

SCUOLA DI SCIENZE  
UMANE, SOCIALI E DEL  
PATRIMONIO CULTURALE

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA,  
SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA (FISPPA)



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA – FISPPA

CORSO DI STUDIO  
IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE  
CURRICOLO EPI

Relazione finale  
IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO.  
APPROCCIO EDUCATIVO

RELATORE  
Prof. Buldini Barbara

LAUREANDA Bizzotto Chiara

Matricola 2012853

Anno Accademico 2023/2024



## INDICE

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1: I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E L'AUTISMO.....	6
1.1 Le origini della pedagogia speciale: la concezione del diverso.....	6
1.2 Cos'è la Pedagogia Speciale.....	10
1.3 I Bisogni Educativi Speciali (B.E.S.).....	11
1.4 L'Autismo: che cos'è? .....	12
1.4.1 Epidemiologia e criteri diagnostici.....	14
CAPITOLO 2: APPROCCI EDUCATIVI E PROGRAMMI DI INCLUSIONE.....	16
2.1 Diritti ed opportunità: documenti più recenti.....	16
2.2 Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale e Piano Educativo Individualizzato.....	17
2.3 Approcci educativi rivolti a bambini con Disturbo dello Spettro Autistico...20	
2.3.1 ESDM, G-ESDM e CAA: le strategie di intervento.....	20
2.4 L'organizzazione del gioco, degli spazi e delle routine.....	23
2.5 L'inclusione all'interno del contesto scolastico.....	25
CAPITOLO 3: LA COMUNICAZIONE DELLE DIFFICOLTÀ ED IL SUPPORTO ALLA FAMIGLIA.....	28
3.1 L'identificazione precoce delle difficoltà e la creazione del rapporto di fiducia.....	28
3.2 L'importanza del colloquio quando si parla di disabilità.....	30
3.3 La famiglia e le diverse risposte di fronte alla disabilità.....	31
CONCLUSIONE.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	37
SITOGRAFIA.....	40

ALLEGATI.....	41
Allegato 1. Copia di un Piano Educativo Individualizzato.....	41

## INTRODUZIONE

Quando parliamo del Disturbo dello Spettro Autistico, parliamo di un bisogno educativo, oggetto di studio della Pedagogia Speciale e che da sempre si dedica alla disabilità e alle strategie di intervento e di inclusione rivolte ai contesti educativi didattici.

Fu Eugen Bleuler, psichiatra svizzero, che nel 1911 coniò il termine “autismo”, dal greco “autos”, ovvero “stesso”; rappresenta, quindi, una chiusura in sé stesso, un isolamento ed allontanamento dal mondo che ci circonda.

L'autismo si definisce in italiano con l'acronimo di D.S.A. (Disturbi Spettro Autistico) ed in inglese con A.S.D. (Autistic Spectrum Disorder).

Nel corso di questa relazione, nel primo capitolo, faremo un excursus temporale, scoprendo come l'idea del “diverso” sia mutata con lo scorrere degli anni e con la continua modificazione del contesto storico e sociale.

Emergerà il concetto di Pedagogia Speciale, focalizzata sull'integrazione scolastica e sociale degli alunni in difficoltà, la quale riflette ed elabora strategie e modelli di azione che possano andare a limitare il divario tra i diversi individui e potenziare le singole personalità che presentano specifiche difficoltà.

Successivamente, tratteremo il tema dei Bisogni Educativi Speciali (B.E.S.), ovvero di tutti quegli individui che, pur non possedendo una diagnosi clinica e, quindi, una certificazione, presentano delle difficoltà e, di conseguenza, necessitano di interventi individualizzati e specifici all'interno del contesto educativo.

Infine, sarà presente una spiegazione di carattere scientifico di ciò che, effettivamente, l'autismo è, toccando anche le tematiche dell'epidemiologia e dei criteri diagnostici, identificativi per l'individuazione del disturbo.

Il secondo capitolo si aprirà con alcuni documenti fondamentali per garantire il diritto all'educazione e all'inclusione di tutti i bambini, per, poi, proseguire con l'iter da attivare nel momento in cui un bambino che presenta delle difficoltà entra all'interno di un contesto scolastico. Esso è composto da: Diagnosi

Funzionale (DF), Profilo Dinamico Funzionale (PDF) e Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Di seguito verranno illustrati alcuni approcci educativi utili per permettere di diminuire sempre più le disparità vissute dai bambini con Disturbo dello Spettro Autistico, concedendo loro di imparare, agire, comunicare, esprimersi come tutti.

Inoltre, parleremo dell'importanza del gioco, dell'organizzazione degli spazi e delle routine quotidiane, fondamentali per rendere il più funzionale possibile il tempo che i bambini trascorrono nell'ambiente scolastico.

Nel paragrafo conclusivo, il tema sarà l'inclusione del bambino con disabilità, come essa può avvenire, le barriere ed i facilitatori che ne consentono la piena realizzazione.

In chiusura, ma non per importanza, ci sarà il terzo capitolo che avrà come filo conduttore la famiglia; in questo capitolo si vedrà come viene trattata la comunicazione delle difficoltà del bambino ai genitori e, di conseguenza, le diverse reazioni ed interpretazioni di questi ultimi di fronte alla diagnosi. Ci sarà anche un paragrafo dedicato al colloquio educatore-famiglia, importante per permettere ai genitori di elaborare la situazione ed accordarsi insieme su come agire.

Questa relazione ha lo scopo di far luce su argomenti che presentano, ancora, troppi angoli bui. La scuola è chiamata ad affrontare una grande e difficile sfida, quella dell'inclusione, con la finalità di fornire risposte soddisfacenti ai bisogni educativi speciali di tutti gli individui.

Con queste pagine vorrei, almeno in parte, riuscire ad eliminare l'utilizzo di espressioni ed interrogativi del tipo: "è solo un bambino difficile", oppure "come devo comportarmi con lui?", pensieri che appartengono sia ad individui esterni al contesto scolastico, sia, purtroppo, ad individui interni al contesto scolastico. Il fine è giungere, invece, ad affermazioni come: "ha raggiunto una buona autonomia" o, ancora, "è pienamente inserito all'interno della classe e con i compagni".

Questa idea nasce dalla mia personale esperienza di tirocinio, nella quale ho vissuto sulla mia pelle questa sensazione di impotenza ed “ignoranza”, non sapendo come comportarmi, come agire e, soprattutto, rapportarmi nei confronti di un bambino che, oggettivamente, presentava delle difficoltà, ma che non sono mai state, o almeno fino ad ora, approfondite, partendo, in primis dalla famiglia, la quale non voleva sentire né vedere le problematiche che, invece, erano evidenti.

Tale relazione vuole essere un piccolo punto di partenza, delle linee basilari per iniziare a comprendere questo mondo che tanto ci sembra lontano e sconosciuto e per migliorare e rendere maggiormente funzionale l’esperienza educativa degli allievi con disabilità e, più in generale, di tutti gli individui che vivono all’interno dell’ambiente scolastico.

## **CAPITOLO 1**

### **I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E L'AUTISMO**

#### 1.1 Le origini della pedagogia speciale: la concezione del diverso

Le devianze, presunte o vere che fossero, dei comportamenti mentali sono oggetto di preoccupazione sin dai tempi degli antichi; essi, già al tempo, ritenevano “diversi” tutti coloro che non rispecchiavano quella che loro consideravano “normalità”. Questo spiega, infatti, la motivazione per la quale gli antichi si rivolgessero ripetutamente alle divinità per ricevere da esse dei consigli e delle risposte: non era comprensibile, nel loro modo di concepire, per quali inspiegabili ragioni tali divinità, così perfette, permettessero che si verificassero queste eccezioni alla norma.

Partendo dall'antica Grecia, in tale cultura veniva spesso messa in atto la pratica dell'occultamento o l'eliminazione fisica dei nati con qualsiasi tipo di malformazione; la presenza di persone disabili era considerata socialmente un peso non sostenibile e da un punto di vista religioso, una maledizione degli dei. Chiunque non rispecchiasse i canoni della normalità veniva considerato un essere inferiore (Schianchi, 2009).

Ancora, Platone, antico filosofo greco, mettendo le basi di quella che sarebbe stata la sua Città Ideale, riteneva giusto e necessario che i figli anormali dovessero venire rinchiusi in luoghi bui, lontani dal resto della civiltà, ed abbandonati al proprio destino che li avrebbe condotti, inevitabilmente, alla morte.

Giungendo al Medioevo, partendo dal presupposto che il corpo veniva considerato il luogo del peccato, i portatori di handicap rappresentavano la vera e propria immagine vivente del peccato; non venivano nemmeno più ritenuti malati, ma, piuttosto, degli indemoniati. Per tale motivo, spesso, i portatori di handicap venivano sottoposti a disumani esorcismi e crudeli torture i quali, naturalmente, li conducevano verso un unico, triste destino



(Liporace, 2007).

Nel 1500 vengono a crearsi diverse utopie, ovvero, immagini di società perfetta in uno spazio e tempo definito. Tali realtà perfette venivano a formarsi per due differenti motivazioni: la prima motivazione era il mal contento del presente, mentre, la seconda motivazione era la volontà, anzi, la necessità di cambiamento.

Anton Francesco Doni fu uno di questi utopisti; egli scrisse “I mondi e gli inferi” (1552) nel quale descrive la società contemporanea ricca di disuguaglianza economica, la quale provoca nell’individuo un malessere sociale (Doni A. F., 1997).

