



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

---

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO  
E DELLA SOCIALIZZAZIONE DPSS

Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo,  
della Personalità e delle Relazioni Interpersonali

Elaborato finale

## **USO DEL PEI ALLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO: ANALISI DI UN CASO DI SINDROME DI DOWN**

**USE OF PEI  
AT SECONDARY SCHOOL:  
ANALYSIS OF A CASE OF A DOWN SYNDROME**

*Relatrice*

**Prof.ssa Silvia Lanfranchi**

*Laureanda*

**Teresa Guerriero**

*Matricola*

**1220700**

---

**Anno Accademico 2023-2024**



*Li chiamate “disturbi dell’apprendimento”  
perché disturbano voi o noi?  
Perché cambia l’obiettivo.  
Se cercate di capire come togliere il disturbo che diamo ai professori,  
d’accordo, mandateci pure a riabilitarci  
nel poco tempo di vita che ci lasciate  
oltre ai compiti, le mappe, gli schemi, le verifiche e quant’altro...  
Ma se cercate di capire come togliere a noi il disturbo  
che ci porta a leggere lenti e con errori  
allora fate che ci rispettino e aiutino ad avere più speranza,  
che valiamo anche leggendo meno e sbagliando il riporto algebrico...  
Comunque, Lucangeli, ho accolto il suo consiglio  
a essere ottimista nel fatto che tutti possiamo cambiare.  
Infatti quando la prof Giorgi mi ha messo 3/4 con scritto a fianco  
“puoi migliorare” le ho risposto:  
“Grazie prof, anche lei”.*

*Alex, dodici anni*



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	I
<b>CAPITOLO I</b>	
<b>LA SINDROME DI DOWN IN ETÀ EVOLUTIVA</b> .....	1
<b>1.1 Trisomia 21 o Sindrome di Down: Eziologia</b> .....	1
<b>1.2 Trisomia 21. Cenni storici</b> .....	2
<b>1.3 Diagnosi della Sindrome di Down</b> .....	6
<b>1.4 Linea di sviluppo di un soggetto con Sindrome di Down</b> .....	7
<i>1.4.1 Lo Sviluppo Motorio</i> .....	8
<i>1.4.2 Lo Sviluppo del Linguaggio</i> .....	9
<i>1.4.3 Lo Sviluppo Cognitivo e Socioemotivo</i> .....	10
<i>1.4.4 Il Comportamento Adattivo</i> .....	11
<i>1.4.5 Apprendimenti Scolastici</i> .....	12
<b>CAPITOLO II</b>	
<b>IL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO</b> .....	15
<b>2.1 Storia ed evoluzione delle Politiche di Integrazione Scolastica in Italia</b> .....	15
<b>2.2 La Diagnosi Funzionale – DF</b> .....	18
<b>2.3 Il Profilo Dinamico Funzionale – PDF</b> .....	19
<b>2.4 Il Piano Educativo Individualizzato – PEI</b> .....	21
<i>2.4.1 Il PEI e la Prospettiva Bio-Psico-Sociale nella struttura odierna</i> .....	22
<b>CAPITOLO III</b>	
<b>CASO CLINICO</b> .....	29
<b>3.1 Anamnesi</b> .....	32
<b>3.2 PEI primo Anno: A.S. 2020/2021</b> .....	34

<b>3.4 PEI secondo e terzo Anno: A.S. 2021/2022 - 2022/2023</b> .....	39
<b>3.5 Modelli PEI a confronto</b> .....	47
<b>3.6 Limiti del nuovo modello PEI</b> .....	49
<b>CONCLUSIONI</b> .....	51
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	55
<b>SITOGRAFIA</b> .....	59
<b>APPENDICE</b> .....	63

# INTRODUZIONE

Il PEI - *Piano Educativo Individualizzato* - è uno strumento previsto in Italia dalle politiche di integrazione scolastica, volto a garantire a tutti gli alunni e le alunne un'esperienza di socializzazione e apprendimento di qualità, al fine di coordinare e connettere l'insegnamento "normale" a quello "di sostegno".

A livello legislativo, il PEI trova la piena esecuzione con la Legge 104/1992, la quale indica i *principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona disabile*.

Negli anni sono state apportate delle modifiche, fino all'approvazione del Decreto Ministeriale 182/2020, con il quale viene sancita l'introduzione del nuovo modello del PEI, prevedendo il rinnovo delle modalità di assegnazione delle misure di sostegno per tutti gli studenti e le studentesse con disabilità e per tutti i cicli scolastici, dalla Scuola dell'Infanzia alla Scuola Secondaria.

Tale modello è il risultato della prospettiva biopsicosociale, che vede la disabilità come una condizione di interazione tra fattori personali e fattori ambientali, in cui il soggetto è inserito. Dunque, il nuovo modello del PEI vuole mettere in risalto il concetto di corresponsabilità educativa della comunità scolastica e risponde all'esigenza di analizzare il contesto scolastico per individuare le barriere e i facilitatori di contesto, al fine di definire gli obiettivi didattici, gli strumenti, le strategie da mettere in atto.

In questo elaborato, tramite l'analisi di un caso di *Sindrome di Down*, si vuole analizzare il nuovo modello del PEI.

L'elaborato prevede quindi, un primo capitolo dove viene presa in esame la Sindrome di Down, ne vengono descritte l'eziologia, i cenni storici e lo sviluppo psicofisico in età evolutiva.

Nel secondo capitolo viene descritto il processo socioculturale e legale dell'inclusività scolastica italiana, facendo riferimento agli strumenti per la progettazione didattica e l'inclusione scolastica, in particolare al PEI e al suo sviluppo nel tempo. Nello specifico, tramite l'analisi dei PEI del ciclo scolastico della Scuola Secondaria di Primo Grado, del caso preso in esame, ne verrà delineato il percorso, prima e dopo il Decreto Ministeriale 182/2020,

descrivendo gli obiettivi e le strategie adottate, al fine di fare una valutazione critica dello strumento stesso, ad oggi sviluppato lungo quattro dimensioni:

- Dimensione della Socializzazione e dell'Integrazione,
- Dimensione della Comunicazione e del Linguaggio,
- Dimensione dell'Autonomia della persona e Autonomia sociale e dell'Orientamento,
- Dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento.

Nel successivo ed ultimo capitolo viene preso in esame un caso clinico affetto da Sindrome di Down, con Disabilità Intellettiva di grado lieve con significativa compromissione del comportamento richiedente attenzione o trattamento (ICD 10 F70.1).

Tale classificazione è caratterizzata da competenze linguistiche e relazionali complessivamente adeguate all'età, un QI approssimativo compreso tra 50 e 69, che corrisponde negli adulti a un'età mentale compresa tra 9 e 12 anni. Ne consegue, qualche difficoltà dell'apprendimento in ambito scolastico nella lettura, aritmetica, nell'uso del denaro.

