

INCLUSIONE: DALLA NORMA ALL'APPLICAZIONE IN CLASSE

Docenti del I ciclo di istruzione

Ambito 11 - 6 ottobre 1021

La lettura delle diagnosi

Rosa Maria Arcuri - Manuela Cocchi

Sito del CTS Modena

cts modena



Tutti

Maps

Notizie

Immagini

Shopping

Altro

Impostazioni

Strumenti

Circa 1.510.000 risultati (0,63 secondi)

mo.cts.istruzioneer.it

CTS Modena – Ecco un altro sito CTS siti

L'Ufficio Scolastico Provinciale di **Modena**, in collaborazione con il **CTS di Modena**, organizza un percorso di formazione rivolto ai docenti senza titolo di ...

<http://mo.cts.istruzioneer.it/>



HOME



Team del CTS

- *Simonetta Spaggiari*
- *Rosa Maria Arcuri*
- *Ester Campanozzi*
- *Manuela Cocchi*



Ricevi notizie tramite email

Inserisci il tuo indirizzo email per iscriverti a questo blog, e ricevere via email le notifiche di nuovi post.

Unisciti a 289 altri iscritti



SITO: <http://mo.cts.istruzioneer.it/chi-siamo/>

MAIL: modena@cts.istruzioneer.it
cts-mo@ipsiacorni.istruzioneer.it

In che ordine di scuola insegnare?



Cosa mi aspetto di leggere in una diagnosi/certificazione?



Due sono i modi in cui una diagnosi entra nella scuola

In INGRESSO

- bambini o ragazzi che quando arrivano a scuola hanno già una diagnosi.

Su SEGNALAZIONE

- bambini che arrivano a scuola senza una diagnosi, ma presentano difficoltà

In INGRESSO

- » **Nel primo caso** la diagnosi sancisce una “ufficiale specificità” rispetto agli altri studenti, perché evidenzia particolari esigenze e apre alla possibilità di percorsi ad hoc .
- » Un rischio ricorrente è che la diagnosi venga presa come totalizzante e la scuola non si attivi aprendo ulteriori spazi di conoscenza.
- » È importante quindi che in questo caso la diagnosi venga assunta per aiutare a comprendere e interrogarsi sugli aspetti che vanno monitorati attraverso un attento lavoro di **osservazione e confronto** tra colleghi, tra insegnanti e clinici e tra insegnanti e familiari, per la *definizione e ri-definizione* di un progetto che sia aperto e dinamico.

Su SEGNALAZIONE

- » **Nel secondo caso** la segnalazione da parte della scuola di una difficoltà rilevata, può essere letta come una richiesta di aiuto da parte della scuola stessa che necessita del supporto di altri saperi per meglio comprendere delle particolari situazioni che il sapere pedagogico da solo non è in grado di spiegare.
- » Tuttavia la «diagnosi» è il **punto di arrivo di un percorso**, iniziato con l'**osservazione**, che ha portato gli insegnanti a sperimentare l'inefficienza delle risorse messe in atto.
- » Questo ci ricorda l'importanza del ruolo dell'insegnante sotto due aspetti:
 - il riconoscimento precoce di un disagio manifestato dall'alunno
 - l'impiego di una didattica adattata allo scopo di sviluppare le potenzialità dell'alunno e garantirne l'integrazione nel gruppo classe.
- » Per sostenere la scuola in questo processo la C.M. n.8 del 6 marzo 2013 fornisce indicazioni alle istituzioni scolastiche

La diagnosi va al di là dell'etichetta

Essa deve servire per ottenere il **profilo** del singolo alunno al fine di **orientare** l'attività didattica a scuola, **progettare** eventuali interventi specialistici, necessitando di un **collegamento** tra chi fa la diagnosi, il terapeuta e gli insegnanti, per **costruire** una rete intorno all'alunno.

Approccio omogeneo
per un esito favorevole degli interventi.

Da dove partiamo?

L'**osservazione** si configura come uno dei cardini fondanti la professionalità di chi opera in campo educativo, sia a diretto contatto con l'utenza sia nell'ambito della formazione.

Non è un semplice strumento, "pre-confezionato" e già pronto per l'uso, che possiamo scegliere di utilizzare oppure sostituire con uno più adeguato: consta di un insieme di atteggiamenti, metodologie, strumenti che devono essere fatti propri affinché si acquisisca un "atteggiamento di fondo"; esso diverrà parte integrante del modo di agire in ambito professionale, costituendosi quale elemento basilare della competenza educativa.

Cosa vuol dire osservare?

... è un **procedimento selettivo** e si differenzia dal semplice «guardare» o «vedere» perché lo sguardo dell'osservatore è guidato dalle ipotesi che egli ha formulato e mira a ottenere le informazioni rilevanti nel modo più accurato ed efficace.

Osservazione

L'osservazione comporta:

- » La presenza di un osservatore adeguatamente formato
- » Un contesto scelto con attenzione
- » Un oggetto da osservare ben delimitato
- » Strumenti idonei e coerenti

Pianificare l'osservazione

In fase di pianificazione della raccolta dei dati è necessario stabilire:

- L'oggetto/fenomeno da osservare (**cosa osservare?**)
- Gli attori coinvolti (**chi osserva?**)
- Il periodo e la durata della rilevazione (**in quale periodo e per quanto tempo si osserva?**)
- Le modalità di osservazione (**con quali procedure e strumenti?**)

```
graph TD; A[ ] --> B[Metodologia qualitativa]; A --> C[Metodologia quantitativa];
```

Metodologia qualitativa

- Resoconto narrativo
- Diario di bordo
- Brogliaccio (riflessioni personali)