Doni idealizza un naturalismo egualitario, nel quale era necessario lavorare in base alle proprie necessità, senza pensare all’accumulo delle ricchezze; egli parla di una società nella quale la maggiore preoccupazione doveva essere il soddisfacimento dei bisogni corporali. Qui tutti gli individui erano uguali nel vestiario (cambiava solo il colore degli indumenti per permettere l’identificazione delle diverse età), non esisteva il denaro ma ci si serviva del baratto come esercizio economico, non era presente un governo ma una forma di sorveglianza. All’interno della sua utopia Doni parla di amore libero; infatti, i figli non “appartenevano” ai rispettivi genitori, ma erano di proprietà della società. Ciò che è da considerare maggiormente rilevante in merito a tale questione, è che solo coloro che nascevano sani potevano far parte di tale società e diventare “figli dello Stato”; coloro, invece, che venivano ritenuti non sani non erano ammessi all’interno della comunità, perché avrebbero distrutto l’ideale di società perfetta nell’immaginario di Anton Francesco Doni (Merlo, 2011).

Anche nel Seicento, ed in parte nel Settecento, coloro che riportavano menomazioni fisiche e psichiche non erano considerati degni delle attenzioni e delle cure da parte della società stessa. A partire dalla metà del XVII secolo, infatti, in Europa nascono le prime case di internamento dove essi venivano rinchiusi per mantenerli isolati dal resto del mondo. Secondo la concezione dell’epoca, essi dovevano essere allontanati perché

rappresentavano un peso e, soprattutto, un pericolo per la società; per questo motivo venivano segregati in tali strutture insieme a delinquenti ed assassini; considerati, quindi, alla pari di questi ultimi.

Un cambio di pensiero giunse con l'arrivo del 1800, caratterizzato dall'ascesa dell'Illuminismo. Gli illuministi riponevano una grande fede nella scienza e nella cultura e, ciò, rappresentava proprio il tratto caratterizzante di tale movimento. Ed è basandosi proprio su questa fiducia nella ragione che cambierà la considerazione nei confronti dell'anormale, non più visto come una maledizione scagliata da uno spirito maligno e, di conseguenza, da esorcizzare.

Nasce, finalmente, una concezione umanistica che guarda a tali individui come a soggetti dotati di una dignità che va preservata.

Condillac (1714-1780), filosofo, enciclopedista ed economista francese, fu il primo filosofo sensista che, attraverso le sue teorie sui sensi, spinse gli altri filosofi del suo tempo a studiare proprio coloro che ne erano privi.

I filosofi illuministi affrontarono anche il problema dell'educazione di questi soggetti minorati che, purtroppo, nonostante una prima attenzione nei loro riguardi, continueranno ancora per diverso tempo a vivere una vera e propria segregazione istituzionale. Tali considerazioni, sfortunatamente, sono frutto del contesto sociale dell'epoca: alla base era posto, infatti, lo sviluppo della società e non quello dell'individuo stesso (Liporace, 2007).

Tra il 1656 ed il 1789 in Francia, come accennato in precedenza, si vive il periodo del cosiddetto Grande Internamento. È con questo contesto storico e culturale e con l'avvento della Rivoluzione Francese che prende avvio la pedagogia speciale: tra il 1790 e il 1800 venne ritrovato e catturato nelle foreste dell'Aveyron il "sauvage", ovvero, il selvaggio, avvenimento di cui faremo successivamente un approfondimento.

Sarà necessario attendere il Novecento inoltrato per vedere riconosciuta a questi soggetti una reale condizione di cittadini (Cesaro, 2015).

## 1.2 Cos'è la Pedagogia Speciale

Comenio fu il primo pedagogista che si occupò delle persone con disabilità. Egli, durante il periodo trascorso in esilio (1600), tradusse la "Didactica Magna" nella quale enunciò tutti i principi e gli argomenti su cui si basava il suo metodo pedagogico; in quest'opera egli prospetta un'educazione che fosse per tutti e per tutta la vita (Cesaro, 2015).

La pedagogia pone al centro del suo interesse i fondamenti dell'educazione della persona nella completezza di corpo, mente e affettività, in quanto essere sociale. Il rapporto educativo con l'altro viene considerato come uno degli elementi caratterizzanti dell'evento formativo. Il sistema di relazioni con sé stesso, con l'altro e con il mondo costituisce il contesto all'interno del quale la pedagogia organizza il suo agire, i suoi modelli e strategie, con il fine ultimo dello sviluppo integrale della persona.

La pedagogia speciale sceglie, invece, di focalizzarsi sull'integrazione scolastica e sociale degli alunni in difficoltà, riservando, quindi, specifica attenzione a quella fascia di popolazione più debole.

Questa pedagogia riflette su strategie e modelli di azione per ridurre tali differenze e portare al massimo potenziale le singole personalità che vivono in situazione di disagio, sia esso derivante da un deficit fisico, sensoriale o psichico.

Sulla base di ciò, essa è portata a definire modelli di intervento coerenti con il principio dell'educabilità umana, non escludendo alcuna persona da tale sguardo, indipendentemente dalla propria condizione (Pinelli, 2015).

Possiamo, quindi, affermare che "la pedagogia speciale ha come suo obiettivo prioritario il favorire l'integrazione delle persone con bisogni specifici e particolari nel loro contesto sociale e culturale e, quindi, di prepararle ad una vita che, seppur problematica e complessa, ha necessità di essere pienamente vissuta con gli altri" (D'Alonzo, 2018, p. 11).

### 1.3 I Bisogni Educativi Speciali (B.E.S.)

Il servizio scolastico odierno è chiamato a confrontarsi con la presenza di allievi con Bisogni Educativi Speciali (B.E.S.), ossia alunni che, pur non possedendo una diagnosi clinica, presentano, difficoltà che necessitano di interventi specifici ed individualizzati.

Vengono considerati riconducibili alla macrocategoria dei B.E.S. tutti quei soggetti che, nell'ambito del contesto scolastico, presentano problematicità e difficoltà di vario genere le quali richiedono all'istituzione degli interventi educativo-didattici specifici ed un'organizzazione scolastica che se ne faccia pienamente carico.

Nel ramo dei B.E.S., solitamente, vengono presi in considerazione i seguenti ambiti:

- apprendimento
- sviluppo delle competenze
- sfera delle relazioni
- ambito familiare
- ambito motivazionale.

All'interno di tali ambiti, tra le difficoltà cui facciamo riferimento quando parliamo di B.E.S., vi sono quelle legate a:

- ritardo mentale
- disturbo autistico
- disturbi generalizzati dello sviluppo
- disturbi dell'apprendimento
- disturbo di sviluppo del calcolo
- disturbi del comportamento
- disturbo da deficit di attenzione ed iperattività

- disturbo di sviluppo nella comprensione del linguaggio
- disturbo oppositivo provocatorio
- disturbo della condotta.

Tuttavia, come accennato in precedenza, vi sono soggetti che non possiedono una specifica diagnosi, ma che si trovano comunque a dover fare i conti con difficoltà tali da compromettere il proprio sviluppo integrale e l'apprendimento (Gatto, 2010).

Queste problematiche, con le quali la realtà scolastica si trova sempre più a doversi confrontare, fanno parte di quelle disabilità considerate “disabilità invisibili” che l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute: sistema di classificazione internazionale che copre tutti gli aspetti della salute umana, promulgato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2001 e adottato da 191 Paesi) ha definito B.E.S. (Cellamare, 2009).

“L'ICF promuove l'ottica bio-psico-sociale, in cui la salute e la disabilità sono definite come un'interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e l'ambiente: la persona con disabilità è un individuo con certe peculiarità che interagisce con un contesto che porta a sua volta caratteristiche specifiche, e la disabilità si ha laddove l'incontro tra individuo e ambiente sia infruttuoso[...] La disabilità è dunque un termine che indica un'interazione negativa tra individuo e ambiente e porta con sé restrizioni della partecipazione” (Bulgarelli, 2018, p. 19-33).

#### 1.4 L'autismo: che cos'è?

Fu lo psichiatra svizzero Eugen Bleuler (1911) che coniò il termine “autismo”: tale parola deriva dal greco “autòs” e significa “stesso”. L'intento di Bleuler era quello di descrivere un nuovo e peculiare aspetto sintomatologico della schizofrenia, caratterizzato da: perdita di contatto con

la realtà, condizione di isolamento ed incomunicabilità e forma di pensiero ripetitivo, bizzarro e chiuso.

Tale concezione nei confronti dell'autismo rimase, per molto tempo, prevalentemente legato alla schizofrenia del paziente adulto; ma, nel 1943, Leo Kanner, pediatra americano di origine tedesca, propose la definizione di "autismo infantile precoce" per descrivere il quadro sindromico di un gruppo di bambini che stava osservando presso il Johns Hopkins Hospital.

Kanner, riferendosi in particolare ad un bambino, Charles, sottolineava come la cosa che più lo impressionasse di Charles fosse la sua inaccessibilità, il suo distacco. Sembrava come se visse in un mondo tutto suo, dove non potesse essere raggiunto.

Nella definizione iniziale di Kanner, l'autismo infantile precoce si configurava come un "disturbo del contatto affettivo", caratterizzato da un'incapacità ad intrattenere rapporti affettivi con le persone (Tambelli, 2022).

I disturbi dello spettro autistico sono, quindi, disturbi dello sviluppo e gli individui che presentano tali disturbi si sviluppano, di conseguenza, in modo diverso; queste differenze si verificano, solitamente, quando avviene un'interazione sociale, nella comunicazione e nell'elaborazione sensoriale, le quali portano tali soggetti a manifestare risposte comportamentali differenti e, a volte, discordanti da quelle di individui privi di disturbi dello spettro autistico (Grabrucker, 2021).

L'autismo è un disturbo cerebrale complesso che si manifesta, inizialmente nei bambini di età pari, o inferiore, a tre anni; le persone con autismo hanno difficoltà a comunicare e, di conseguenza, ad instaurare relazioni. Molto spesso sono fortemente catturati da interessi ed attività specifici, spesso insoliti, ed impegnati in comportamenti ripetitivi.