Le funzioni esecutive sono compromesse, soprattutto la memoria a breve termine.

È presente un pensiero concreto all'approccio ai problemi. Le interazioni sociali sono immature, ci sono difficoltà nella regolazione emotiva. È presente una comprensione limitata del senso di rischio e del giudizio sociale. È presente una facilità nell'essere manipolati e plagiati. Necessitano di un supporto lieve per attività complesse come acquisti, trasporto, lavoro e famiglia; e come previsto dalla Legge 104/1992, in età scolastica, vengono attivate le risorse per l'integrazione scolastica, tra le quali il PEI.

Nel terzo capitolo, dunque, viene svolta una analisi dei PEI lungo il ciclo scolastico della scuola secondaria di primo grado frequentata dal Caso clinico preso in esame. Nello specifico si andranno a confrontare le caratteristiche del PEI dell'A.S. 2020/2021, svolto secondo il modello precedente, con le caratteristiche del PEI degli A.S. 2021/2022 e 2022/2023, svolti secondo il Decreto Ministeriale 182/2020.

Di quest'ultimo modello verrà poi fatta una analisi critica in merito al suo apporto inclusivo e quindi evidenziati i suoi limiti come strumento di integrazione scolastica.

L'elaborato è stato reso possibile dalla collaborazione con la Scuola Secondaria di Primo Grado "L.C Farini" di Bologna, per cui è doveroso ringraziare la Dirigente Scolastica Filomena Massaro, che ha sostenuto il mio progetto di Tesi e permesso di entrare in contatto

con: la professoressa referente dell'inclusione Patrizia Dello Iacovo, la quale mi ha aiutata a scegliere il Caso da poter analizzare; la Docente di Sostegno Milena Lorenzi e l'educatrice Laura Prestipino, le quali mi hanno presentato il Caso di A. e consegnato i documenti PEI.

Infine, non meno importanti, i genitori di A., Elisabetta e Giovanni, in particolare ci tengo a ringraziare Elisabetta che mi ha accompagnata in questo percorso, fornendomi la documentazione medica, affidandomi la storia del figlio, e una preziosa testimonianza della sua storia come madre.

Ringrazio, ovviamente, la Professoressa Silvia Lanfranchi del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'*Università degli Studi di Padova*, per aver accolto e sostenuto la mia proposta di tesi, dimostrandosi sempre disponibile e attenta nell'aiuto fornitomi, in questo bizzarro percorso di laurea.



# CAPITOLO I

## LA SINDROME DI DOWN IN ETÀ EVOLUTIVA

### 1.1 Trisomia 21 o Sindrome di Down: Eziologia

Le malattie genetiche sono la conseguenza di alterazioni all'interno del patrimonio genetico.

Le alterazioni possono riguardare: i singoli geni (in questo caso si parla di mutazioni genetiche), la struttura di un cromosoma (si parla di mutazione cromosomica) o il numero complessivo dei cromosomi (si parla di mutazioni genomiche). Nelle mutazioni genomiche, spesso si verifica la presenza di un cromosoma in più (trisomia), oppure di uno in meno (monosomia).

Qualora la mutazione genomica fosse compatibile con la vita, allora si manifestano quadri patologici o sindromi, molte delle quali sono accompagnate da disabilità intellettiva più o meno grave.

La causa alla base della *Sindrome di Down (SD)* è di tipo genetico: in particolare si tratta di Trisomia, ovvero, nel corredo cromosomico è presente un cromosoma 21 in più, per un totale di tre, invece dei due che di norma sono rispettivamente di derivazione paterna e materna.

Vi sono diverse forme di Trisomia alla base della SD: la forma più frequente (92-95% dei casi) è detta Trisomia piena, ed è dovuta alla non disgiunzione dei due cromosomi 21 durante la meiosi della gametogenesi materna o paterna e che causa la presenza di un cromosoma in più in tutte le cellule dell'individuo.

Vi sono poi altre due forme di Trisomia meno frequenti: la *Trisomia a mosaico* (2-4% dei casi), caratterizzata dalla presenza del cromosoma in più solo in alcune cellule, (i soggetti con tale sindrome potrebbero avere prestazioni cognitive, linguistiche e sociali lievemente migliori rispetto ai soggetti con trisomia piena (Vianello, 2006); e la *Trisomia con traslocazione non bilanciata* del cromosoma 21 (3-5% dei casi), trasmessa da un genitore asintomatico con traslocazione bilanciata, dove almeno il segmento terminale del cromosoma 21 è legato ad altri cromosomi, generalmente al *Cromosoma 14*.

Esistono poi altre forme più rare di trisomia (1% dei casi) che riguardano le differenze cromosomiche, ad esempio la presenza del cromosoma 21 a forma di anello o la presenza di una parte in più di un terzo cromosoma 21. (Barbone, Infortuna, 2020).

## 1.2 Trisomia 21. Cenni storici

Al fine di identificare correttamente la SD sono stati necessari più di cento anni. A cavallo tra XIX e XX Secolo, diversi studi di tipo genetico si occuparono di tracciare il corredo cromosomico del genoma umano, di studiare i geni responsabili delle manifestazioni fenotipiche e come avviene la trasmissione questi geni tra le generazioni.

La prima descrizione della SD, risale a Edouard Onesimus Seguin (1812–1880), fondatore in Francia e negli Stati Uniti di metodi e sistemi educativi per le persone con ritardo mentale.

Nel 1846, E. Seguin pubblicò il suo libro sull'argomento e poi nel 1876 fu scelto come primo Presidente dell'*American Association on Mental Deficiency (AAMD)*, associazione che oggi ha preso il nome di *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*.

La descrizione successiva della SD risale al 1886 a cura di H. Langdon Down, medico inglese che cercò una possibile classificazione dei soggetti da lui denominati “deboli di mente” (*fleeble minded*). Down lavorò presso il *Royal Earlswood Hospital* del Surrey, il primo “asilo per idioti” in Inghilterra, e presso l’Ospedale di Londra, grazie al quale scrisse l’articolo ‘*Observations on an ethnic classification of idiots*’ (Down, 1886).

In questo articolo Down specificò che i soggetti con ritardo mentale potevano essere classificati secondo cinque categorie etniche:

- **ETIOPE** (ossa molari caratteristiche, occhi prominenti, labbra gonfie, mento rientrante, capelli lanosi),
- **MALESE** (morbidi capelli ricci e neri, mascella superiore prominente, bocca capiente),
- **AMERICANA** (con fronte accorciata, guance prominenti, occhi infossati, naso un po' scimmiesco)

- **MONGOLA.** Di quest'ultima molti idioti (denominazione usata per indicare soggetti con SD) ne facevano parte per somiglianza somatica.