Metodologia quantitativa

- Checklist
- Griglie osservative

Il protocollo, a firma Regione Emilia-Romagna e Ufficio Scolastico Regionale, approvato dalla Giunta regionale è stato rinnovato per ulteriori tre anni

PROTOCOLLO DI INTESA FRA ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER L'EMILIA-ROMAGNA PER LE ATTIVITÀ DI INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEI CASI SOSPETTI DI DSA (DISTURBO SPECIFICO DELL'APPRENDIMENTO) di cui all'art. 7, c.1, della Legge 8 ottobre 2010, n. 170

<https://www.istruzioneer.gov.it/2019/12/05/sanita-e-scuola-disturbi-specifici-dellapprendimento/>

Identificazione precoce

Nel mese di febbraio 2016 è stato firmato il **Protocollo di Intesa** tra l'Ufficio Scolastico Regionale e la Regione Emilia-Romagna, in applicazione dell'art. 7, comma 1, della Legge 8 ottobre 2010 n.170, relativo alle ***attività di individuazione precoce di possibili difficoltà di apprendimento nel processo di acquisizione della letto-scrittura e delle competenze aritmetiche***, difficoltà che potrebbero risultare predittive di possibili Disturbi Specifici di Apprendimento.

Il 3 dicembre 2019 tale protocollo è stato rinnovato.

QUALI COMPETENZE ?

La scuola dell'infanzia

➤ **COMPETENZE METAFONOLOGICHE**

La capacità di percepire e riconoscere per via uditiva i fonemi che compongono le parole del linguaggio parlato, operando adeguatamente trasformazioni sugli stessi (Bortolini,1995).

QUALI FATTORI DI RISCHIO ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA?

Il protocollo provinciale

Classe prima scuola primaria

Ripetizione in ingresso delle prove della scuola dell'infanzia

Gennaio:

- Dettato di 16 parole con struttura alfabetica

Maggio:

- Dettato di 16 parole con struttura alfabetica;
- Divisione di parole (prove Zero)
- solo per i bambini con prova di lettura gravemente deficitaria:
prova di rapidità MT "Il bruco e i gerani"

Il protocollo provinciale

Classe seconda primaria

Gennaio:

- Dettato di 26 parole con struttura ortografica
- Dettato del brano “Le pere allo sciroppo” (prove Zero)
- Divisione del brano “La balena rosa” (prove Zero)
- Prova di comprensione MT intermedia “La volpe e il boscaiolo”

Maggio:

- Dettato di 26 parole con struttura ortografica
- Dettato del brano “Le pere allo sciroppo” (prove Zero)
- Divisione del brano “La balena rosa” (prove Zero)
- Prova di comprensione MT finale “Il nanetto e la pera”
- Solo per i bambini con prova di lettura gravemente deficitaria: prova di correttezza e rapidità MT “I topi campanari”

Modulo invio al servizio di NPIA classe 3 scuola primaria

Comunicazione alla famiglia dei risultati relativi alle attività di individuazione precoce di difficoltà di apprendimento - Classe Terza a.s. 2021/2022

(Art. 3, comma 2 della Legge 170 dell'8.10.2010: "Per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentano persistenti difficoltà, la scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia")

Ai Genitori dell'alunn : _____



| <u>Terza Primaria</u> | Deficit | <u>Difficoltà</u> | <u>Sufficiente</u> | <u>Criterio</u> |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| | RII (-2 ds) | RA (-1 ds) | PS (+1 ds) | CCR (+2 ds) |
| <u>Operazioni scritte</u> | | | | |
| <u>Giudizio di numerosità</u> | | | | |
| <u>Transcodifica numerica</u> | | | | |
| <u>Ordinamento</u> | | | | |
| <u>Prova individuale</u> | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| <u>Lettura di brano rapidità</u> | | | | |
| <u>Lettura di brano correttezza</u> | | | | |
| <u>Dettato di brano</u> | | | | |
| <u>Osservazioni dei docenti:</u> | | | | |

Con riguardo agli esiti di cui sopra, il profilo emerso evidenzia persistenti difficoltà di apprendimento della letto-scrittura/calcolo, nonostante la partecipazione da parte dell'alunno al percorso di potenziamento e recupero promosso da questa Istituzione scolastica.

Si consiglia pertanto un approfondimento specialistico (servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza o professionisti privati), presentando questa comunicazione. Per l'accesso in NPIA occorre l'impegnativa del PLS/MMG (codici PS00010-SOLE 0968.001 e PS00060 SOLE 2017.001), con richiesta di appuntamento tramite CUP.

Data

Il team di classe

Il dirigente

Preso atto che verrà adottata dall'istituzione scolastica ogni cautela a salvaguardia della riservatezza delle informazioni raccolte, esprimono il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, nel rispetto e nei limiti previsti dal D.Lgs. 196/03.

Per presa visione e ricevuta

Data:

firma del genitore (o esercente la responsabilità genitoriale)

Modulo invio al servizio di NPIA classe terza primaria "Matematica"

Comunicazione alla famiglia dei risultati relativi alle attività di individuazione precoce di difficoltà di apprendimento - Classe Terza a.s. 2021/2022

(Art. 3, comma 2 della Legge 170 dell'8.10.2010: "Per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentano persistenti difficoltà, la scuola trasmette apposita comunicazione alla famiglia")

Ai Genitori dell'alunno/a | _____

| <u>Terza Primaria</u> | Deficit | <u>Difficoltà</u> | <u>Sufficiente</u> | <u>Criterio</u> |
|-------------------------------|-------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| | RII (-2 ds) | RA (-1 ds) | PS (+1 ds) | CCR (+2 ds) |
| <u>Operazioni scritte</u> | | | | |
| <u>Giudizio di numerosità</u> | | | | |
| <u>Transcodifica numerica</u> | | | | |
| <u>Ordinamento</u> | | | | |
| <u>Prova individuale</u> | | | | |

Osservazioni dei docenti:

Con riguardo agli esiti di cui sopra, il profilo emerso evidenzia persistenti difficoltà di apprendimento del calcolo, nonostante la partecipazione da parte dell'alunno al percorso di potenziamento e recupero promosso da questa Istituzione scolastica.

