché dovremmo essere informati sulle reali possibilità del bambino.**

Chi e come essere informati?

- Dalla collaborazione con gli specialisti. Chiediamo “cosa comporta la patologia?” , Quali sono i bisogni del bambino? Quali sono gli obiettivi realistici? (n.b abbiamo bisogno di pochi e chiari obiettivi)
- La nostra osservazione che ci permette di leggere i bisogni e (L’età mentale del bambino)



8.3 CHI DEVE REDIGERE IL PDF E IL PEI ?

Il PDF e i PEI sono redatti dalle insegnanti di sezione, dall'insegnante di sostegno, dall'assistente ad persona e condiviso con gli operatori dell'Asl (neuropsichiatria e psicologo dell'età evolutiva o altri specialisti) e la famiglia.

Come scuola siamo tenuti a programmare quindi degli incontri:

- Con l'ASL e la famiglia (due verifiche annuali) a metà e a fine anno scolastico o in base agli accordi specifici in relazione alle singole situazioni. Gli incontri vengono preventivamente concordati con gli operatori interessati con congruo anticipo. Gli stessi vengono promossi dalla **scuola in quanto titolare del progetto di integrazione.**
- In parallelo la scuola ha il compito di collaborare con la famiglia e condividere il percorso educativo didattico programmato per il bambino all'interno della scuola dell'infanzia. *In questi incontri il PEI viene sottoscritto da:*
 - *Scuola*
 - *Famiglia*
 - *Servizi*
 - *Comune*

Bibliografia consigliata:

Dario Ianes e Sofia Cramerotti (a cura di..) Il Piano Educativo Individualizzato, ed. Erickson

Dario Ianes, Didattica Speciale per l'integrazione, ed Erickson



9.1 TRATTENERE UN BAMBINO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

Nell'ultimo anno di frequenza del bambino il collegio deve valutare entro il **15 gennaio** l'opportunità o meno di trattenere il bambino.

Per questo è necessario:

- Che il collegio verifichi e verbalizzi la propria valutazione a riguardo (è opportuno che il bambino si fermi ancora un anno nella scuola? Quale progetto potrebbe rispondere ai bisogni del bambino per un altro anno scolastico.....)
- Contattare, verificare e verbalizzare la valutazione fatta dalla neuropsichiatria a riguardo.
- Contattare, verificare e verbalizzare la valutazione fatta dalla famiglia a riguardo.

Dall'unione di queste tre valutazioni abbiamo la produzione di un verbale che la scuola invia alla scuola primaria per informarla della decisione presa a riguardo. Ricordiamo che con il trattenimento non rispondiamo all'obbligo scolastico, abbiamo quindi il dovere di documentare e "giustificare" l'opportunità di trattenere il bambino ancora per un anno nella scuola dell'Infanzia.

Appunti.....



9.2 LA CONTINUITA' CON LA SCUOLA PRIMARIA

Nel caso di passaggio alla scuola primaria la scuola dell'Infanzia programma incontri nell'arco dell'anno scolastico per la continuità verticale curando il passaggio di informazioni riguardanti il percorso del bambino all'interno della scuola nei tre anni di frequenza:

- quali sono stati gli obiettivi del nostro lavoro
- quali gli interessi del bambino,
- quali i suoi punti di forza e i suoi deficit,
- quali le strategie e le metodologie utilizzate.

N.B. IL FASCICOLO PERSONALE VIENE TRASMESSO ALLA SCUOLA PRIMARIA (la diagnosi funzionale viene riformulata dall'Asl per il passaggio al nuovo ordine di scuola).

Appunti.....



10.LA VERIFICA DEL PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO.

Al termine dell'anno scolastico la scuola verifica il percorso fatto dal bambino. In questa verifica osserviamo quali sono stati gli obiettivi raggiunti e quali sono state le difficoltà incontrate.

La verifica non deve essere solo una verifica sul bambino ma anche e soprattutto una verifica sul contesto. Per meglio comprendere questa affermazione è necessario introdurre due concetti dall'ICF: il qualificatore capacità e il qualificatore performance.

IL QUALIFICATORE CAPACITA': indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo **l'abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione . Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro ecc.. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di vita.

IL QUALIFICATORE PERFORMANCE indica il grado della restrizione della partecipazione descrivendo **l'attuale** performance in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone contesto reale in cui vivono. Questo contesto include fattori ambientali, tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti, che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore performance misura la difficoltà che una persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Va inoltre sottolineato che:

- **L'ATTIVITA'** è l'esecuzione di un compito da parte di un individuo.
- **LA PARTECIPAZIONE** è il coinvolgimento in una situazione di vita.

- **LIMITAZIONE DELL'ATTIVITA'** sono le difficoltà che un individuo può incontrare nel svolgere delle attività. Le **RESTRIZIONI DELL'ATTIVITA'** sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.



Attraverso “l’uso di questi concetti mi domando non solo cosa ha raggiunto il bambino ma anche:

- Quali sono state le attività proposte?
- Quali sono state le limitazioni alle attività?
- Quali sono stati i facilitatori che hanno permesso al bambino di avere una performance migliore delle capacità?
- Quale è stato il grado di partecipazione del bambino?

Appunti.....