In particolare, Down, nel suo articolo descrisse gli aspetti fisici degli “idioti mongoli” in maniera molto dettagliata, scrivendo quanto segue:

*I capelli non sono neri, come è tipico del vero mongolo, ma di colore brunoastro, lisci e radi. Il viso è piatto, ampio e privo di sporgenze. Le guance sono tondeggianti ed estese ai lati. Gli occhi sono obliqui... La fessura palpebrale è molto stretta. La fronte presenta rughe trasversali causate dal sostegno continuo che i muscoli elevatori delle palpebre richiedono al muscolo occipito-frontale all'apertura degli occhi. Le labbra sono grandi e spesse con fessure trasversali. La lingua è lunga, spessa e molto ruvida. Il naso è piccolo. La pelle ha un leggero colorito giallastro sporco, manca di elasticità e dà l'impressione che sia troppo grande per il corpo. Le sembianze del ragazzo non consentono di capire immediatamente che è figlio di europei, ma questi aspetti si presentano con una tale frequenza che non vi può essere alcun dubbio che queste caratteristiche etniche siano il risultato di una degenerazione. Il tipo dell'idiota mongolo compare in più del dieci per cento dei casi che sono giunti alla mia attenzione. Sono sempre idioti per cause congenite, e mai in conseguenza di incidenti occorsi dopo la vita intra-uterina.<sup>1</sup>*

Down nello stesso scritto, descrisse accuratamente anche il funzionamento psicofisiologico dei soggetti:

*Sono dotati di una considerevole capacità d'imitazione, che rasenta le abilità di un mimo. Sono comici, e la loro mimica si contraddistingue spesso per un vivace senso del ridicolo [...]. Sono abitualmente capaci di parlare; il linguaggio è grossolano e indistinto, ma può essere sensibilmente migliorato attraverso un metodo ben strutturato di ginnastica della lingua. La facoltà di coordinazione è anormale, ma non così difettosa da non poter essere*

---

<sup>1</sup> DOWN, J.L.H., 1866. 'Observations on an Ethnic Classification of Idiots'. In London Hospital Reports, N. 3, P. 260. Traduzione Italiana tratta da: Osservazioni su una classificazione etnica degli idioti J. Langdon H. Down, Dottore in medicina, Londra (1866). Di CAPUANO Romolo, (Trad a cura di), disponibile al seguente link:<[www.omolocapitano.com/wp-content/uploads/2013/07/OsservazioneSuUnaClassificazioneEtnicaDegliIdioti.pdf](http://www.omolocapitano.com/wp-content/uploads/2013/07/OsservazioneSuUnaClassificazioneEtnicaDegliIdioti.pdf)>, (Ultimo accesso: 9-11-23).

*notevolmente corretta. Le loro facoltà manipolative possono progredire  
notevolmente con esercizi sistematici. (Down, 1866).*

Down, dunque, descrisse gli aspetti fisici, tutt'ora indicati come tipici della SD: occhi a mandorla, testa piccola e piatta, viso ritondo con sella nasale appiattita, bocca e orecchie più piccole, lingua grossa e sporgente, collo ampio, mani corte e larghe, lassità dei legamenti, statura media inferiore alla norma (Vianello, 2006).

Down (1866) inoltre, fece delle ipotesi sulle possibili cause congenite della sindrome, e diede una descrizione anche dei punti deficitari dei soggetti con SD (sviluppo del linguaggio, sviluppo motorio) e dei punti di forza (capacità sociali). Introducendo così, concetti di ispirazione per gli studi successivi, ma ancora lontani dalla terminologia (il termine mongolo non è più in uso) e descrizione attuale.

A partire dagli anni '20 del Novecento, sulla base dell'analisi del fenotipo e delle prime intuizioni citogenetiche, diversi clinici ipotizzarono che la SD potesse essere dovuta a una anomalia cromosomica.

Nello specifico, l'oculista olandese e Professore di Genetica all'Istituto di Medicina Preventiva di Leida, Petrus Johannes Waardenburg nel 1932, avanzò l'ipotesi che la SD fosse dovuta a una aberrazione cromosomica e quindi causata da una carenza cromosomica o al contrario a una disgiunzione cromosomica; a questo punto ipotizzò anche che lo squilibrio a livello dei cromosomi potesse riguardare parti di cromosomi, attraverso traslocazione o duplicazione parziale.

Anche il pediatra americano Adrien Bleyer, due anni dopo, nel 1934, ipotizzò che la SD fosse causata da una mutazione gametica di tipo digressivo, ovvero che disturbava l'ordine biologico all'inizio della vita risalendo a una deviazione presente nell'embrione anche prima della fecondazione con conseguenti limitazioni nelle funzioni e cambiamenti anatomici.

Solo alla fine degli anni '50, quando fu possibile studiare con precisione il cariotipo umano, ovvero la costituzione del patrimonio cromosomico di una specie dal punto di vista numerico e morfologico; studiosi come il genetista, pediatra e attivista francese, Jerome Lejeune, fu in grado di scoprire l'eziologia genetica della SD:

*[...] nel 1958 mentre lavorava all'Università di Parigi nel gruppo di ricerca di Raymond Turpin (1895-1988) scoprì che nelle cellule di pazienti affetti da Sindrome di Down sono presenti 47 cromosomi, un cromosoma*

*sopranumerario (trisomia) nella coppia di cromosomi che dal 1960 sarà indicata dal numero 21.<sup>2</sup>*

Lejeune criticò l'uso della diagnosi prenatale come mezzo di prevenzione della sindrome, cercando quindi di trovare una cura basata su uno schema metabolico; Lejeune (1981) descrisse le vie metaboliche che un giorno avrebbero potuto essere coinvolte in un trattamento farmacologico o addirittura dietetico. Lejeune (1990) presentò i risultati preliminari di studi clinici basati sulla somministrazione di vari composti (tiroxina, acido folico, acido folinico), senza però riuscire a trovare un trattamento efficace per la cura della SD, (Neri, Opitz, 2009).

Ancora oggi, non esiste una cura per la SD, e la legislazione presente nella maggior parte dei paesi occidentali, consente ai genitori di eseguire un'interruzione di gravidanza, se identificata come gravemente patologica, incidendo conseguentemente sul tasso di natalità.

L'incidenza della SD, indipendentemente dagli aborti, sembra essere stabile nei vari gruppi etnici ed è di circa di 1/700 fecondazioni (Sinet, 1999 in Guazzo & Rondal, 2021, 12).

Al contrario, vi è un aumento notevole dell'aspettativa di vita dei soggetti SD, passata dai 10 anni fino ai 60 anni, dovuto alle migliori terapie mediche volte a intervenire sui sintomi e sulle patologie associate, e alla maggiore assistenza sociale in ambito educativo e familiare (Vianello, 2006).

---

<sup>2</sup> ILSUSSIDIARIO.NET, (martedì 20 marzo 2012). PESCHIERA, F., *SCIENZA&STORIA/ Jérôme Lejeune. L'uomo e lo scienziato*. Pubblicato in Emmeciquadro N. 44 (sezione online), Pp. 1-8, <[www.donnemedico.org/wp-content/uploads/download.pdf](http://www.donnemedico.org/wp-content/uploads/download.pdf)>, (Ultimo accesso: 01-04-24).