Si consiglia pertanto un approfondimento specialistico (servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza o professionisti privati), presentando questa comunicazione. Per l'accesso in NPIA occorre l'impegnativa del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale (codici PS00010-SOLE 0968.001 e PS00060 SOLE 2017.001), con richiesta di appuntamento tramite CUP.

Data

Il team di classe

Il dirigente

Preso atto che verrà adottata dall'istituzione scolastica ogni cautela a salvaguardia della riservatezza delle informazioni raccolte, esprimono il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, nel rispetto e nei limiti previsti dal D.Lgs. 196/03.

Per presa visione e ricevuta:

Modena, _____

Firma dei genitori*

(*o esercente la responsabilità genitoriale)

Protocollo provinciale scuola secondaria di I grado

Oltre a ciò, va ricordato che, qualunque sia lo strumento di screening utilizzato nelle fasi precoci di apprendimento, una quota di soggetti «falsi negativi» è da ritenersi fisiologica: cioè alunni che pur superando le prove di individuazione precoce si riveleranno essere in futuro portatori di una condizione di DSA. Occorre infine considerare le seguenti variabili contestuali intrinsecamente legate ai rapporti tra scuola, famiglia e servizi sanitari:

- » famiglie che non accedono ai servizi clinici anche se sono inviate dalla scuola oppure che non comunicano alla scuola l'eventuale riconoscimento del DSA;
- » operatori scolastici che minimizzano gli esiti del percorso di screening e non inviano le famiglie verso gli approfondimenti necessari;
- » operatori clinici a cui sfugge l'individuazione del profilo DSA nonostante le valutazioni effettuate.

Tutte quante queste considerazioni hanno portato a valutare la possibile utilità di effettuare uno screening delle abilità scolastiche nella scuola secondaria di primo grado. In primo luogo, per consentire alla scuola di avere dati oggettivi in base ai quali consigliare alla famiglia l'accesso a una valutazione clinica specialistica.

Chi può fare la diagnosi di DSA

Sulla base dell'art. 3 legge 170/2010, la Regione Emilia-Romagna con il supporto del Gruppo Tecnico DSA e con la supervisione del Coordinamento dei Primari di NPIA, precisa che le diagnosi di DSA possono essere effettuate da:

- » Servizi di NPIA delle ASL della Regione Emilia-Romagna
- » Professionisti privati (neuropsichiatri infantili e/o psicologi)

A titolo esemplificativo sono da considerarsi private le diagnosi redatte da neuropsichiatri infantili e/o psicologi:

- » Liberi professionisti
- » Dipendenti ASL in regime di libera professione intramoenia e/o extramoenia

Diagnosi e certificazioni

- » La **diagnosi** è un giudizio clinico attestante la presenza di un disturbo, di una sindrome, e/o di una difficoltà (medico e/o da uno psicologo).
- » La **certificazione** è un documento, con valore legale, che attesta il diritto dell'interessato ad avvalersi delle misure previste da precise disposizioni di legge (Legge 104/92, Legge 170/2010) le cui procedure di rilascio e i conseguenti diritti che ne derivano sono disciplinati dalle suddette leggi e dalla normativa di riferimento.

Non tutte le diagnosi prevedono una certificazione

Struttura della relazione clinica

- » Dati anamnestici di rilievo:
- » Situazione attuale:
- » Elenco dei test eseguiti:
- » Valutazione neuropsicologica:
- » Osservazione clinica:
- » Conclusioni:
- » Si consiglia:
- » Data
- » Firma

Relazione clinica

Conclusioni:

Dalla valutazione effettuata non si rilevano deficit cognitivi o labilità attentive. Osservo una disregolazione comportamentale con tendenza alla relazione uno a uno e alla stimolazione continua. Queste caratteristiche potrebbero ostacolare nell'inserimento alla scuola primaria e nell'apprendimento scolastico con tempi regolari.

Si consiglia:

- Di svolgere un'osservazione degli aspetti emotivi
- Di contattare la dott.ssa per un follow up sugli apprendimenti a settembre 2021 dopo l'avvio dell'anno scolastico
- Di ripetere la valutazione in primavera 2022

Relazione clinica con diagnosi di DSA : Segnalazione scolastica

Conclusioni:

Dalla valutazione neuropsicologica si diagnostica un F81.3 (dislessia, disortografia, discalculia) e F81.8 (disgrafia).

Il disturbo specifico dell'apprendimento non è giustificato da disabilità intellettiva, acuità visiva o uditiva alterata, altri disturbi mentali o neurologici, avversità psicosociali, mancata conoscenza della lingua o istruzione scolastica inadeguata

Si rilascia su richiesta dei genitori

- » Di seguito, nella relazione, sono indicati gli strumenti compensativi e dispensativi

**Accertamenti clinico – diagnostici, medici e/o psicologici
e formulazione della diagnosi,
senza quantificazione di assegnazione di risorse,
dei bambini/bambine, alunni/alunne segnalati/e ai servizi**



Il percorso di accertamento della disabilità

- **ACCOGLIENZA VALUTAZIONE
DIAGNOSI CLINICA DEL PAZIENTE**
- **CERTIFICABILITA'**
- **AVVIO DELLA PROCEDURA DI
ACCERTAMENTO DI INVALIDITA'
CIVILE**
- **VALUTAZIONE COMMISSIONE
MEDICO LEGALE PER
ACCERTAMENTO INVALIDITA'**
- **PRODUZIONE DOCUMENTAZIONE
DESTINATA ALLA SCUOLA**





La **certificazione per l'integrazione scolastica** è subordinata all'accertamento della situazione di Handicap (L.104/92)

L'accertamento della disabilità **in un'unica seduta** davanti alla Commissione Aziendale dà luogo a diversi processi certificativi, relativi alla situazione di invalidità, o di handicap. Queste certificazioni sono necessarie per attivare le procedure previste per la concessione dei benefici previsti.