Gli individui con autismo, inoltre, mostrano anche segni di input sensoriali alterati come, ad esempio, reazioni eccessive a suoni particolari. Essi hanno capacità comunicative sottosviluppate e, purtroppo, molti di essi non imparano mai a parlare (Poisdorfer, 2009).

#### 1.4.1 Epidemiologia e criteri diagnostici

Rimangono ancora per gran parte ignote le cause dell'autismo; l'unico fattore certo è che si tratta di cause di tipo genetico-biologico. È stato rilevato che l'incidenza di tale sindrome risulta più alta nei bambini che già presentano in famiglia un fratello con autismo; così come risulta più alta tra gemelli (Bulgarelli, 2018).

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un notevole incremento dei disturbi dello spettro autistico.

Una delle questioni di maggior rilevanza in questo ambito è, appunto, l'identificazione precoce di tali ASD, perché permette l'individuazione di interventi specifici e mirati atti a modificare positivamente le condizioni del bambino; inoltre, ciò comporterebbe la riduzione degli inevitabili effetti secondari causati da tali disturbi che implicano ricadute nei processi di apprendimento scolastico e sociale.

Tuttavia, allo stesso tempo, l'individuazione precoce degli ASD, risulta un aspetto alquanto critico, soprattutto considerando l'estrema variabilità dell'età di insorgenza dei sintomi, a sua volta influenzata dalle complesse dinamiche che caratterizzano lo sviluppo durante i primi anni di vita.

Secondo quanto hanno riportato recentemente i Centers for Disease Control and Prevention [2014] le stime di prevalenza indicano che c'è una presenza di disturbo dello spettro autistico in un bambino su 68; inoltre, è stata rilevata una maggiore frequenza di tale presenza nei maschi (dalle tre alle quattro volte più rappresentati rispetto alle femmine), con una stima di prevalenza di 1 su 42 per i maschi, mentre, per le femmine, di 1 su 189 (Tambelli, 2022).

I criteri diagnostici proposti per il disturbo autistico dal "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (DSM-IV-TR) redatto dall'American Psychiatric Association [APA 2000] sono:

- 1) compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata con la presenza di alcuni dei seguenti aspetti:

- compromissione nell'uso di diversi comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti, che regolano l'interazione sociale;
- incapacità di sviluppare relazioni adeguate coi coetanei;
- mancanza di ricerca spontanea della condivisione di esperienze ed obiettivi con altre persone;
- mancanza di reciprocità sociale o emotiva;

2) compromissione qualitativa della comunicazione, manifestata con la presenza di alcuni dei seguenti aspetti:

- ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato;
- compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri soggetti utilizzando un linguaggio adeguato;
- uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico;
- mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al proprio sviluppo;

3) modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, manifestati dalla presenza di alcuni dei seguenti aspetti:

- attenzione rivolta ad interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione;
- necessità rigida di abitudini o rituali specifici;
- tendenza a comportamenti motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo);
- persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti (Vicari, Valeri, Fava, 2012).



## CAPITOLO 2

### APPROCCI EDUCATIVI E PROGRAMMI DI INCLUSIONE

#### 2.1 Diritti ed opportunità: documenti più recenti

Il diritto all'educazione e all'inclusione per tutti i bambini è oggetto di diversi documenti internazionali e nazionali. Di seguito i documenti più recenti che riportano i principi fondamentali che tutti i contesti educativi dovrebbero promuovere.

A livello nazionale:

- Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (ONU, 1989): diritto all'inclusione; ratificata in Italia il 27 maggio 1991 con la Legge n. 176. La Convenzione riconosce un ruolo di cittadino attivo al bambino, che va tutelato, ma anche ascoltato;
- Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate: ratificata in Italia il 5 febbraio 1992, n. 104; dichiara che "Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido" (art. 12, comma 1).

A livello internazionale:

- Convenzione sui diritti delle persone con disabilità: pubblicata nel 2006, approvata il 13 dicembre dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ed entrata in vigore in Italia il 13 maggio del 2008. Il suo principale scopo è sostenere il processo di inclusione delle persone con disabilità (Bulgarelli, 2018).

## 2.2 Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale e Piano Educativo Individualizzato

Come precedentemente citato nel corso della mia stesura, nel manicomio di Bicetre, il medico Philippe Pinel (1745-1826) fu uno psichiatra e maggiore studioso di malattie mentali del tempo che, insieme a Jean Gaspard Itard (1774-1838), giovane medico, incontrarono ed entrarono, per la prima volta, in relazione con questo presunto ragazzo selvaggio di nome Victor. Il metodo messo in atto da Pinel era quello dell'osservazione, fondamentale perché, attraverso essa, è possibile mettere in atto l'intervento educativo.

Fu, però, Itard ad accogliere questa sfida educativa e ad interessarsi al ragazzo selvaggio, non solo dal punto di vista clinico, essendo egli un medico, ma, soprattutto, dal punto di vista educativo.

Itard, relazionandosi in modo autentico con Victor, entra nella dimensione della reciprocità (incontro reciproco tra Itard ed il ragazzo selvaggio). Egli comprende che l'incontro con la persona che vogliamo aiutare ci aiuta, a sua volta, a costruire noi stessi.

Jean Gaspard Itard fu il primo a parlare di recuperabilità; recuperabilità significa la possibilità per ognuno di essere educato, proprio come affermava Comenio, indipendentemente dalla presenza o meno di ritardi/deficit fisici, psichici, sensoriali, comunicativi, sociali o emotivi; è indispensabile garantire pari opportunità di crescita ad ogni singolo bambino (Cesaro, 2015).

Ma come procedere perché tutto ciò possa avvenire?

È necessario partire dalla Diagnosi Funzionale (DF); avviene, innanzitutto, una prima segnalazione dello specifico caso, la quale può verificarsi in due differenti modalità:

- 1) la presentazione diretta da parte dei genitori della diagnosi medica;
- 2) la comunicazione ai genitori, da parte del personale educativo, delle difficoltà presentate dal bambino e l'avvio del conseguente iter di accertamento della situazione.

Spetta, in seguito, all'équipe multidisciplinare, composta dal medico specialista della patologia diagnosticata, dal neuropsichiatra infantile, dal terapeuta della riabilitazione e dagli operatori sociali in servizio presso l'unità sanitaria locale, provvedere alla descrizione analitica dello stato psico-fisico del bambino.

La Diagnosi Funzionale corrisponde, quindi, alla raccolta di elementi clinici e psico-sociali: gli elementi clinici vengono acquisiti tramite le visite mediche del bambino e l'eventuale documentazione medica preesistente; per quanto riguarda gli elementi psico-sociali, essi comprendono i dati anagrafici del soggetto e i dati riguardanti il nucleo familiare nel quale in bambino è inserito (composizione, stato di salute dei membri, tipo di lavoro svolto, contesto ambientale).

La Diagnosi Funzionale, avendo lo scopo di recupero del soggetto con disabilità, prende in considerazione le seguenti aree ed il loro potenziamento: cognitiva, affettivo-relazionale, linguistica, sensoriale, motorio-prassica, neuropsicologica e dell'autonomia personale e sociale.

In seguito alla Diagnosi Funzionale, avviene la stesura del Profilo Dinamico Funzionale (PDF); esso, dopo un periodo di inserimento del bambino nell'ambiente educativo, individua il livello di sviluppo del bambino in tempi brevi (6 mesi) e medi (2 anni). Tale documento viene stilato dall'équipe multidisciplinare della Diagnosi Funzionale, alla quale, però, si aggregano gli educatori ed i genitori del bambino.

Il Profilo Dinamico Funzionale comprende, quindi:

- descrizione funzionale del bambino in relazione alle difficoltà che dimostra di incontrare all'interno di determinati ambiti;
- l'analisi del suo sviluppo potenziale a breve e medio termine.

Il Profilo Dinamico Funzionale (PDF) è un documento molto importante perché permette all'asilo nido, e alle scuole di successivi ordini, di dimostrare la propria capacità di accogliere la Diagnosi Funzionale e, soprattutto, di saperla tradurre in termini educativi e di essere in grado di progettare basandosi sull'esperienza di vita del bambino con disabilità.

Successivamente a questa documentazione, ovvero alla Diagnosi Funzionale ed al Profilo Dinamico Funzionale, avviene l'elaborazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI), nel quale vengono definiti gli interventi finalizzati all'educazione e all'istruzione del bambino.

Il Piano Educativo Individualizzato viene redatto dagli educatori, dall'équipe psico-pedagogica, dagli operatori dell'ASL e dalla famiglia; esso presenta i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione e le forme di integrazione nelle attività scolastiche.

“Nella definizione del PEI, i soggetti [...] propongono, ciascuno in base alla propria esperienza pedagogica, medico-scientifica e di contatto e sulla base dei dati derivanti dalla diagnosi funzionale e dal profilo dinamico funzionale, [...] gli interventi finalizzati alla piena realizzazione del diritto all'educazione, all'istruzione e all'integrazione scolastica dell'alunno, in situazione di handicap. Questi interventi propositivi vengono, successivamente, integrati tra di loro, in modo da giungere alla redazione conclusiva di un piano educativo che sia correlato alle disabilità dell'alunno stesso, alle sue conseguenti difficoltà e alle potenzialità dell'alunno comunque disponibili.”

Il Piano educativo individualizzato dovrebbe, quindi, presentare: gli obiettivi didattici, le risorse tecnologiche e le metodologie e modalità di coinvolgimento della famiglia.

Esso, però, non è un semplice documento stilato sulla base di rielaborazione di dati, ma nasce dalla conoscenza del bambino e delle sue risorse, la scelta degli obiettivi, dei contenuti, dei metodi e dei materiali, la definizione dei tempi e degli strumenti di verifica.