### 1.3 Diagnosi della Sindrome di Down

La diagnosi clinica della SD può essere svolta in due momenti: durante la gravidanza, attraverso la diagnosi prenatale, e/o dopo la nascita del bambino, attraverso la diagnosi postnatale.

La diagnosi prenatale oggi è possibile già dall'undicesima settimana di gravidanza.

Le uniche due tecniche di *screening* diagnostico vero e proprio sono: la *villocentesi*, un esame eseguito durante i primi tre mesi di gravidanza su culture di cellule derivate da villi coriali (parte embrionale della placenta prelevata tramite l'uso di un catetere inserito in vagina o di un ago sottile che attraversa la parete addominale), e l'amniocentesi, un esame che analizza il liquido amniotico (estratto tramite un ago sottile che attraversa la parete addominale) contenente cellule fetali, per l'identificazione di eventuali anomalie a livello cromosomico.

Villocentesi e amniocentesi sono però tecniche invasive con un rischio di aborto spontaneo.

Vi sono poi altre tecniche meno invasive ma che non forniscono una certezza assoluta; la loro accuratezza aumenta però fino al 99% se combinate tra loro: l'analisi del siero del sangue materno, la misurazione ecografica della traslucenza nucale fetale (un piccolo distacco tra la cute e l'estremità superiore della colonna cervicale, visibile al collo), e la frequenza cardiaca fetale (Sun, Lu, Ma, 2019).

La diagnosi postnatale, invece, viene effettuata sulla base dell'aspetto fisico del neonato: il medico valuta le caratteristiche fisionomiche accompagnate solitamente da ipotonia muscolare, come descritto in precedenza.

Per l'accertamento definitivo, si effettua l'esame del cariotipo da cui si rileverà anche la tipologia di trisomia 21 (tramite un prelievo di sangue), se da non disgiunzione (non ereditaria) o da traslocazione (ereditaria).

## 1.4 Linea di sviluppo di un soggetto con Sindrome di Down

I soggetti con SD seguono una propria traiettoria di sviluppo rispetto ai soggetti con sviluppo tipico. Nello specifico, dalla letteratura, emerge che i neonati e i bambini con SD, raggiungono in modo lineare le tappe di sviluppo ma a un'età cronologica maggiore rispetto ai soggetti normodotati.

Inoltre, anche tra i bambini con SD esiste una variazione significativa nei tempi di acquisizione delle competenze previste dalle tappe evolutive (Windsperger & Hoehl, 2021).

Uno studio recente ha analizzato quattro tappe evolutive dello sviluppo (Locatelli *et al.*, 2021): sedersi-prime lallazioni-camminare-controllo sfinterico, (*sitting, babbling, walking, sphincter control*), in soggetti con SD (campione n=105), ipotizzando che possano essere abilità predittive dello sviluppo futuro.

In particolare, lo studio dimostra che la capacità di sedersi è predittiva dello sviluppo motorio futuro, soprattutto in età prescolare. Quanto prima il bambino imparerà a sedersi, prima svilupperà la capacità di camminare e correre, irrobustendo i muscoli delle gambe, che gli consentiranno di saltare e avere una migliore coordinazione generale ed equilibrio.

La capacità di sedersi è anche correlata: allo sviluppo del linguaggio, in quanto consente una respirazione più profonda agevolando l'inizio della lallazione; allo sviluppo dell'attenzione condivisa, precursore della comunicazione verbale e non verbale.

L'acquisizione della lallazione, soprattutto in età scolare, mostra una correlazione con lo sviluppo del linguaggio e con lo sviluppo cognitivo verbale. Un altro importante predittore dello sviluppo futuro, nei bambini in età scolare, è l'acquisizione del controllo sfinterico.

È un processo complesso, inizialmente involontario e poi regolato volontariamente, che riguarda diverse aree del cervello coinvolte nello sviluppo motorio e nelle funzioni esecutive, predittive del funzionamento cognitivo e adattivo. Il controllo sfinterico non solo rappresenta l'acquisizione maggiormente predittiva dello sviluppo dei bambini ma è anche l'abilità più complessa da sviluppare per i soggetti con SD.

Grazie a questo studio (Locatelli *et al.*, 2021), possiamo supporre che l'uso di interventi mirati e di un ambiente ricco di stimoli per favorire, il prima possibile, l'acquisizione delle quattro tappe evolutive sopra descritte, apporterebbero dei miglioramenti nello sviluppo futuro a livello motorio, linguistico, cognitivo e adattivo in soggetti con SD.

I genitori andrebbero sostenuti soprattutto nell'insegnare ai figli il riconoscimento e controllo degli stimoli del corpo, verso l'autonomia, dato che il controllo sfinterico è stato indicato come il miglior predittore dello sviluppo.

#### *1.4.1 Lo Sviluppo Motorio*

I bambini con SD si sviluppano lentamente a livello motorio. Tra i 3 e i 6 anni, non tutti riescono a raggiungere il pieno sviluppo delle abilità grosso-motorie (sdraiarsi, rotolarsi, stare seduti, gattonare, inginocchiarsi, stare in piedi, camminare, correre e saltare). Tali abilità, se deficitarie, possono causare un ritardo nelle abilità cognitive, emotive e sociali.

Di fatti, lo sviluppo delle capacità motorie permette ai bambini di esplorare autonomamente l'ambiente esterno: gattonare permette al bambino di raggiungere ed esplorare gli oggetti, la posizione eretta permette al bambino di camminare e quindi di avere le mani libere per afferrare gli oggetti. In particolare, dalla letteratura sappiamo che la posizione eretta in soggetti con SD viene raggiunta tra i 3 e i 6 anni quando nei soggetti normodotati avviene all'età di 9-10 mesi.

Anche la deambulazione è un'abilità motoria che i bambini con SD acquisiscono in ritardo, non prima dei 3 anni mentre in soggetti con sviluppo tipico avviene a 1-2 anni.

Le cause alla base del ritardo dello sviluppo psicomotorio sono molteplici: ritardi dello sviluppo del sistema nervoso centrale (lobi frontali, occipitali e temporali più piccoli con un volume dell'ippocampo più ridotto, dimensioni ridotte del corpo calloso e del cervelletto, diminuzione del giro temporale superiore e del volume del tronco encefalico), lassità dei tendini e l'instabilità delle articolazioni; anomalie posturali che influiscono sull'equilibrio, che a sua volta influisce sulle abilità più avanzate quali camminare, correre e saltare.

A livello fisiopatologico, l'equilibrio è una competenza che risiede nel cervelletto, la cui forma e volume sono ridotti a causa della trisomia caratteristica della SD.