Il **rilascio della certificazione per l'integrazione scolastica** è **contestuale** all'accertamento della situazione di handicap da parte della Commissione.



Verbali INPS



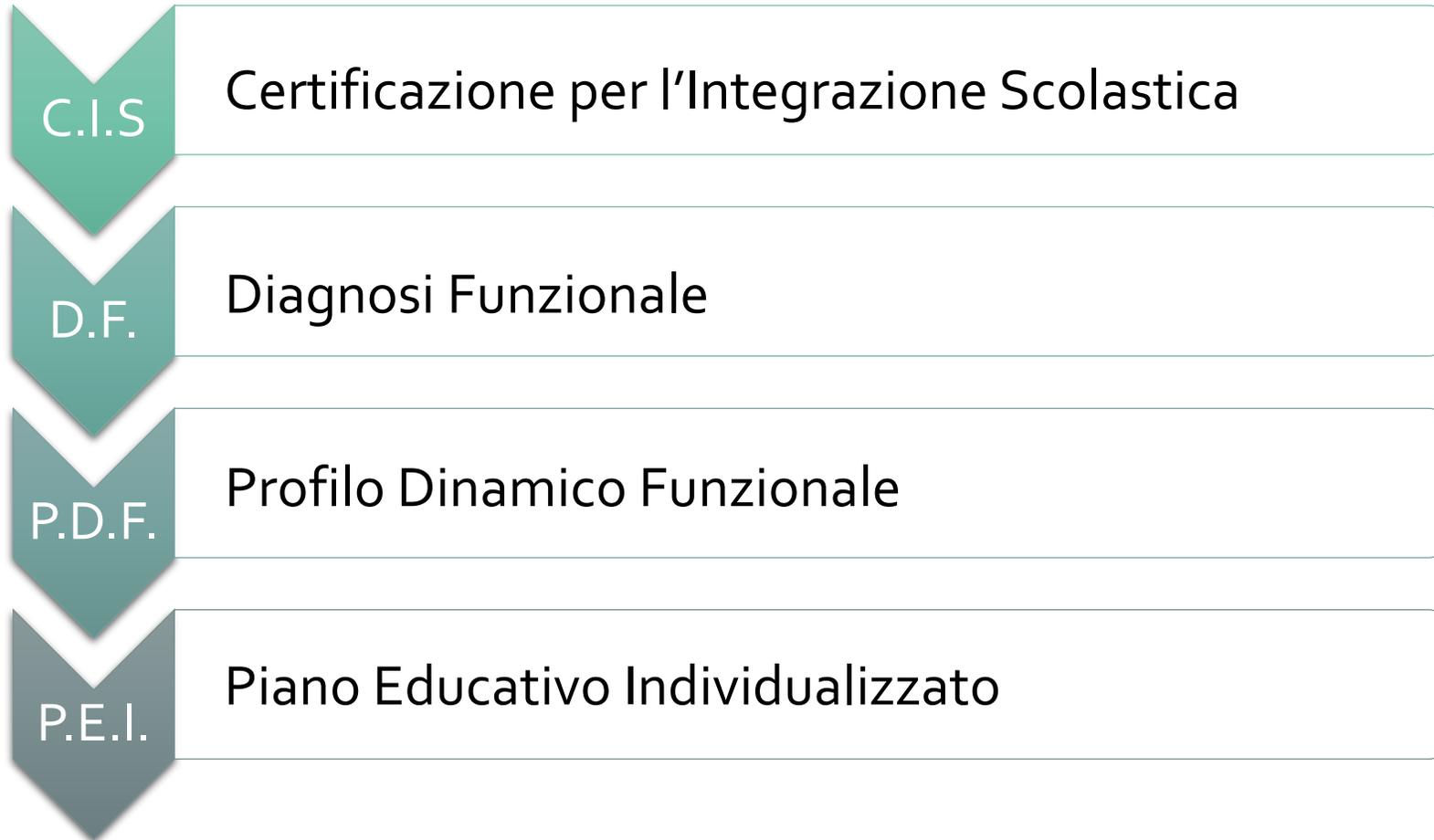
DGR 1851/2012 ³

DIVERSAMENTE

- * **CIS valido per tutto il corso di studi** , secondo indicazione di rivedibilità
- * **gravità funzionale** nella **Diagnosi Funzionale**, **rinnovata** ad ogni passaggio di ordine scolastico
- * **"non rivedibili"** condizioni patologiche che determinano una grave compromissione della autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria "
- * ai **18 anni cambia il tipo di valutazione**
Garantita la presenza NPJA ai 18 anni sia per coloro che continuano la frequenza scolastica sia per la documentazione clinica necessaria



La documentazione dell'inclusione ad oggi





La documentazione scolastica

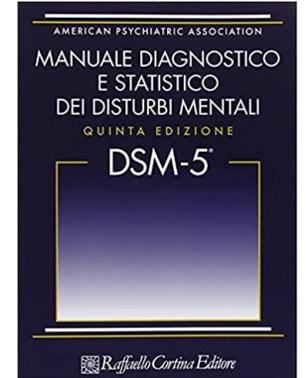
Certificazione per
l'integrazione scolastica



Diagnosi funzionale

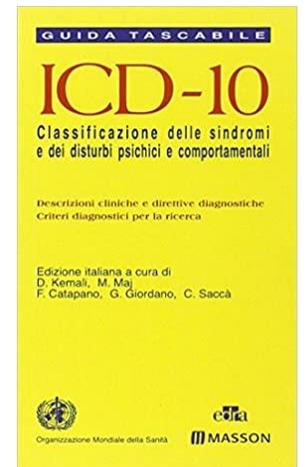
I due principali sistemi di classificazione utilizzati in psichiatria sono:

DSM Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), sviluppato dall'American Psychiatric Association (APA), **è stato revisionato nel 2013 e tradotto in italiano nel 2014.** il DSM è più orientato alla ricerca scientifica.