In sintesi, Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale e Piano Educativo Individualizzato sono sì necessari, ma è grazie all'osservazione quotidiana di tutti i bambini, sia che presentino o meno disabilità, che ci si può rendere realmente conto di ciò che il bambino conosce, cosa sa fare, cosa ha appreso e come si relaziona con gli altri, in modo da poterne valorizzare le potenzialità (Cesaro, 2015).

## 2.3 Approcci educativi rivolti a bambini con Disturbo dello Spettro Autistico

Nel paragrafo precedente ho definito l'iter corretto per approcciarsi ad un bambino che presenta una qualsiasi forma di disabilità nel momento in cui esso è inserito in un ambiente educativo. Partendo da ciò, giunge la necessità di avere concretezza, di avere tra le mani degli approcci educativi da poter mettere in atto per promuovere la cultura dell'inclusione, concedendo la possibilità e, soprattutto, il diritto ad essere educati anche a coloro che potrebbero non risultare predisposti ad esserlo. Abbiamo spiegato come l'autismo si presenti come una disabilità<sup>19</sup> permanente capace di intaccare, quindi, non solo la dimensione linguistico-comunicativa, ma anche l'insieme delle relazioni sociali alla base del processo di apprendimento della persona. La presenza, infatti, di tale disabilità può limitare i comportamenti dell'individuo, può ostacolare l'interazione costruttiva con l'ambiente circostante e generare condizioni di parziale o totale dipendenza dagli altri che rendono sempre più complesso il percorso verso l'autonomia personale del bambino.

L'autismo richiede, pertanto, interventi educativi individualizzati, capaci di rendere possibile la comunicazione della persona con il suo ambiente ed evitare la diminuzione delle potenzialità dell'individuo (Galdieri, Zappalà, Aiello, 2021).

### 2.3.1 ESDM, G-ESDM e CAA: le strategie di intervento.

Quando facciamo uno specifico riferimento ai Disturbi dello Spettro Autistico sono diverse le strategie che nel corso degli anni sono state sviluppate e convalidate.

L' Early Start Denver Model (ESDM) è uno tra i modelli di educazione speciale sviluppati per l'intervento psico-educativo rivolto al trattamento dei Disturbi

dello Spettro Autistico. È considerato un intervento precoce perché è rivolto a bambini con diagnosi di ASD di età compresa tra i 18 ed i 30 mesi.

Il tratto distintivo del modello ESDM rispetto ad altri approcci educativi è rappresentato dall'enfasi della comunicazione, ovvero dalla convinzione che l'esposizione precoce a determinate sequenze interattive strutturate possa portare a significative diminuzioni della disabilità sociale che il disturbo comporta. Tali sequenze sono: gesti comunicativi non verbali, imitazione motoria, linguaggio verbale, apprendimento dei codici simbolici.

Successivamente a tale strategia nacque l'G-ESDM (Early Start Denver Model in Gruppo); è un intervento terapeutico di gruppo rivolto ai bambini con Disturbo dello Spettro Autistico. Questo modello educativo nasce per fornire agli educatori e agli insegnanti indicazioni per promuovere il pieno sviluppo degli alunni con ASD a scuola.

L'azione educativo-didattica del docente che utilizza questo modello è orientata dai principi del Denver Model, del Pivotal Response Training e dell'Applied Behaviour Analysis (ABA) e, soprattutto, dagli interessi e specificità dei bambini con ASD.

- Denver Model: si tratta di un modello il cui intervento è incentrato sul bambino, per favorire la sua iniziativa, la sua motivazione e la sua partecipazione;
- Pivotal Response Training (PRT): è un metodo di trattamento comportamentale basato sul gioco e si rivolge ai bambini di età compresa tra i 2 e i 6 anni e si basa su quella che è l'iniziativa del bambino;
- Applied Behaviour Analysis (ABA): il principio centrale su cui si basa l'ABA è quello del rinforzo: la frequenza e la forma di un determinato comportamento possono, infatti, essere influenzate da quello che avviene prima e dopo il comportamento in questione.

Inoltre, le attività educativo-didattiche prevedono uno specifico adattamento degli spazi che possa consentire all'alunno di esplorare l'ambiente e di progettare attività di gioco. È, infatti, grazie all'interazione del bambino con l'adulto, i coetanei e l'ambiente circostante che si definiscono i contenuti

didattici adatti ad ogni singolo bambino con ASD. Nel G-ESDM gli spazi, oltre a essere su misura di bambino, sono predisposti in modo tale che siano accessibili, prevedibili e consentano a tutti i bambini di iniziare attività di gioco in modo spontaneo. Inoltre, è prevista una suddivisione in aree di gioco o di attività i cui materiali sono accuratamente selezionati sulla base delle finalità previste.

Purtroppo, tale interazione potrebbe essere compromessa nel momento in cui ci troviamo ad avere a che fare con alunni con ASD non verbali; questi ultimi, solitamente, mettono in atto un comportamento sociale evitante, dimostrando grandi difficoltà nel relazionarsi con gli altri. Questi comportamenti potrebbero, inevitabilmente, ostacolare la loro piena partecipazione alle attività scolastiche e, di conseguenza, l'interazione con i pari e con gli adulti di riferimento.

Per tale motivo, il G-ESDM prevede che, se l'alunno non ha mostrato alcun progresso dopo 2-3 mesi di intervento educativo, il docente e tutti i professionisti coinvolti possono valutare la possibilità di utilizzare altri sistemi di comunicazione.

Lo sviluppo linguistico può mostrare un ritardo sia sul versante della comprensione, sia sul versante della produzione. Alcuni bambini, addirittura, non arrivano a sviluppare un linguaggio, soprattutto quando all'autismo si associa una disabilità intellettiva severa.

Inoltre, i bambini con autismo presentano delle qualità vocali atipiche; la prosodia, ovvero la musicalità del linguaggio, risulta anomala, poiché essi modulano la voce in maniera insolita, come ad esempio producendo suoni in falsetto, suoni gutturali o strilli (Bulgarelli 2018).

Ed è proprio qui che entra in gioco la CAA.

La CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa) è un'area di ricerca e di pratica clinica e educativa e viene solitamente adottata per coloro che, oltre ad avere un lessico scarso in riferimento alla loro età, non utilizzano tale linguaggio in modo funzionale. La Comunicazione Aumentativa Alternativa

costituisce una delle possibili risposte per ripristinare una comunicazione efficace.

Essa è indirizzata a compensare disabilità comunicative, limitazioni nella partecipazione e nell'utilizzo del linguaggio sia temporanee che permanenti.

Il suo principale obiettivo non è solo quello di fornire modalità di comunicazione alternative, ma promuovere, innanzitutto, lo sviluppo del potenziale di ogni soggetto all'interno dei propri contesti quotidiani come la famiglia, la scuola e la comunità sociale (Galdieri, 2021).

#### 2.4 L'organizzazione del gioco, degli spazi e delle routine.

Il gioco, come le precedenti strategie, è fondamentale per promuovere le potenzialità del bambino con specifiche disabilità. Quando un bambino con disturbo dello spettro autistico viene immerso in un contesto scolastico è necessario seguire delle specifiche indicazioni per quanto riguarda l'attività del gioco, l'organizzazione degli spazi e delle routine che egli sarà portato a vivere quotidianamente, in modo da rendere il più funzionale possibile il tempo che egli trascorrerà all'interno di tale ambiente.

Inevitabilmente, la sindrome autistica e le peculiarità che essa comporta hanno un evidente impatto sul gioco dei bambini. L'autismo, infatti, danneggia quelle che sono le capacità comunicative e le funzioni esecutive e, di conseguenza, sarà più semplice per il soggetto mettere in atto un gioco di tipo solitario. Inoltre, i soggetti presentano limitazioni anche nelle capacità imitative e, per questo, difficilmente attuano il gioco simbolico, a differenza di bambini a sviluppo tipico.

Svolgono, invece, più facilmente ed usualmente giochi ripetitivi e manipolazione dei giocattoli, concentrandosi sulle capacità sensoriali dello strumento che si trovano di fronte, interessandosi a determinati aspetti specifici piuttosto che all'oggetto nella sua totalità. È importante, quindi, optare



per giochi che attirino la sua attenzione ed evitare quelli che, al contrario, potrebbero spaventarlo o metterlo maggiormente in difficoltà; i bambini con autismo difficilmente sono in grado di occupare autonomamente il tempo libero ed è per questo che è necessario che l'educatore predisponga per loro una specifica selezione di attività ludiche. Inoltre, è opportuno proporre al bambino giochi che abbiano una semplice relazione di causa-effetto, ovvero giochi dei quali il bambino possa facilmente comprenderne il funzionamento e lo scopo. Infine, un'altra indicazione conveniente da seguire è la scelta di oggetti che semplifichino il gioco sociale, dato che ciò risulta un ostacolo per questi bambini. L'attività del gioco, però, non deve essere eccessivamente prolungata nel tempo, ma risultare di breve durata, questo perché egli possa mantenere attiva l'attenzione e portare a termine il gioco, il quale, altrimenti, risulterebbe vano.

Per quanto riguarda l'ambiente, è necessario che esso venga strutturato in maniera chiara e permanente, in modo da permettere al bambino di identificarlo e di potersi facilmente orientare in esso; requisito ancor più importante è che l'ambiente venga percepito dal bambino come sicuro e confortevole, così da permettere, da una parte, all'educatore di lasciare ad esso il proprio spazio e tempo di agire e, dall'altra parte, al bambino di prendere iniziativa.

È rilevante, in aggiunta, creare un ambiente poco rumoroso, neutro e non sovraccarico di stimolazioni sensoriali, ma presentarne una ristretta scelta.

Significativa è anche l'organizzazione delle attività di routine; è bene che esse vengano svolte attraverso modalità tranquille e strutturate, in piccoli gruppi e in ambienti ben differenziati; queste modalità fanno sì che risulti più facile il contenimento di eventuali reazioni negative da parte del bambino come possono essere il pianto o comportamenti violenti, modalità tipiche per comunicare un disagio che, altrimenti, difficilmente trasmetterebbe in modo più chiaro e strutturato.