Il cervelletto non è coinvolto solo nello sviluppo dell'equilibrio ma anche nella coordinazione degli arti e nella locomozione, nella scioltezza dei movimenti, nell'apprendimento delle abilità motorie a ogni livello, e del linguaggio. È quindi molto importante lavorare e intervenire sulle abilità motorie tramite la psicomotricità (Malak, Kostiukow, *et al.*, 2015).

### 1.4.2 Lo Sviluppo del Linguaggio

Lo sviluppo del linguaggio in soggetti con SD è deficitario. È infatti associato allo sviluppo deficitario dei processi acustici, fonologici e articolatori. Dalla letteratura sappiamo che i bambini con SD iniziano la lallazione intorno ai 15 mesi con una variabilità intersoggettiva di 10 mesi; a comunicare tramite parole e/o segni (comunicazione simbolica intenzionale) a 24-36 mesi, mentre i bambini con sviluppo tipico iniziano a comunicare in maniera intenzionale verso la fine dei 3 mesi di vita e iniziano a comunicare simbolicamente a 12-18 mesi.

Tuttavia, non tutti i bambini con SD acquisiscono la capacità di parlare entro i 3 anni.

Vi sono però due funzioni ritenute relativamente preservate: la capacità imitativa e l'uso dei gesti. È per questo motivo che i professionisti incoraggiano l'uso dei segni nelle prime fasi di sviluppo (Bird, Gaskell, Dallaire Babineau, Macdonald, 2000).

Altra componente del linguaggio che risulta deficitaria è l'attenzione congiunta, ovvero la capacità di coinvolgere il caregiver sul proprio focus di attenzione. Quest'ultima abilità è alla base della funzione sociale della comunicazione e permette ai soggetti di commentare un oggetto o un atto di interesse.

Inoltre, dalla revisione della letteratura (Roberts, Price and Malkin, 2007) emerge che i soggetti con SD presentano uno sviluppo deficitario del linguaggio espressivo e della sintassi, e anche una insufficiente intellegibilità del linguaggio rispetto alle abilità cognitive e di comprensione non verbale. Inoltre, è stato constatato che la *Memoria di Lavoro (MDL)* fonologica, la sensibilità uditiva e la memoria a breve termine visiva sono correlate alla comprensione e alla produzione di sintassi e formazione del vocabolario (Roberts, Price e Malkin, 2007), mentre i *deficit* nelle abilità linguistiche orali e nella MDL uditiva sono correlate alla consapevolezza fonologica e alla decodifica e comprensione della lettura (Verucci, Menghini, Vicari, 2006.).

I *deficit* a livello della comunicazione prelinguistica suggeriscono che sarebbe utile intervenire precocemente, e continuare durante la crescita in età scolare. In particolare, a scuola, bisognerebbe intervenire con percorsi differenziati e individualizzati, dati i diversi profili nello sviluppo linguistico dei soggetti con SD, concentrandosi sui domini specifici del linguaggio (Roberts, Price e Malkin, 2007).

### 1.4.3 Lo Sviluppo Cognitivo e Socioemotivo

La SD è caratterizzata da disabilità intellettiva. I profili dei soggetti con SD sono diversi tra loro, in base al tipo di *Disabilità Intellettiva (DI)* e alle funzioni cognitive associate al *deficit* cognitivo.

Dalla letteratura, sappiamo che solitamente sono compromesse: la morfosintassi, coinvolta nella formazione di parole-sintagmi-frasi; la memoria esplicita a lungo termine, coinvolta nella rievocazione e nell'identificazione intenzionale e/o consapevole di eventi (memoria episodica) e informazioni (memoria semantica); la memoria verbale a breve termine o memoria di lavoro verbale, coinvolta nella rievocazione e riconoscimento intenzionale di parole/frasi durante il processo di apprendimento linguistico (*loop* articolatorio) e coinvolta nelle funzioni esecutive, quali attenzione-inibizione-strategie di selezione (esecutivo centrale), (Patterson, Rapsey, Glue, 2013, 308).

Al contrario, le funzioni di memoria implicita (memoria procedurale), che coinvolgono una conoscenza non consapevole e relativamente automatica, appaiono meglio conservate.

In particolare, dall'analisi delle ricerche, si evidenziano: prestazioni coerenti per quanto riguarda lo *span*<sup>3</sup>-visuospaziale, prestazioni inferiori rispetto a soggetti con sviluppo tipico in prestazioni di *span* verbale, prestazioni inferiori anche in compiti visuospaziali e verbali dove viene richiesto medio-alto controllo (Vianello, 2006).

I *deficit* di memoria e di apprendimento toccano tutti i soggetti con SD e tendono a peggiorare nel corso dello sviluppo; allo stesso modo i soggetti con SD presentano un declino lineare del *Quoziente Intellettivo (QI)*.

Infatti, nella quasi totalità dei soggetti con SD è presente disabilità intellettiva, inserita nel DSM-V nella sezione dei disturbi del neurosviluppo, caratterizzata da un QI uguale o inferiore a 70, un funzionamento adattivo carente, con esordio prima dei 18 anni. La maggior parte dei soggetti con SD in età di sviluppo si colloca tra il ritardo moderato (QI 54-40) e il ritardo grave (QI 39-25), (Grieco, Pulsife, Seligsohn, Skotko, Schwartz, 2015).

---

<sup>3</sup> *Span*, ovvero il numero di cifre o parole che una persona è in grado di ricordare e ripetere immediatamente a seguito di uno stimolo SPAN di memoria: identificato (per persone comuni) nel valore di  $7 \pm 2$  da Miller (1956) dopo studi specifici sulle capacità della Memoria a Breve Termine (MBT).

La DI media in età scolare è associata a disturbi dell'apprendimento, se supportati, anche a un buon adattamento alla vita scolastica e all'acquisizione di una adeguata autonomia nella cura del sé.

Mentre la DI grave in età scolare è associata a un linguaggio molto semplice con riconoscimento di alcune parole e ad attività elementari di cura della propria persona. (Vianello, 2006).

#### *1.4.4 Il Comportamento Adattivo*

Anche il comportamento adattivo è gravemente compromesso nei soggetti con SD.

Per comportamento adattivo si indicano tutte quelle attività racchiuse in quattro aree valutate tramite un *Quoziente di Sviluppo (QS)*, e sono: socializzazione, comunicazione, vita quotidiana, abilità motorie.

In generale il QS, relativo alle capacità adattive risulta superiore al QI, in particolare il QS associato alla socializzazione risulta meno deficitario rispetto al QS associato a comunicazione e vita quotidiana. Infatti, a livello generale i soggetti con SD sono associati a socievolezza, affetto, empatia, maggiore tendenza a sorridere, ma allo stesso tempo sono definiti come testardi, non accomodanti e inappropriati tali da confermare una diagnosi di autismo in comorbidità (Windsperger & Hoehl, 2021).