ICD l'International Classification of Diseases. (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione ICD-10).

L'undicesima revisione **dell'ICD**, a cura della World Health Organization (WHO), **terminata nel 2018, è stata approvata dall'Assemblea Generale della WHO nel 2019 ed è attualmente in fase di traduzione nelle diverse lingue.** Il sistema diagnostico dell'ICD sottolinea l'importanza di migliorare la clinical utility delle diagnosi nella pratica clinica ordinaria.



VERBALI INPS

VERBALE DI ACCERTAMENTO
DELL'INVALIDITA' CIVILE, DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'
(ai sensi dell'art. 20 della Legge 3 agosto 2009 n. 102)

COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

**VERBALE DI ACCERTAMENTO
DELL'INVALIDITA' CIVILE, DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'
(ai sensi dell'art. 20 della Legge 3 agosto 2009 n. 102)**

Data accertamento:

Data definizione:

Tipo accertamento su atti

Data domanda:

N. Domanda:

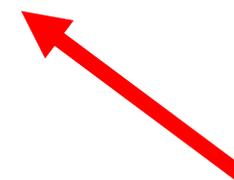
Tipo domanda: Invalidita' Civile

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Stato civile:

Residenza:



COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

Data visita Data definizione: Tipo accertamento: Ambulatoriale /primo accertamento

Data domanda: N. Domanda Tipo domanda: L.104/92

Data di nascita: Luogo di nascita: Stato civile:

Residenza:

Documento di riconoscimento: Identificazione effettuata dalla Commissione con valido documento d'identità

Attività lavorativa: Altro

Dati anamnestici: TRISOMIA 21 PRIMARIA ED OMOGENEA, SOSPETTO RITORNO VENOSO ANOMALO PARZIALE E RESTRINGIMENTO TRATTO ISTIMICO DELL'AORTA, PERSISTENZA DEL DOTTO ARTERIOSO. 23/8/12 V. NEURO: BCG E DI ACCRESCIMENTO, IPOTONIA GENERALE CON LASSITA' LEGAMENTOSA.

Esame obiettivo:

Accertamenti disposti:

Documentazione acquisita:

Parere dell'esperto:

Diagnosi:
TRISOMIA 21

Codice ICD9

Ai sensi dell'art. 4 della legge 05 febbraio 1992 n.104, la Commissione Medica riconosce l'interessato:
PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (COMMA 3 ART.3)

Diagnosi:

RITARDO MENTALE LIEVE CON NESSUNA O MINIMA COMPROMISSIONE COMPORTAMENTALE

Diagnosi Funzionale:

Diagnosi ICD9:

CODICE - 317

Giudizio Conclusivo:

Grado invalidità

Portatore di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1, L.5.2.1992, n.104



La certificazione per l'integrazione scolastica

Contiene:

- LA DIAGNOSI CLINICA SINTETICA
- IL CODICE ICD-10
- IL PUNTEGGIO DELLA SCALA C-GAS

Non contiene:

- INDICAZIONE SULLA TIPOLOGIA DI RISORSE RICHIESTE
- RICHIESTA ORARIA

CERTIFICAZIONE per l'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

IL **CIS** è firmato da una **Commissione** (sulla base della Certificazione INPS) da una commissione così composta:

- Presidente della Commissione
- Neuropsichiatra infantile
- Operatore sociale

Nel CIS compare anche il range di inquadramento dell'alunno nella **Scala C-GAS**

DOCUMENTO IN STATO BOZZA

CERTIFICAZIONE per INTEGRAZIONE SCOLASTICA
Ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome e nome: _____
Sesso: _____ Anno: _____
e _____
Residente via: _____
Comune: _____ Provincia: _____
Codice Fiscale: _____
Anno Scolastico: _____

DIAGNOSI CLINICA

CODIFICAZIONE - DIAGNOSI (ICD - 10)

(ASSE)

DESCRIZIONE FUNZIONALE SECONDO LA SCALA C-GAS

CERTIFICAZIONE per INTEGRAZIONE SCOLASTICA
Ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome e nome: _____
Sesso: _____
il: _____
Residente via: _____
Comune: _____
Codice Fiscale: _____
Anno Scolastico: _____

DIAGNOSI CLINICA

Funzionamento di difficoltà cognitiva e tratti di tipo autistico

CODIFICAZIONE - DIAGNOSI (ICD - 10)

(ASSE)(1) F84.0-AUTISMO INFANTILE
(3) F70.0 -RITARDO MENTALE LIEVE CON NESSUNA O MINIMA
COMPROMISSIONE COMPORT.

DESCRIZIONE FUNZIONALE SECONDO LA SCALA C-GAS

Problemi evidenti nell'area del funzionamento sociale e negli apprendimenti

41

DOCUMENTO IN STATO BOZZA

Referente del caso (nominativo)
(recapito)

Data prevista per rivedibilità

(Firma)

Il Presidente della Commissione

Neuropsichiatra Infantile

Operatore Sociale

Modena,

NB: Il presente Certificato di Disabilità per Integrazione Scolastica:

- è valido fino alla suddetta data prevista per la rivedibilità, salvo diversa comunicazione da parte della Commissione di accertamento (v. evoluzione, positiva o negativa, della situazione clinica e funzionale dell'alunno)
- va conservato da parte della Famiglia che ne consegna copia autenticata alla Scuola ad ogni eventuale passaggio di ordine e grado.