È fondamentale, per di più, evitare improvvisi cambiamenti delle attività di routine giornaliere, mantenere ambienti e personale riconoscibili e prestare,

inoltre, attenzione alla turnazione del personale educativo, per non rischiare di creare confusione e difficoltà nei bambini (Bulgarelli, 2018).

## 2.5 L'inclusione all'interno del contesto scolastico.

Ad Aotearoa, Nuova Zelanda, come in altri paesi, si dispone di una legislazione nazionale e di una politica per la prima infanzia concepita per sostenere i diritti di tutti i bambini e delle loro famiglie, per garantire loro un'educazione della prima infanzia che non sia discriminatoria, ma inclusiva (Governo della Nuova Zelanda, 1993-1998/ Ministero dell'Istruzione, 1996 a,b,c/ Ministro per le questioni relative alla disabilità, 2001).

Queste misure richiedono, inoltre, che l'educazione della prima infanzia soddisfi i bisogni dei bambini con disabilità.

Tali leggi sono state messe in vigore per far sì che si possa realizzare quanto segue:

- le famiglie possono iscrivere il proprio figlio/i con disabilità in un servizio comunitario per la prima infanzia, essere accolti e poter partecipare alla vita scolastica insieme agli altri bambini e famiglie della zona;
- le politiche dei singoli centri riconoscono tali diritti e riflettono una filosofia e un impegno per garantire l'inclusione all'interno della loro pratica;
- i bambini con disabilità hanno accesso a conoscenze, abilità e disposizioni culturalmente apprezzate che li aiuteranno a crescere come studenti e comunicatori competenti, sani nella mente, nel corpo e nello spirito, sicuri nel loro senso di appartenenza e nella consapevolezza di poter dare un prezioso contributo alla società (Ministero dell'Istruzione, 1996 b)
- i bisogni di apprendimento dei bambini con disabilità vengono soddisfatti attraverso pratiche di insegnamento di qualità all'interno dei normali contesti della prima infanzia;

- i genitori che si prendono cura di loro sono ugualmente inclusi in tutte le decisioni riguardanti i loro figli.

Nonostante ciò, la realtà dei fatti è che, in ancora numerosi Stati, molti bambini con disabilità e le loro famiglie spesso devono confrontarsi con un sistema educativo disabilitante, che non è impostato per provvedere alle loro esigenze; questa situazione, di conseguenza, porta a vivere esperienze di pregiudizio, esclusione e discriminazione.

Le difficoltà che questi bambini e le loro famiglie devono affrontare sono, spesso, il risultato di barriere fisiche, sociali e culturali, barriere che influiscono sui diritti dei bambini, sulle loro opportunità educative e di vita (Purdue, 2009).

I termini “inclusione” ed “educazione inclusiva” vengono spesso usati come alternativa all’educazione speciale, ma mancano di definizioni concordate e, di conseguenza, acquisiscono diversi significati nei diversi contesti.

Probabilmente si utilizza più frequentemente il termine “inclusione” per riferirsi ai bambini con disabilità che partecipano alla tradizionale formazione scolastica. Tuttavia, alcuni educatori sottolineano come l’idea di “educazione inclusiva” debba riferirsi a tutti, non solo ai bambini con disabilità.

L’inclusione si riferisce all’educazione che garantisce la partecipazione a tutti quei bambini che potrebbero essere esclusi a causa del sesso, etnia, disabilità, orientamento sessuale o altre differenze alle quali viene dato un determinato significato all’interno di un particolare contesto culturale.

L’istruzione inclusiva è, quindi, considerata come un processo di riduzione delle barriere che consente un apprendimento per tutti i bambini.

Il termine “inclusione”, quindi, non può sostituire il termine “educazione speciale” e viceversa; se i bambini con disabilità devono essere realmente inclusi nell’istruzione corrente, ciò non può implicare il pensiero e la pratica dell’educazione speciale. Categorizzare e nominare i bambini come “speciali”, automaticamente, li identifica come diversi dagli altri, e diversi in modi che non sono valorizzati nelle attuali scuole e all’interno della società odierna.

Ciò che è necessario per garantire una vera inclusione è una trasformazione culturale delle idee sulla disabilità, sulla scuola e sull’insegnamento stesso

(Ballard, 2004).

L'ottica inclusiva promuove l'ideale che ogni persona, qualunque siano le sue caratteristiche, possa entrare nel processo educativo.

Promuovere l'inclusione al nido significa mettere in atto una programmazione e specifiche pratiche educative quotidiane attente alla partecipazione di tutti i bambini.

Rispetto alla partecipazione ad attività all'interno dei servizi educativi, ci sono tre fattori che maggiormente hanno un effetto su di essa:

- le caratteristiche fisiche dell'ambiente;
- gli aspetti organizzativi del servizio;
- gli atteggiamenti del personale educativo.

Sono proprio questi ultimi che, attraverso le pratiche messe in atto all'interno del contesto educativo, favoriscono la partecipazione di tutti i bambini.

Le caratteristiche degli educatori che influenzano gli atteggiamenti verso l'inclusione e la disabilità sono molteplici: età, genere, livello di istruzione, anni di esperienza lavorativa, avere familiari o parenti con disabilità o frequentare persone con disabilità.

Canevaro (2013) tratta il percorso verso l'inclusione distinguendo tre concetti:

1. inserimento: è l'entrata di una persona in un contesto ordinario e permette l'instaurarsi di interazioni tra essa e le persone che già appartengono al contesto; questo passo segna l'uscita da una condizione di esclusione;
2. integrazione: il momento in cui la persona ed il contesto ospitante entrano in una dinamica di adattamento reciproco;
3. inclusione: è un processo che va oltre l'integrazione; nell'inclusione tutti, nel momento in cui vengono inseriti in un contesto, hanno pari dignità e diritti, sono a pari livello (Bulgarelli, 2018).

## CAPITOLO 3

### LA COMUNICAZIONE DELLE DIFFICOLTÀ ED IL SUPPORTO ALLA FAMIGLIA

3.1 L'identificazione precoce delle difficoltà e la creazione del rapporto di fiducia.

Il nido può risultare un contesto educativo fondamentale per l'identificazione di difficoltà o di situazioni a rischio nel bambino. Tale ambiente presenta un'organizzazione ed elementi che permettono una maggiore e più facilitata osservazione delle competenze del bambino: routine ben strutturate e chiare, richiesta di un'autonomia maggiore rispetto a quella richiesta nel proprio contesto domestico ed, inoltre, possibilità di entrare in relazione ed interagire con i propri pari, aspetto difficilmente realizzabile all'interno della propria casa, soprattutto in assenza di fratelli.

Questo particolare ambiente presenta, al proprio interno, le figure degli educatori, i quali possiedono competenze specifiche e conoscenze di base per quanto riguarda le tappe di sviluppo dei bambini, senza dimenticare il bagaglio di esperienza concreta che essi hanno alle spalle avendo lavorato, e lavorando tutt'ora, con molti bambini diversi.

Anche la famiglia rientra all'interno del campo di osservazione degli educatori. Tre sono le diverse situazioni con le quali essi devono confrontarsi: nel primo caso la famiglia entra a far parte del contesto nido avendo già avviato il processo di diagnosi e certificazione del proprio bambino; nel secondo caso, invece, viene messo in atto un processo di confronto tra gli educatori e la famiglia sull'osservazione del bambino al nido ed in casa, che porta ad una più piena comprensione della condizione di esso; infine, nel terzo caso, sono proprio gli educatori che cercano di far prendere consapevolezza ai genitori di tale situazione, i quali faticano a concepire e realizzare la presenza di difficoltà nel loro bambino. Una volta che l'équipe educativa ha terminato la sua

osservazione è di grande importanza condividere con i genitori tali osservazioni, preoccupazioni e le possibili proposte d'azione.

È fondamentale, però, ricordare che, prima di qualsiasi sorta di comunicazione relativa alle possibili difficoltà, è necessario che tra educatori e famiglia si sia instaurata una relazione di fiducia. Per permettere che ciò accada è essenziale la consapevolezza, da entrambe le parti, che la funzione educativa svolta dal personale del nido e quella genitoriale non sono sovrapposte né sovrapponibili; altrimenti, potrebbe venirsi a verificare una situazione nella quale i genitori potrebbero sentirsi minacciati, a causa di un'insicurezza, nella loro funzione genitoriale.

Da parte dell'équipe educativa è necessario, durante le settimane di osservazione, dedicarsi e coltivare anche la relazione con i genitori, riservando quotidianamente del tempo alla comunicazione sulla giornata al nido.

Questa fase è tra le più delicate. È fondamentale, quindi, focalizzarsi principalmente sui punti di forza del bambino, su cose che egli sa e fa volentieri, non sbilanciandosi troppo sui dubbi inerenti allo sviluppo del bambino.

Per far sì che i genitori percepiscano un reale rispetto e riconoscimento reciproco nella relazione con gli educatori, è ottimale porli nella posizione di "esperti del loro bambino", chiedendo loro aggiornamenti e condivisioni di notizie sulle routine ed abitudini quotidiane a casa.

A questo punto il ruolo dell'educatore diventa sempre più importante: se i genitori cominciano già a mostrare preoccupazioni rispetto allo sviluppo del loro bambino, gli educatori possono discuterne ed accogliere tali inquietudini, cercando di rispondere concretamente ai loro dubbi in merito a come procederà il "lavoro" con essi; se, invece, la famiglia risulta restia alla realizzazione della presenza di difficoltà, è fondamentale accompagnarli lungo una graduale presa di consapevolezza, raccogliendo osservazioni per poter affermare non più "opinioni personali", ma "comportamenti osservati" (Bulgarelli, 2018).