Dalla letteratura si evince che il neonato con SD è valutato come meno positivo nell'umore rispetto ai coetanei con sviluppo tipico; successivamente nello sviluppo i bambini con SD sono valutati con un umore più positivo e sono considerati complessivamente più affabili e dipendenti dall'adulto; sono più distraibili, meno tenaci nell'impegno, più diffidenti nei primi contatti; hanno meno iniziativa nell'avvio di una interazione, sono più imitativi, hanno una motivazione più estrinseca che intrinseca, hanno un minore livello di curiosità cognitiva (Vianello, 2006).

### *1.4.5 Apprendimenti Scolastici*

Con il termine “Difficoltà di apprendimento” ci si vuole riferire a un insieme di disturbi nello sviluppo cognitivo e nell’apprendimento scolastico, rilevabili in base al mancato raggiungimento di specifici domini quali lettura, scrittura e calcolo.

La ricerca mostra che molti bambini con SD possono imparare a leggere e scrivere e comunicare in modo efficace per iscritto se ricevono una formazione adeguata e hanno bisogno di più tempo rispetto ai compagni normotipici (Buckley, 2003, in Guazzo & Rondal, 2021, 80).

I livelli di lettura e scrittura raggiunti sono variabili da un soggetto all’altro: la maggioranza (55-70%) dei ragazzi con SD raggiungono un apprendimento della lettura e della scrittura almeno a livello della fine della prima elementare, di questi un ragazzo su quattro evidenzia prestazioni paragonabili a quelle di bambini normodotati di fine seconda elementare o superiore; alcuni ragazzi (10%) infine pervengono competenze di lettura e scrittura paragonabili a quelle normodotati del secondo ciclo delle elementari (Vianello, 2006, 118-119).

La scrittura richiede di saper controllare e coordinare le attività motorie nello spazio, tale capacità è complicata dalla presenza di ipotonia muscolare. Nonostante ciò, i bambini con SD con età mentale equivalente a bambini normotipici, svolgono attività di scrittura delle lettere alfabetiche nello stesso modo e nella stessa precisione e velocità, anche se con ritardi significativi in termini di età cronologica (Tsao, Moy, Velay, Carvalho, Tardif, 2017).

Per quanto riguarda la matematica, questa si avvale di un sistema numerico che richiede il passaggio da un codice di prestazione a un altro (alfabetico orale, arabo, pittografico e romano) e quindi capacità di transcodifica. Il calcolo, oltre all’elaborazione dei numeri, è strutturato su tre livelli attivati in base al compito richiesto: attribuzione al segno algebrico delle relative procedure di calcolo, operazioni numeriche senza algoritmi di soluzione (tabelle, calcoli semplici), procedure di calcolo che comportano nel calcolo scritto il rispetto di regole di esecuzione dell’algoritmo.

La maggior parte degli studi in campo matematico in bambini con SD rilevano difficoltà ma anche successi in aree come l’algebra e la geometria delle coordinate.

Le difficoltà nell’apprendimento della matematica non riguardano la materia intera ma solo alcuni compiti numerici, veicolati dal linguaggio (conteggio, calcolo mentale e tabelline) e aritmetici di base (elaborazione numerica e calcolo) (Guazzo & Rondal, 2021).

È importante per i soggetti con SD saper leggere e scrivere: a scuola per una scolarizzazione inclusiva e poi in età adulta per l'integrazione professionale. Anche l'uso della matematica è importante sia a livello scolastico per la motivazione descritta, sia in età adulta per un uso corretto del denaro e quindi lo sviluppo dell'adattamento contestuale e sociale.

Dunque, per sostenere al meglio i bambini con SD, durante il periodo scolastico bisognerebbe adoperare un piano individualizzato, poiché come constatato, vi sono differenze interindividuali sia nello sviluppo cognitivo che nello sviluppo sociale che si riflettono nell'apprendimento, nel vivere la classe, nel creare relazioni coi pari e con le figure educative, e nel rispettare le regole.



## CAPITOLO II

### IL PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

#### 2.1 Storia ed evoluzione delle Politiche di Integrazione Scolastica in Italia

Ad oggi, in Italia il concetto di *integrazione* è diventato *inclusione* ovvero un concetto più ampio, che mira a garantire a tutti gli alunni esperienze di socializzazione e apprendimento di qualità, in una scuola per tutte e per tutti, con l'obiettivo di valorizzare il potenziale di sviluppo dell'intero gruppo classe, intervenendo prima sul contesto e poi sull'alunno/a.

Storicamente in Italia, il dibattito sull'inclusione inizia negli anni '70, più precisamente nel 1975 col documento della commissione Falcucci contenente alcune linee guida per lo sviluppo dell'organicità, al fine di coordinare e connettere l'insegnamento "normale" a quello "di sostegno".

In particolare nel documento si affermò che

*[...] il superamento di qualsiasi forma di emarginazione degli handicappati passa attraverso un nuovo modo di concepire la scuola e di attuare la scuola, così da poter veramente accogliere ogni bambino e ogni adolescente per favorire il suo sviluppo personale, precisando per altro che la frequenza di scuole comuni da parte dei bambini handicappati non implica il raggiungimento di mete minime comuni.<sup>4</sup>*

Da qui nasce la concettualizzazione di un *Piano Educativo* come strumento di integrazione scolastica per alunni/e con disabilità, prima "confinati" in scuole speciali.

A livello legislativo la piena attuazione avviene attraverso due leggi: la Legge 104/1992 dove:

---

<sup>4</sup> FADIS - FEDERAZIONE ASSOCIAZIONI DI DOCENTI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA, (2005). Documento Falcucci: "Le radici dell'integrazione scolastica in Italia", <[www.integrazionescolastica.it/upload/art455/documento\\_Falcucci\\_1975\\_2005.pdf](http://www.integrazionescolastica.it/upload/art455/documento_Falcucci_1975_2005.pdf)>, (Ultimo accesso: 17-01-2024).

*[...] la Repubblica garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società*<sup>5</sup>

Successivamente, nel dettagliato atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali (USL), (1994) dove:

*[...] le Regioni a statuto ordinario e speciale e le provincie autonome provvedono a che le unità sanitarie e/o socio-sanitarie locali...assicurino l'intervento medico cognitivo sull'alunno in situazione di handicap, necessario per le finalità di cui gli articoli 12 e 13 della legge n.104/1992, da articolarsi nella compilazione: a) di una diagnosi funzionale del soggetto; b) di un profilo dinamico funzionale dello stesso; c) per quanto di competenza, di un piano educativo individualizzato, destinato allo stesso alunno in situazione di handicap [...].*<sup>6</sup>

Nello specifico, l'articolo 12 garantisce il diritto all'educazione all'istruzione dei soggetti con disabilità; l'articolo 13 garantisce l'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado.