Referente del caso
(recapito)

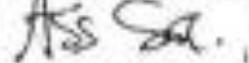
Data prevista per rivedibilità **ai 18 anni**

(Firma)

Il Presidente della Commissione

Neuropsichiatra Infantile

Operatore Sociale



Modena,

NB: Il presente Certificato di Disabilità per Integrazione Scolastica:

- è valido fino alla suddetta data prevista per la rivedibilità, salvo diversa comunicazione da parte della Commissione di accertamento (v. evoluzione, positiva o negativa, della situazione clinica e funzionale dell'alunno)
- va conservato da parte della Famiglia che ne consegna copia autenticata alla Scuola ad ogni eventuale passaggio di ordine e grado.

La scala C-GAS (allegata agli accordi di programma)

- » Si tratta di una scala per clinici che fornisce un punteggio unico relativa al funzionamento per soggetti di età inferiore ai 18 anni con una disabilità dello sviluppo, comparato a soggetti con sviluppo tipico della stessa età.
- » Il punteggio si riferisce al funzionamento tipico del bambino durante un determinato periodo di tempo, di solito la settimana prima della valutazione. Il punteggio si basa su tutte le fonti di informazione disponibili e su tutti i domini di funzionamento: cura di sé, comunicazione, comportamento sociale, scuola/funzionamento accademico, è indipendente dalla diagnosi, dalla causa di disfunzione (ad esempio, cognitiva o fisica, ambientale, disturbi comportamentali) o dal tipo e gravità dei sintomi.
- » Ogni decile (ad esempio, 1-10, 11-20) ha una intestazione descrittiva (ad esempio "Moderata compromissione del funzionamento in almeno un'area") ed esempi di comportamento e tipi di adattamenti dell'ambiente che potrebbe essere visti a questo livello di funzionamento

La scala C-GAS

Children Global Assessment Scale - C-GAS

(Schaffer et al., 1983 Archives of General Psychiatry, 40: 1228-123)

Valutare il livello più compromesso del funzionamento globale della persona **NELL'ULTIMO MESE**, selezionando il livello più basso che ne descriva il funzionamento lungo un ipotetico continuum di salute/malattia. Usare i punteggi intermedi (es.: 35; 58; 62). Valutare il funzionamento attuale, senza considerare trattamento o prognosi. Gli esempi di comportamento forniti sono esclusivamente illustrativi e non richiedono una specifica attribuzione di punteggio.

| | |
|-----------------|---|
| 100 - 91 | Funzionamento ottimo in tutte le aree (a casa, a scuola, con i pari). è coinvolto in una serie di attività e ha molti interessi (hobbies, partecipa ad attività extracurricolari , fa parte di gruppi organizzati, tipo scouts ...); socievole, sicuro, capace di gestire le preoccupazioni quotidiane; va bene a scuola; nessun sintomo. |
| 90 - 81 | Funzionamento buono in tutte le aree. Sicuro in famiglia, a scuola, con i pari: Vi possono essere difficoltà a passare e le preoccupazioni quotidiane possono occasionalmente sfuggirgli di mano; moderato grado d'ansia per un esame importante; si arrabbia occasionalmente con i fratelli, genitori, pari. |
| 80 - 71 | Funzionamento discreto a casa, a scuola, con i pari Alcuni problemi di comportamento o di natura emotiva in risposta ad eventi stressanti di vita (separazione dei genitori, morti, nascita di un fratello ...) ma durano poco ed interferiscono sul funzionamento in modo transitorio. Questi bambini creano un disagio minimo agli altri e non sono considerati problematici da chi li conosce bene. |
| 70 - 61 | Alcuni problemi in un'area specifica ma il funzionamento generale è abbastanza adeguato: sporadici o isolati comportamenti antisociali (marinare la scuola, commettere piccoli furti ...); scostanti ma lievi difficoltà nel lavoro scolastico; cambiamenti d'umore di breve durata; paura ed ansia senza evitamenti sistematici; dubbi riguardo l'autostima; ha alcuni rapporti interpersonali significativi. La maggior parte delle persone che non conosce bene il bambino non lo considererebbe problematico ma chi lo conosce potrebbe esprimere qualche preoccupazione. |
| 60 - 51 | Qualche problema evidente. Variabilità del funzionamento, con difficoltà sporadiche o sintomi in diversi ma non tutti gli ambiti sociali. Il disturbo potrebbe essere colto da chi vede il bambino in un particolare momento o in un contesto disfunzionale ma non da chi vede il bambino in altri contesti. |