### 3.2 L'importanza del colloquio quando si parla di disabilità.

La fase del colloquio può avvenire nel momento in cui gli educatori ritengono che sia arrivato il tempo di una comunicazione maggiormente strutturata. È essenziale che tale colloquio venga svolto all'interno di uno spazio tranquillo per permettere ai genitori di sentirsi il più possibile a proprio agio, ed un tempo specifico, cercando, quindi, di evitare di trattare il tema delle difficoltà osservate in momenti affrettati, parziali e frenetici come l'accoglienza mattutina o l'uscita pomeridiana.

In tale momento è importante, da parte degli educatori, prestare molta attenzione alle parole che andranno ad utilizzare, ricordandosi che l'obiettivo è quello di non spaventare ulteriormente i genitori.

È possibile, a questo punto, che molti genitori reagiscano minimizzando o, addirittura, negando la situazione; è compito, quindi, degli educatori cercare di far comprendere alla famiglia che essi desiderano solamente il bene del bambino e che non ci sono altre ragioni che hanno portato al colloquio.

I genitori devono comprendere che gli educatori conoscono il bambino, sono partecipi della sua vita, stringono una relazione affettiva con lui, ma presentano un coinvolgimento diverso rispetto alla coppia genitoriale; ciò, fortunatamente, permette di facilitare quella che è l'accoglienza dei vissuti della famiglia e restituire una risposta, in parte, ridimensionata da angosce e preoccupazioni.

Inoltre, il colloquio permette all'équipe educativa di condividere con essi quelle che sono le gioie per le piccole conquiste quotidiane del bambino, e non solamente difficoltà e dubbi.

Non si riflette mai sul fatto che anche l'educatore vive il sentimento di preoccupazione, angoscia e fatica nel vivere una relazione profonda con il bambino con disabilità; il colloquio con i genitori può essere un contesto privilegiato per creare questa dimensione di ascolto e relazione di cui si ha fortemente bisogno (Bulgarelli, 2018).

### 3.3 La famiglia e le diverse risposte di fronte alla disabilità.

Il momento in cui una famiglia realizza che il proprio figlio ha delle difficoltà è molto delicato; molteplici sono le reazioni che gli individui possono avere quando si trovano a dover affrontare tale situazione.

Le preoccupazioni che affliggono i genitori in questi casi non sono rivolte solo a ciò che riguarda la salute, l'autonomia e la qualità di vita del bambino, ma anche a loro stessi: ciò scombina la quotidianità e gli ideali di vita futura dell'intera famiglia.

Ogni genitore reagisce alla disabilità in maniera differente; tuttavia, è possibile delineare alcuni processi psicologici comuni.

Nel momento in cui una coppia si trova di fronte alla disabilità del figlio potrebbe innescarsi un senso di colpa per non essere stati capaci di dare vita ad un bambino sano. Viene vissuto una sorta di lutto per la perdita di quella che era l'immagine idealizzata dalla futura famiglia, mettendo in atto un "misconoscimento" della situazione, una vera e propria mancanza di riconoscimento della realtà.

Davanti a tale circostanza possono venir applicate le fasi più comuni del processo di elaborazione di un lutto, delineate da Elisabeth Kubler-Ross (1969). La prima fase è quella del rifiuto: il soggetto tende a negare la perdita e a rifiutare quella che è la realtà, mettendo in atto un vero e proprio meccanismo di difesa. Successivamente c'è la fase della rabbia, nella quale prevalgono la solitudine ed il ritiro sociale. Segue la fase della depressione dove, soprattutto le madri, come accennato in precedenza, vivono un senso di colpa per la disabilità del figlio; questa fase è quella che maggiormente ostacola il processo di accettazione, portando la famiglia a bloccarsi di fronte alla diagnosi, impedendo di comprendere pienamente la nuova situazione. Infine, vi è la fase di accettazione del lutto dove vi è una totale elaborazione della perdita dell'ideale di figlio che avevano, comprendendo di non essere i soli a vivere tale circostanza (Chiusaroli, 2022).



“Pensai per la prima volta alla differenza tra incontrare la disabilità e generarla. Mi resi conto che era sostanziale, che la seconda opzione era davvero durissima. Praticamente l'unica cosa che ci regala quel briciolo di infinito, ovvero generare la vita, diventava qualcosa che urlava a me e al mondo in maniera violenta, come solo la natura sa fare, la mia imperfezione e impotenza.

[...] Una delle esperienze più spiazzanti e faticose che un genitore di figli con disabilità vive ogni giorno sono, appunto, gli sguardi delle persone che si incontrano. La loro potenza e prepotenza. [...] Era un segnale evidente della mancanza di abitudine alla diversità, o meglio di confidenza con la disabilità” (Marangoni, 2018-2020-2021, p. 45-134).

Con queste parole Guido Marangoni ci racconta a cuore aperto come scoprire di aspettare Anna, una bambina affetta da Trisomia 21, scombussolò completamente quella che, fino ad allora, era stata la sua vita e quella della sua famiglia. Nel suo libro “Anna che sorride alla pioggia” egli esterna tutte le proprie paure, le preoccupazioni, le ansie, le angosce, i dubbi che una famiglia prova nel momento in cui realizza che il loro futuro figlio non sarà come tutti gli altri.

Anche i fratelli possono venir travolti da tale situazione, vivendo un possibile senso di ingiustizia o di risentimento per tutte le attenzioni e il tempo che vengono

dedicati al fratello con disabilità, o per le limitazioni che tale realtà impongono alla famiglia. È possibile che i fratelli provino un senso di imbarazzo causato dalle differenze, dal comportamento, dall'aspetto del fratello, provando un senso di isolamento per non vivere ciò che il resto dei coetanei vive.

Tale condizione, però, potrebbe far sì che essi nutrano un senso di responsabilità nei confronti dei fratelli in difficoltà, ed una maggiore indipendenza ed autonomia personale, dovuta anche al fatto che i genitori rivolgono maggiori attenzioni, aiuto e cure al figlio con disabilità.

Ma non esiste mai solo un lato della medaglia: accogliere in famiglia un bambino con disabilità è anche una fonte di soddisfazione ed appagamento per

l'adulto. Esso prova un senso di gratificazione nel vivere questo specifico tipo di genitorialità; avviene il riconoscimento delle piccole conquiste quotidiane di sviluppo e crescita, le quali portano all'annullamento delle previsioni fatte al momento della diagnosi sullo sviluppo del bambino (Bulgarelli, 2018).

Servendoci nuovamente delle parole di Marangoni: "La sindrome occupava tutto. Tutti i pensieri. Tutte le visioni. Tutte le preoccupazioni. Tutto. Per questo avevamo fretta di mettere un nome alla creatura.

Perché la bambina con il suo nome si sarebbe fatta spazio in quella giungla di paure per aiutarci a cacciare sullo sfondo la sindrome che era certamente una parte, ma non era tutto.

[...] Perché la disabilità a volte è bastarda con noi genitori: ci fa accontentare. E accontentarsi impedisce di esplorare, osare, provare, sbagliare, rischiare" (Marangoni 2028-2020-2021, p. 61-133).

E proprio così fece Franco Antonello, il papà di Andrea, rischiò. Tutto ebbe inizio con poche, semplici parole: "suo figlio probabilmente è autistico"; per anni, da quando a 3 anni venne confermata la diagnosi di Andrea, hanno viaggiato per il mondo ricercando ogni sorta di terapia, fino a quando il padre, Franco, decide che era il momento di partire per un viaggio diverso, un viaggio padre e figlio attraverso l'America, in sella ad una moto.

Andrea aveva solamente bisogno di libertà; "Un viaggio? Ah, no", questa era stata la risposta che inizialmente avevano ricevuto, "perché le persone autistiche sono a loro agio solo in situazioni prevedibili, amano la regolarità delle consuetudini, le persone autistiche non tollerano i cambiamenti e numerose altre obiezioni" (Ervás, 2012, p. 22).

Ma questo non bastò per fermare Franco che, attraverso le parole di Fulvio Ervas, racconta come l'autismo non è stato in grado di fermare i piani che lui ed Andrea avevano in mente e, prima di ogni cosa, la loro vita; durante questo viaggio, Ervas narra come molte persone diverse siano entrate in contatto con questa coppia così bizzarra, ma, soprattutto, come in ognuno di essi questo ragazzo sia riuscito a tracciare un segno indelebile, e non "a causa

dell'autismo", ma "grazie all'autismo" (Ervas, 2012).

## CONCLUSIONE

L'autismo ed, in generale, i disturbi dello sviluppo, incidono notevolmente sulla qualità della vita delle persone interessate e delle loro famiglie. La necessità di conoscere meglio questi disturbi tocca sia le diverse figure professionali direttamente coinvolte nell'interazione con persone con disabilità, sia l'intero nucleo familiare del bambino stesso.

Questa relazione ha preso vita con lo scopo di informare, almeno in piccola parte, le persone, interne o esterne che siano al contesto scolastico, su quello che è il mondo della diversità, della disabilità e dell'inclusione. È stata proprio l'esperienza di tirocinio che ho vissuto che ha smosso questa necessità di ricercare, di comprendere ciò che, fino ad allora, mi era così sconosciuta, ovvero la disabilità. Ho voluto, quindi, riportare delle basilari linee d'azione in grado di rendere l'esperienza scolastica, e non solo, una vera e propria opportunità per questi bambini.

Il lavoro con i ragazzi affetti da autismo, e non solo, richiede, inevitabilmente, un consistente impegno da parte degli insegnanti, degli educatori e delle famiglie; insegnanti ed operatori devono lavorare, necessariamente, in collaborazione con le famiglie, le quali sono fonti preziose di informazioni sul bambino e un grande aiuto, di conseguenza, nel comprenderne comportamenti ed atteggiamenti ed elaborare strategie efficaci.