Per arrivare al sistema normativo attuale per l'inclusione di tutti gli alunni/alunne vi sono voluti decenni:

- Nel **2009** vengono pubblicate le *Linee Guida* per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità che gettano le basi per l'utilizzo dell'*International Classification of Functioning (ICF)*, come modello di riferimento per la classificazione delle disabilità, con il quale si tengono in considerazione tutti i fattori contestuali del processo educativo, spostando da un approccio di tipo contestuale come punto di partenza per l'inclusione scolastica. Vengono così stabiliti due concetti: l'accettazione delle diversità dei soggetti con disabilità come fonte di arricchimento e l'importanza di prestare attenzione ai bisogni di

---

<sup>5</sup> GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.IT, (2024). Legge 5 febbraio 1992, n. 104 *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*.

<sup>6</sup> GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.IT, (2024). *Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap*.

ogni alunno/a e di ogni livello di gravità. Vengono poi fornite le indicazioni sul ruolo del dirigente scolastico che deve esercitare una leadership al fine di costruire un sistema inclusivo; sulla corresponsabilità educativa e formativa dei docenti; sul personale ATA e l'assistenza di base; sulla collaborazione con le famiglie.

- Nel **2010** vengono pubblicate le Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico, dando alla scuola uno spunto di riflessione su metodologie che possano favorire le peculiarità di tutti gli alunni/e. La strategia delineata è quella della personalizzazione e individualizzazione dell'offerta didattica. Tutti gli alunni/e hanno diritto di raggiungere gli obiettivi didattici previsti per il curricolo formativo e il docente ha il compito di valutare i bisogni degli alunni/e di progettare attività e proposte didattiche, affinché tutti raggiungano lo stesso obiettivo.
  
- Nel **2017/2019** viene redatto e pubblicato il Decreto Inclusione attraverso il quale il Governo consolida la scelta della personalizzazione della didattica spostando il focus di analisi e intervento dalla persona al contesto, individuando ostacoli e modalità di intervento. Un ambiente inclusivo è dunque un ambiente che ha consapevolezza dei soggetti nella situazione, facendo una analisi potenzialità-limiti e sulla base di questi riformula la didattica grazie alle risorse del contesto scuola e del contesto territoriale. Si tratta di un processo di mutuo sostegno e attivazione tra i servizi socio-sanitari, le famiglie, gli operatori socio-educativi, i docenti e il personale scolastico. A questo scopo sono stati creati i *Gruppi di Inclusione Territoriale (GIT)* e i *Gruppi di Lavoro Operativi (GLO)*, che svolgono un ruolo rilevante nella stesura del PEI.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> GUAZZO, G.M, RONDAL, J.A., 2021. La Sindrome di Down: conoscenze attuali e prospettive di cura. Roma, Editoriale Anicia, 33-36

## 2.2 La *Diagnosi Funzionale* - DF

Per *Diagnosi Funzionale* - DF si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap, al momento in cui accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 1992.

La diagnosi funzionale viene redatta dall'unità multidisciplinare che acquisisce elementi clinici e psico-sociali; l'equipe multidisciplinare è composta: dal medico specialista nella patologia segnalata, dallo specialista in neuropsichiatria infantile, dal terapeuta della riabilitazione, dagli operatori sociali in servizio presso la unità sanitaria locale o in regime di convenzione con la medesima. Gli elementi clinici si acquisiscono tramite la visita medica diretta dell'alunno/a e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente.

Gli elementi psico-sociali si acquisiscono attraverso specifica relazione dove vengono analizzati i dati anagrafici del soggetto e i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare.

La diagnosi funzionale, si articola nei seguenti accertamenti:

- a) l'anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto, con particolare riferimento alla nascita, delle fasi dello sviluppo neuro-psicologico da zero a sedici anni ed inoltre si tiene traccia delle vaccinazioni, delle malattie riferite e/o repertate e degli eventuali periodi di ospedalizzazione, degli eventuali programmi terapeutici e interventi chirurgici in atto, e delle eventuali precedenti esperienze riabilitative;
- b) la diagnosi clinica, redatta dal medico specialista nella patologia segnalata che fa riferimento all'eziologia e alle conseguenze funzionali dell'infermità, indicandone la previsione dell'evoluzione naturale.

La diagnosi funzionale, essendo finalizzata al recupero del soggetto portatore di *handicap*, deve tenere particolarmente conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:

- 1) **COGNITIVO**, esaminato nelle componenti: livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze;

- 2) **AFFETTIVO-RELAZIONALE**, esaminato nelle componenti: livello di autostima e rapporto con gli altri;
- 3) **LINGUISTICO**, esaminato nelle componenti: comprensione, produzione e linguaggi alternativi;
- 4) **SENSORIALE**, esaminato nella componente: tipo e grado di deficit con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto;
- 5) **MOTORIO-PRASSICO**, esaminato nelle componenti: motricità globale e motricità fine;
- 6) **NEUROPSICOLOGICO**, esaminato nelle componenti: memoria, attenzione e organizzazione spazio-temporale; autonomia personale e sociale.<sup>8</sup>

### **2.3 Il Profilo Dinamico Funzionale - PDF**

Successivamente alla DF e all'inserimento scolastico, viene redatto il *Profilo Dinamico Funzionale – PDF* (ai sensi dell'Art. 12, comma 5, della legge n. 104 del 1992), un atto che in via prioritaria indica il prevedibile livello di sviluppo dell'alunno in situazione di *handicap* sul breve termine (sei mesi) e sul medio termine (due anni).

Il Profilo Dinamico Funzionale viene stilato dall'unità multidisciplinare che ha precedentemente approvato la DF, dai docenti curricolari e dagli insegnanti specializzati della scuola, che riferiscono sulla base della diretta osservazione ovvero in base all'esperienza maturata in situazioni analoghe, con la collaborazione dei familiari dell'alunno.

Il Profilo Dinamico Funzionale comprende necessariamente: la descrizione funzionale dell'alunno in relazione alle difficoltà che l'alunno dimostra di incontrare in settori di attività; l'analisi dello sviluppo potenziale dell'alunno a breve e medio termine, desunto dall'esame dei seguenti parametri:

1) **COGNITIVO**, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione al livello di sviluppo raggiunto (normodotazione; ritardo lieve, medio, grave; disarmonia medio grave; fase di sviluppo controllata; età mentale, *etc.*) alle strategie utilizzate per la soluzione dei compiti

---

<sup>8</sup> GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.IT, (2024). *Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap*. Si veda Art. 3.

propri della fascia di età, allo stile cognitivo, alla capacità di usare, in modo integrato, competenze diverse;

**2) AFFETTIVO-RELAZIONALE**, esaminato nelle potenzialità esprimibili rispetto all'area del sé, al rapporto con gli altri, alle motivazioni dei rapporti e dell'atteggiamento rispetto all'apprendimento scolastico, con i suoi diversi interlocutori;

**3) COMUNICAZIONALE**, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione alle modalità di interazione, ai contenuti prevalenti, ai mezzi privilegiati;