La scala C-GAS

| | |
|----------------|---|
| 50 - 41 | Problemi evidenti. Grado moderato d'interferenza nel funzionamento relativo alla maggior parte delle aree sociali o compromissione significativa del funzionamento in un'area: preoccupazioni e ruminazioni suicidari; rifiuto scolastico; forme di ansia (rituali ossessivi, sintomi di conversione, frequenti attacchi di panico); scarse o inadeguate abilità sociali; frequenti episodi di aggressività o altri comportamenti antisociali. Mantiene qualche relazione sociale significativa. |
| 40 - 31 | Problemi seri. Grave compromissione del funzionamento in diverse aree (a casa, a scuola, con i coetanei, nella società più allargata). persistente aggressività senza chiara istigazione; ritiro marcato ed evitamenti dovuti ad un disturbo dell'umore o del pensiero; tentativi suicidari con un chiaro intento di morte. Questi bambini, con ogni probabilità, richiedono una scolarizzazione speciale, ospedalizzazioni, ritiro dalla scuola (ciò non comporta un criterio sufficiente di inclusione in questa fascia di punteggio). |
| 30 - 21 | Problemi gravi. Incapacità di funzionare in quasi tutte le situazioni: sta in casa, in reparto, a letto tutto il giorno, senza prendere parte ad attività sociali OPPURE compromissione della comunicazione, qualche volta incoerente o inappropriata. |
| 20 - 11 | Compromissione molto grave. Necessita di supervisione considerevole: per prevenire danni a sé o ad altri (spesso violento, diversi tentativi di suicidio ...) OPPURE per mantenere l'igiene personale OPPURE compromissione evidente in tutte le forme di comunicazione (gravi anomalie nella comunicazione verbale e gestuale, marcato isolamento sociale, stupor ...). |
| 10 - 1 | Estremamente compromesso. Necessita di costante supervisione (24 ore di assistenza), a causa di un comportamento gravemente distruttivo verso sé o gli altri o per evidenti difficoltà nell'esame di realtà, comunicazione, cognizione, umore, igiene personale. |

DIAGNOSI FUNZIONALE

- » La Diagnosi Funzionale è un atto sanitario **medico legale** che descrive la compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap" (D.P.R. 24/02/1994).
- » L'**obiettivo** della diagnosi funzionale è quello di fornire un quadro clinico in grado di orientare interventi di tipo riabilitativo, terapeutico ed educativo-didattico, che sia condiviso dalle diverse figure professionali coinvolte.
- » La Diagnosi Funzionale viene introdotta in Italia dalla Legge Quadro n° 104 del 5 febbraio 1992 – Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate – che stabilisce le modalità di individuazione dell'alunno come persona handicappata: «Per diagnosi funzionale si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico dell'alunno in situazione di handicap» (D.P.R. 24/2794)

DIAGNOSI FUNZIONALE : cosa contiene?

- **Dati anamnestici**, dati clinico-medici e sociali
- **Diagnosi Clinica**: giudizio clinico che riconosce una situazione morbosa
- **Eziologia**: aspetti legati alla causa/e che ha determinato la situazione diagnosticata (es. eziopatogenesi riferibile a situazione prenatale, ecc.)
- **Conseguenze funzionali**: impatto sulla funzionalità dell'organismo (es: impatto sul movimento, il coordinamento, l'apprendimento, la relazione, ecc.)
- **Sette aree** relative a:
sfera cognitiva, affettivo-relazionale, linguistica, sensoriale, motorio-prassica, neuropsicologica, autonomia personale e sociale.
I dati presenti in questa sezione devono fornire informazioni sul livello reale di competenza dell'alunno nei vari settori del suo sviluppo

DIAGNOSI FUNZIONALE

Ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome e nome: _____ Sesso: _____
 Nato il: _____ il: _____
 Residente: _____
 Comune: _____ Provincia: _____
 Codice Fiscale: _____
 Istituzione scolastica: _____
 Classe di frequenza: _____ A.S.: _____

DIAGNOSI CLINICA**CODIFICAZIONE DIAGNOSI (ICD10)****DESCRIZIONE FUNZIONALE SECONDO LA SCALA C-GAS**

Indicare criticità e test clinici di riferimento
 Compilare tutti i campi, riportando "n.d." ove non vi sia nulla da segnalare

AREA MOTORIA

AREA SENSORIALE

AREA COGNITIVA

AREA APPRENDIMENTO
 LETTURA/ORTOGRAFIA/LOGO (secondo testistica neurofunzionale di riferimento)

AREA LINGUISTICO-COMUNICATIVA

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

AREA AUTONOMA PERSONALE

AREA AUTONOMA SOCIALE

DIAGNOSI FUNZIONALE

Ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome e nome: _____ Sesso: _____
 Nato a: _____ il: _____
 Residente: _____
 Comune: _____ Provincia: _____
 Codice Fiscale: _____
 Istituzione scolastica: _____
 Classe di frequenza: _____ A.S.: _____

DIAGNOSI CLINICA

Disabilità intellettiva di grado lieve-medio in ragazzo con Sindrome di Dravet (encefalopatia epilettica farmacoresistente, su base genetica).

CODIFICAZIONE-DIAGNOSI (ICD10)

(ASSE)

(3) 70.1 -RITARDO MENTALE LIEVE CON SIGNIFICATIVA COMPROMISSIONE COMPORT. (4) G40.5-SINDROMI EPILETTICHE SPECIALI

DESCRIZIONE FUNZIONALE SECONDO LA SCALA C-GAS

Necessità supervisione per evitare danni (20-11)

Indicare criticità e test clinici di riferimento

Compilare tutti i campi, riportando "n.d." ove non vi sia nulla da segnalare

AREA APPRENDIMENTO:
LETTURA/SCRITTURA/CALCOLO (secondo testistica neuropsicologica di riferimento)

AREA LINGUISTICO-COMUNICATIVA

AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE

AREA AUTONOMIA PERSONALE

AREA AUTONOMIA SOCIALE

AREA AUTONOMIA SOCIALE

Significativamente ridotta in relazione alle difficoltà sul piano comunicativo e cognitivo.

GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE DELLE AREE

GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE DELLE AREE

| | NESSUNO | LIEVE | MEDIO | GRAVE |
|--------------------------|---------|-------|-------|-------|
| MOTORA | | | | |
| SENSORIALE | | | | |
| COGNITIVA | | | | |
| APPRENDIMENTI | | | | |
| LINGUISTICO/COMUNICATIVA | | | | |
| AFFETTIVO/RELAZIONALE | | | | |
| AUTONOMIA PERSONALE | | | | |
| AUTONOMIA SOCIALE | | | | |

| | NESSUNO | LIEVE | MEDIO | GRAVE |
|--------------------------|---------|-------|-------|-------|
| MOTORA | | X | | |
| SENSORIALE | X | | | |
| COGNITIVA | | | X | |
| APPRENDIMENTI | | | | X |
| LINGUISTICO/COMUNICATIVA | | | | X |
| AFFETTIVO/RELAZIONALE | | | X | |
| AUTONOMIA PERSONALE | | | | X |
| AUTONOMIA SOCIALE | | | | X |

Definizione di disabilità

Per l' OMS si intende per disabilità qualsiasi limitazione di **capacità funzionali** (come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione psicologica ad una menomazione) reversibile o irreversibile con conseguente **restrizione o incapacità a svolgere una attività** rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto il soggetto è **meno autonomo** nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di **svantaggio** nel partecipare alla vita sociale.

Handicap = Barriera

Secondo l'OMS si intende per handicap una **condizione di svantaggio vissuta da una persona in conseguenza di una menomazione** o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire un ruolo normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, al sesso ed ai fattori socioculturali.

ALTRE BARRIERE ?



- **Barriere psicologiche:** impatto della disabilità sul soggetto stesso e sulle persone

- **Barriere sociali :** dipendono dal clima culturale prevalente, dallo status socio economico dei soggetti



FENOMENO SOCIALE

- » Handicap è un «fenomeno sociale» in quanto definisce le conseguenze sociali e ambientali che hanno per origine le menomazioni e disabilità di un individuo di fronte alle esigenze e attese dell'ambiente.

ETEROGENEITÀ

- » Estrema eterogeneità anche all'interno di una stessa tipologia di disabilità

La valutazione di handicap deve prevedere:

- » Danno iniziale
- » Storia della persona e della famiglia
- » Deficit e abilità del soggetto
- » Contesti di vita
- » Percorso terapeutico

APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

CONCEZIONE PEDAGOGICO-DIDATTICA che vede il coinvolgimento di tutti gli attori con le rispettive e diversificate competenze a partire da un'osservazione sistematica e continuativa di comportamenti e dinamiche relative all'alunno

MODELLO che utilizza linguaggio comune e condiviso per facilitare il dialogo tra i vari professionisti

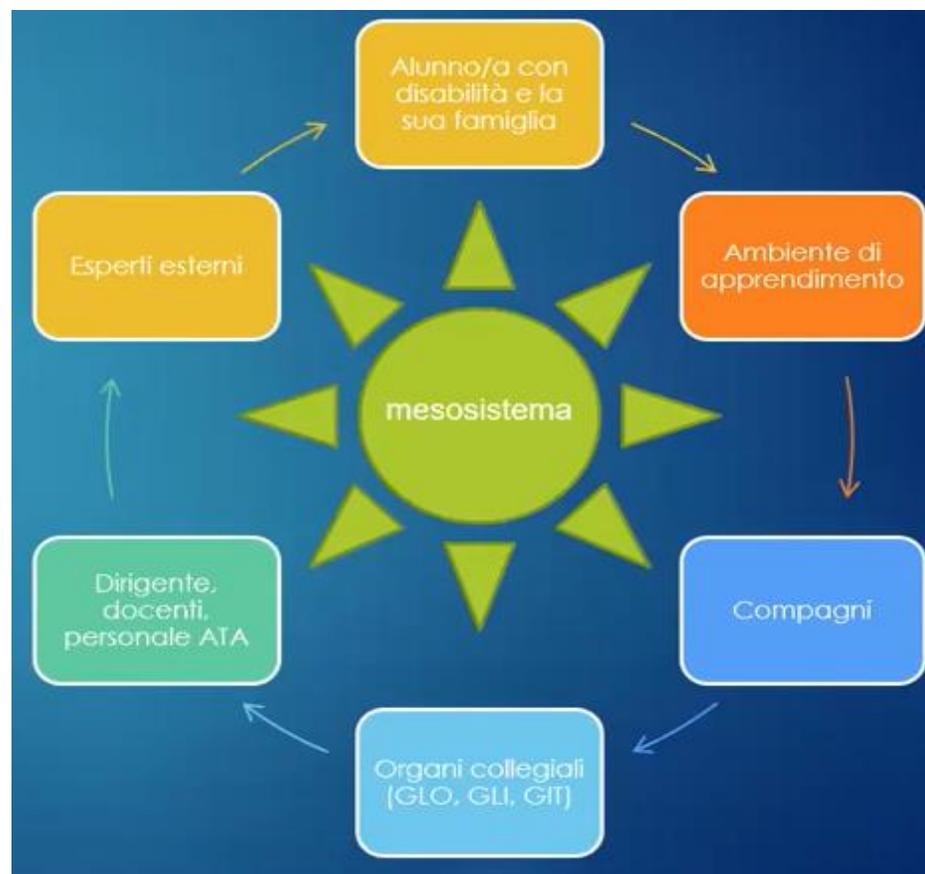
FATTORI AMBIENTALI (ambiente fisico, relazione tra le persone, atteggiamenti e valori, regole, servizi.....)

FACILITATORI (fattori che, mediante la loro presenza o assenza **migliorano il funzionamento** e riducono la disabilità)

BARRIERE (fattori che, mediante la loro presenza o assenza **limitano il funzionamento** e creano disabilità)

INCLUSIONE COME ECOSISTEMA nella Logica della CONVENZIONE ONU e dell'ACCESSIBILITA'

GUARDA alla disabilità non come un problema di salute ma come a un problema di **«funzionamento»** il cui nucleo è **«l'interazione individuo-ambiente»**





SPAZIO ALLE DOMANDE