Inequivocabile è il fatto che alla base di tutto deve esserci l'ideale di puerocentrismo; il bambino deve essere al centro del rapporto educativo. Solamente, in questo modo, il bambino potrà ottenere risultati il più proficui possibile, in primis per sé stesso e per la propria vita.

Tutti gli adulti che entrano a far parte della vita di un bambino che presenta qualsivoglia tipo di disabilità, che essi facciano parte dell'ambiente scolastico, familiare, di gioco, sanitario...non possono mai dimenticare che non devono lavorare "sul" bambino, ma "con" il bambino, altrimenti tutti gli sforzi, sia dell'adulto che del bimbo stesso, risulteranno inutili.

In conclusione, questa relazione vuole essere da spunto per coloro che, volontariamente o necessariamente, sono vicini al tema della disabilità infantile e dell'inclusione di tali bambini, permettendo, così, di eliminare sempre più quel velo di ignoranza che ricopre da sempre questa delicata tematica.

## BIBLIOGRAFIA

Ballard K., (2004) Children and disability: special or included?, *Faculty of Education University of Otago :Waikato Journal of Education*.

Bulgarelli D., (2018) *Nido inclusivo e bambini con disabilità: favorire e supportare il gioco e la comunicazione*, Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Cellamare S., (2009) I bisogni educativi speciali, ovvero le disabilità invisibile. *Prospettiva EP* (p. 93): Armando.

Cesaro A., (2015) *Asilo nido e integrazione del bambino con disabilità*, Roma: Crocci editore S.p.A. (editing e impaginazione Fregi e Majuscole, Torino, 1<sup>a</sup> edizione giugno 2015/ 4<sup>a</sup> ristampa gennaio 2020) .

Chiusaroli D., (2022) Famiglia e disabilità: dinamiche e criticità, *Università di Cassino e del Lazio Meridionale*, (pdf).

D'Alonzo L., (2018), *Pedagogia speciale per l'inclusione*, Scholé.

Doni A. F., (1997) *I mondi e gli inferi*: Einaudi.

Ervas F., (2012) *Se ti abbraccio non aver paura*, Milano: Marcos y Marcos.

Galdieri M., Zappalà E., Aiello P., (2021) Integration for inclusion in early childhood education. Sustainable educational approaches for children with Autism Spectrum Disorders. In Dozza L. (a cura di), *Formazione e Insegnamento* ( p. 477-478).

Gatto S., (2010) La prospettiva dei bisogni educativi speciali. In Crispiani P. (a cura di) *Il management nella scuola di qualità*: Armando Editore (p. 355).

Grabrucker A. M., (2021) *Autism Spectrum Disorders*, Australia Exon Publications.

Marangoni G., (2018) *Anna che sorride alla pioggia. Storia di calzini spaiati e cromosomi rubati*, Sperling & Kupfer Editori S.p.A. (2017), Milano: Mondadori Libri S.p.A. (2018), edizione 1 (2018), edizioni 5-6-7-8-9-10-11-12 (2020-2021).

Merlo G., (2011) *La prima infanzia e la sua educazione tra utopia e scienza dall'Età Moderna al Novecento*, Milano: Franco Angeli.

Liporace P., (2007) *Elementi di Pedagogia speciale*, Chieti-Pescara: Aracne Editrice.

Pinelli S., (2015) La Pedagogia speciale per la scuola inclusiva: le coordinate per promuovere il cambiamento, *riviste digitali Erickson*.

Poisdorfer R., (2009) *Autism*, United States of America, Bethesda, MD : National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institutes of Health.

Purdue K., (2009) Barriers to and Facilitators of Inclusion for Children with Disabilities in Early Childhood Education. In *Contemporary Issues in Early Childhood*, Journal Author Gateway (p. 133).

Schianchi M., (2009) *La Terza Nazione del Mondo. I disabili tra pregiudizio e realtà*: Ed Feltrinelli.

Tambelli R., (2022) *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Lavis (TN): Il Mulino.

Vicari S., Valeri G., Fava L., (2012) *L'autismo dalla diagnosi al trattamento*, Spa Bologna: Società editrice Il Mulino.



## **SITOGRAFIA**

[https://galileodiscovery.unipd.it/discovery/search?vid=39UPD\\_INST:VU1](https://galileodiscovery.unipd.it/discovery/search?vid=39UPD_INST:VU1)

<https://rivistedigitali.erickson.it/>

<https://scholar.google.com/>

# ALLEGATI

## Allegato 1. Copia di un Piano Educativo Individualizzato

SCUOLA DELL'INFANZIA

[INTESTAZIONE DELLA SCUOLA]

### PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

(ART. 7, D. LGS. 13 APRILE 2017, N. 66 e s.m.i.)

Anno Scolastico \_\_\_\_\_

BAMBINO/A \_\_\_\_\_

codice sostitutivo personale \_\_\_\_\_

Sezione \_\_\_\_\_ Plesso o sede \_\_\_\_\_

ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA rilasciato in data \_\_\_\_\_

Data scadenza o rivedibilità:  \_\_\_\_\_  Non indicata

PROFILO DI FUNZIONAMENTO redatto in data \_\_\_\_\_

Nella fase transitoria:

PROFILO DI FUNZIONAMENTO NON DISPONIBILE

DIAGNOSI FUNZIONALE redatta in data \_\_\_\_\_

PROFILO DINAMICO FUNZIONALE IN VIGORE approvato in data \_\_\_\_\_

PROGETTO INDIVIDUALE  redatto in data \_\_\_\_\_  non redatto

PEI PROVVISORIO	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. 1	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup> ..... ○ .
APPROVAZIONE DEL PEI E PRIMA SOTTOSCRIZIONE	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. 1	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup> ..... ○ .
VERIFICA INTERMEDIA	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup> ..... ○ .
VERIFICA FINALE E PROPOSTE PER L' A.S. SUCCESSIVO	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup> ..... ○ .

(1) o suo delegato

#### Composizione del GLO - Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione

Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modif. dal D.Lgs 96/2019)

Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO
1.	

1

2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
...	

**Eventuali modifiche o integrazioni alla composizione del GLO, successive alla prima convocazione**

Data	Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO	Variazione (nuovo membro, sostituzione, decadenza...)

**1. Quadro informativo**

<p>Situazione familiare / descrizione del bambino o della bambina</p> <p>A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

**2. Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento**

o dalla Diagnosi Funzionale, se non disponibile

<p><i>Sintetica descrizione, considerando in particolare le dimensioni sulle quali va previsto l'intervento e che andranno quindi analizzate nel presente PEI</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

<p><i>In base alle indicazioni del Profilo di Funzionamento (o della Diagnosi Funzionale e del Profilo Dinamico Funzionale se non è stato ancora redatto) sono individuate le dimensioni rispetto alle quali è necessario definire nel PEI specifici interventi. Le sezioni del PEI non coinvolte vengono omesse.</i></p>			
Dimensione Socializzazione/Interazione/Relazione	Sezione 4A/5A	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Comunicazione/Linguaggio	Sezione 4B/5A	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Autonomia/ Orientamento	Sezione 4C/5A	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento	Sezione 4D/5A	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa

### 3. Raccordo con il Progetto Individuale di cui all'art. 14 della Legge 328/2000

a. Sintesi dei contenuti del Progetto Individuale e sue modalità di coordinamento e interazione con il presente PEI, tenendo conto delle considerazioni della famiglia (se il progetto individuale è stato già redatto) \_\_\_\_\_

b. Indicazioni da considerare nella redazione del progetto individuale di cui all'articolo 14 Legge n. 328/00 (se il progetto individuale è stato richiesto e deve ancora essere redatto)

### 4. Osservazioni sul/sulla bambino/a per progettare gli interventi di sostegno didattico Punti di forza sui quali costruire gli interventi educativi e didattici

a. Dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione:

b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio:

c. Dimensione dell'autonomia e dell'orientamento:

d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento:

Revisione

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti  
oggetto di eventuale  
revisione

### 5. Interventi per il/la bambino/a: obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità

**A. Dimensione: RELAZIONE / INTERAZIONE / SOCIALIZZAZIONE** → si faccia riferimento alla sfera affettivo relazionale, considerando l'area del sé, il rapporto con gli altri, la motivazione verso la relazione consapevole, anche con il gruppo dei pari, le interazioni con gli adulti di riferimento nel contesto scolastico, la motivazione all'apprendimento

#### OBIETTIVI

Obiettivi ed esiti attesi

#### INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI

Attività

Strategie e Strumenti

**B. Dimensione: COMUNICAZIONE / LINGUAGGIO** → si faccia riferimento alla competenza linguistica, intesa come comprensione del linguaggio orale, produzione verbale e relativo uso comunicativo del linguaggio verbale o di linguaggi alternativi o integrativi; si consideri anche la dimensione comunicazionale, intesa come modalità di interazione, presenza e tipologia di contenuti prevalenti, utilizzo di mezzi privilegiati

**OBIETTIVI**

Obiettivi ed esiti attesi
---------------------------

**INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI**

Attività	Strategie e Strumenti
----------	-----------------------

**C. Dimensione: AUTONOMIA/ORIENTAMENTO** → si faccia riferimento all'autonomia della persona e all'autonomia sociale, alle dimensioni motorio-prassica (motricità globale, motricità fine, prassie semplici e complesse) e sensoriale (funzionalità visiva, uditiva, tattile)

**OBIETTIVI**

Obiettivi ed esiti attesi
---------------------------

**INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI**

Attività	Strategie e Strumenti
----------	-----------------------

**D. Dimensione COGNITIVA, NEUROPSICOLOGICA E DELL'APPRENDIMENTO** → capacità mnesiche, intellettive e organizzazione spazio-temporale; livello di sviluppo raggiunto in ordine alle strategie utilizzate per la risoluzione di compiti propri per la fascia d'età, agli stili cognitivi, alla capacità di integrare competenze diverse per la risoluzione di compiti, alle competenze di lettura, scrittura, calcolo, decodifica di testi o messaggi

**OBIETTIVI**

Obiettivi ed esiti attesi
---------------------------

**INTERVENTI DIDATTICI e METODOLOGICI**

Attività	Strategie e Strumenti
----------	-----------------------

**Revisione**

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
--	--

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti	
--	--

**6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori**

Osservazioni nel contesto scolastico con indicazione delle barriere e dei facilitatori a seguito dell'osservazione sistematica del bambino o della bambina e della sezione

--

**Revisione**

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
--	--

**7. Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo**

Obiettivi educativi e didattici, strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e delle autonomie, anche sulla base degli interventi di corresponsabilità educativa intrapresi dall'intera comunità scolastica per il soddisfacimento dei bisogni educativi individuati.

--

**Revisione**

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
--	--

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

Con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti.	
--	--

**8. Interventi sul percorso curricolare****8.1 Interventi educativi, strategie, strumenti nei diversi campi di esperienza**

Modalità di sostegno educativo e ulteriori interventi di inclusione
---

**Revisione**

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
--	--

**Verifica conclusiva degli esiti**

Data: \_\_\_\_\_

Con verifica dei risultati educativi conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti riferiti anche all'ambiente di apprendimento	
--	--

*NB: la valutazione finale degli apprendimenti è di competenza di tutti i docenti della sezione*

## 9. Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse

### Tabella orario settimanale

(da adattare - a cura della scuola - in base all'effettivo orario della sezione)

Per ogni ora specificare:

- se il/la bambino/a è presente a scuola salvo assenze occasionali

- se è presente l'insegnante di sostegno

- se è presente l'assistente all'autonomia o alla comunicazione

Pres. \* (se è sempre presente non serve specificare)

Sost. \*

Ass. \*

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
8.00 - 9.00	Pres. * Sost. * Ass. *					
9.00 - 10.00	Pres. * Sost. * Ass. *					
10.00 - 11.00	Pres. * Sost. * Ass. *					
11.00 - 12.00	Pres. * Sost. * Ass. *					
12.00 - 13.00	Pres. * Sost. * Ass. *					
...	...					

Il/la bambino/a frequenta con orario ridotto?	<input type="checkbox"/> Sì: è presente a scuola per ___ ore settimanali rispetto alle ___ ore della classe, su richiesta <input type="checkbox"/> della famiglia <input type="checkbox"/> degli specialisti sanitari, in accordo con la scuola, per le seguenti motivazioni:..... <input type="checkbox"/> No, frequenta regolarmente tutte le ore previste per la classe
Il/la bambino/a è sempre nel gruppo sezione con i compagni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, in base all'orario è presente n. _____ ore in laboratorio o in altri spazi per le seguenti attività _____
Insegnante per le attività di sostegno	Numero di ore settimanali _____
Risorse destinate agli interventi di assistenza igienica e di base	Descrizione del servizio svolto dai collaboratori scolastici _____ _____
Risorse professionali destinate all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione	Tipologia di assistenza / figura professionale _____ Numero di ore settimanali condivise con l'Ente competente _____
Altre risorse professionali presenti nella scuola/classe	<input type="checkbox"/> docenti della sezione o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno <input type="checkbox"/> docenti dell'organico dell'autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività rivolte al/alla bambino/a e/o alla sezione <input type="checkbox"/> altro _____



Uscite didattiche e visite guidate	Interventi previsti per consentire al bambino o alla bambina di partecipare alle uscite didattiche e alle visite guidate organizzate per la sezione _____
Strategie per la prevenzione e l'eventuale gestione di comportamenti problematici	_____
Attività o progetti sull'inclusione rivolti alla classe	_____
Trasporto Scolastico	Indicare le modalità di svolgimento del servizio _____

#### Interventi e attività extrascolastiche attive

Tipologia (es. riabilitazione, attività extrascolastiche, attività ludico/ricreative, trasporto scolastico etc.)	n° ore	struttura	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)
Attività extrascolastiche di tipo informale		supporto	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)

#### Revisione

Data: \_\_\_\_\_

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione relativi alle risorse professionali dedicate	
---	--

## 11. Verifica finale/Proposte per le risorse professionali e i servizi di supporto necessari

Verifica finale del PEI Valutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI)	
--	--

### Aggiornamento delle condizioni di contesto e progettazione per l'a.s. successivo [Sez. 5-6-7]

--

### Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza

#### Assistenza

<p>Assistenza di base (<b>per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi</b>)</p> <p><i>igienica</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>spostamenti</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>mensa</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>altro</i>      <input type="checkbox"/> (<i>specificare.....</i>)</p> <p>Dati relativi all'assistenza di base (nominativi collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)</p>	<p>Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione (<b>per azioni riconducibili ad interventi educativi</b>):</p> <p><u>Comunicazione:</u></p> <p><i>assistenza a bambini/e privi della vista</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>assistenza a bambini/e privi dell'udito</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u></p> <p><i>cura di sé</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>mensa</i>      <input type="checkbox"/></p> <p><i>altro</i>      <input type="checkbox"/> (<i>specificare .....</i>)</p> <p>Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (nominativi educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)</p>
---	--

*Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo del/della bambino/a*

Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)	Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo
---	--

Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo	<p>Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, <b>tenuto conto</b> <input type="checkbox"/> <b>del Profilo di Funzionamento</b>, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell'ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 29.12.2020, n. 182 - il seguente fabbisogno di ore di sostegno.</p> <p>Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo _____</p> <p>con la seguente motivazione:.....</p>
--	--

<p>Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno successivo*</p> <p>* (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)</p>	<p>Partendo dalle osservazioni descritte nelle Sezioni 4 e 6 e dagli interventi descritti nelle Sezioni n. 5 e 7, tenuto conto del Profilo di Funzionamento e dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno:</p> <p>- si indica il fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente.....</p> <p>- si indica, come segue, il fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione - nell'ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 182/2020 e dall'Accordo di cui all'art. 3, comma 5<i>bis</i> del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo:</p> <p>tipologia di assistenza / figura professionale _____</p> <p>per N. ore _____(1).</p>
<p>Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola</p>	
<p>Indicazioni per il PEI dell'anno successivo</p>	<p>Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposte; criticità emerse da correggere, ecc.....</p> <p>.....</p>

(1) L'indicazione delle ore è finalizzata unicamente a permettere al Dirigente Scolastico di formulare la richiesta complessiva d'Istituto delle misure di sostegno ulteriori rispetto a quelle didattiche, da proporre e condividere con l'Ente Territoriale

La verifica finale, con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di assistenza/figure professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO in data \_\_\_\_\_

Come risulta da verbale n. \_\_\_\_ allegato

Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO	FIRMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

## 12. PEI Provvisorio per l'a. s. successivo

[da compilare a seguito del primo accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica]

Proposta del numero di ore di sostegno alla classe per l'anno successivo * (Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017)	Partendo dal Profilo di Funzionamento, si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione degli interventi educativi da attuare ed il relativo fabbisogno di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza ..... .....					
	Entità delle difficoltà nello svolgimento delle attività comprese in ciascun dominio/dimensione tenendo conto dei fattori ambientali implicati	Assente <input type="checkbox"/>	Lieve <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Elevata <input type="checkbox"/>	Molto elevata <input type="checkbox"/>
	Ore di sostegno richieste per l'a. s. successivo _____ con la seguente motivazione:..... .....					

## Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza

### Assistenza

Assistenza di base ( <b>per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi</b> ) <i>igienica</i> <input type="checkbox"/> <i>spostamenti</i> <input type="checkbox"/> <i>mensa</i> <input type="checkbox"/> <i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare.....) Dati relativi all'assistenza di base (collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria)	Assistenza specialistica all'autonomia e/o alla comunicazione ( <b>per azioni riconducibili ad interventi educativi</b> ): <u>Comunicazione:</u> <i>assistenza a bambini/e privi della vista</i> <input type="checkbox"/> <i>assistenza a bambini/e privi dell'udito</i> <input type="checkbox"/> <i>assistenza a bambini/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo</i> <input type="checkbox"/> <u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u> <i>cura di sé</i> <input type="checkbox"/> <i>mensa</i> <input type="checkbox"/> <i>altro</i> <input type="checkbox"/> (specificare .....) Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria).....
--	--

Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo del/della bambino/a

Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.)	Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo .....
---	--

<p>Proposta delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione, per l'anno successivo*</p> <p>*(Art. 7, lettera d) D.Lgs 66/2017 )</p>	<p>Tenuto conto del Profilo di Funzionamento si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione del fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base e delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione, per l'anno successivo:</p> <p>a) Fabbisogno di risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nel modo seguente _____</p> <p>b) Fabbisogno di risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione - nell'ambito di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 182/2020 e dall'Accordo di cui all'art. 3, comma 5bis del D.Lgs 66/2017 - per l'a. s. successivo: tipologia di assistenza / figura professionale _____ per N. ore _____(1).</p>
<p>Eventuali esigenze correlate al trasporto del bambino o della bambina da e verso la scuola</p>	

(1) L'indicazione delle ore è finalizzata unicamente a permettere al Dirigente Scolastico di formulare la richiesta complessiva d'Istituto delle misure di sostegno ulteriori rispetto a quelle didattiche, da proporre e condividere con l'Ente Territoriale

Il PEI provvisorio con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di assistenza/figure professionali e relativo fabbisogno da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione, per l'anno scolastico successivo, è stato approvato dal GLO

in data \_\_\_\_\_

come risulta da verbale n. \_\_\_\_ allegato

Nome e Cognome	*specificare a quale titolo ciascun componente interviene al GLO	FIRMA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		