**4) LINGUISTICO**, esaminato nelle potenzialità esprimibili in relazione alla comprensione del linguaggio orale, alla produzione verbale, all'uso comunicativo del linguaggio verbale, all'uso del pensiero verbale, all'uso di linguaggi alternativi o integrativi;

**5) SENSORIALE**, esaminato, soprattutto, in riferimento alle potenzialità riferibili alla funzionalità visiva, uditiva e tattile;

**6) MOTORIO-PRASSICO**, esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili in ordine alla motricità globale, alla motricità fine, alle prassie semplici e complesse e alle capacità di programmazione motorie interiorizzate;

**7) NEUROPSICOLOGICO**, esaminato in riferimento alle potenzialità esprimibili riguardo alle capacità mnesiche, alla capacità intellettuale e all'organizzazione spazio-temporale;

**8) AUTONOMIA**, esaminata con riferimento alle potenzialità esprimibili in relazione all'autonomia della persona e all'autonomia sociale;

**9) APPRENDIMENTO**, esaminato in relazione alle potenzialità esprimibili in relazione all'età prescolare, scolare (lettura, scrittura, calcolo, lettura di messaggi, lettura di istruzioni pratiche, *etc.*).<sup>9</sup>

Per orientarsi durante il percorso scolastico, l'unità, sopra descritta, traccia un bilancio diagnostico e prognostico finalizzato a valutare la rispondenza del profilo dinamico funzionale alle indicazioni delineate all'interno dello stesso e alla coerenza con le valutazioni successive.

Nello specifico, il bilancio viene redatto alla fine della seconda Elementare, della quarta Elementare, alla fine della seconda Media, alla fine del biennio superiore e del quarto anno della Scuola Superiore; mentre l'aggiornamento del profilo dinamico funzionale viene redatto alla fine di ogni ciclo scolastico, quindi a conclusione della Scuola Materna, della Scuola Elementare, della Scuola Media e durante il corso di istruzione Secondaria Superiore.

---

<sup>9</sup> GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.IT, (2024). *Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap*. Si veda Art. 4.

## **2.4 Il Piano Educativo Individualizzato - PEI**

A questo punto, dopo che sono state redatti sia la DF che il PDF, può essere redatto il PEI, all'interno del quale vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno in situazione di handicap. L'unità multidisciplinare, presieduta dal Dirigente Scolastico, è partecipata congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla USL e/o USSL e dal personale insegnante curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico, in collaborazione con i genitori.<sup>10</sup>

Il PEI viene quindi elaborato dal GLO, composto dal gruppo dei Docenti contitolari o dal Consiglio di Classe, con la partecipazione dei genitori dell'alunno/a con disabilità, delle figure professionali specifiche (interne ed esterne all'istituzione scolastica), con il necessario supporto dell'unità multidisciplinare.

Viene inoltre assicurata la partecipazione attiva degli studenti, con disabilità in età evolutiva, ai fini dell'inclusione scolastica nel rispetto del principio di autodeterminazione.

Il PEI tiene presente i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché le forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche.

Viene sottoposto a verifica, con una frequenza trimestrale, se possibile, (entro ottobre-novembre, entro febbraio-marzo, entro maggio-giugno), al fine di controllare se l'intervento sia correlato alle effettive potenzialità dell'alunno, e se quest'ultimo possiede le abilità indicate nei vari livelli di apprendimento e di prestazioni educativo-riabilitative, nel rispetto della sua salute mentale.

Quando vengono rilevate ulteriori difficoltà (momento di crisi specifica o situazioni impreviste relative all'apprendimento) nel quadro comportamentale o di relazione o relativo all'apprendimento del suddetto alunno, possono essere effettuate verifiche straordinarie, al di fuori del termine indicato. Gli esiti delle verifiche devono poi risultare nel PEI.

Così concettualizzato, il PEI serve a facilitare l'inclusione scolastica fungendo da punto di contatto fra il curriculum di tutti e i bisogni specifici degli alunni con disabilità; in una scuola, e in generale in una società, dove l'orizzonte culturale è lo stesso per tutti e per tutte.

---

<sup>10</sup> GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.IT, (2024). *Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap*. Si veda Art. 5.

### 2.4.1 Il PEI e la Prospettiva Bio-Psico-Sociale nella struttura odierna

Con un percorso iniziato nel 2017 conclusosi col Decreto n.182 del 2020, viene introdotta in disposizioni di legge vincolanti per il Paese, l'idea di un PEI fondato sulla prospettiva bio-psico-sociale del funzionamento umano.

Tale modello vede la condizione di salute o di malattia non come una conseguenza della presenza o assenza di una patologia ma come una conseguenza dell'interazione dei fattori biologici, psicologici e socioculturali nella quale il soggetto è inserito e attivo. (Ianes, & Demo, 2021).

Nello specifico, l'approccio bio-psico-sociale è un modello già sviluppato da Engel negli anni '80, riferito alla concezione multidimensionale della salute presentata dal *World Health Organization (WHO)* (1947).

Il modello bio-psico-sociale si contrappone a quello bio-medico che descrive la condizione di salute e di malattia attraverso variabili biologiche, correggibili con interventi terapeutici mirati; al contrario, si riferisce all'interazione tra componenti fisiche (funzioni, organi strutture), mentali (stato intellettuale e psicologico), sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e spirituali (valori). I professionisti, non avendo delle conoscenze in tutti i campi di interesse della persona, comunque rischiano di attenersi solo al loro bagaglio di conoscenze pregresse e a focalizzarsi su un solo ambiente, descrivendo il paziente o solo attraverso la salute fisica, o solo attraverso la salute mentale o solo attraverso la salute sociale.

L'unica strategia possibile di presa in carico del paziente, è stata suggerita dal WHO (1991), e prevede l'introduzione di *équipe* multiprofessionali interagenti tra di loro e con il paziente; dunque, gli strumenti da usare per l'intervento devono necessariamente essere trasversali alle varie professioni per un "piano integrato di cura e assistenza alla persona".

Uno tra questi strumenti è l'*International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*, redatto dall'OMS per descrivere la salute e la disabilità, cogliere e classificare il funzionamento della persona. L'ICF rappresenta la versione approvata a livello mondiale dell'ICDH o Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute, poi tradotta in una versione italiana nel 2001.

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS, l'ICF è lo strumento complementare all'ICD-10 che fornisce un modello eziologico di riferimento alle condizioni di salute come le malattie, i disturbi e le lesioni.<sup>11</sup>

L'ICF è applicabile non solo a pazienti con compromissioni fisiche ma a qualsiasi persona sia in una condizione di salute che necessita una valutazione a livello corporeo, personale e sociale; permette inoltre di confrontare tra loro i dati raccolti nei diversi paesi e nei diversi servizi. Al fine di stilare l'assessment dei bisogni del soggetto, l'ICF descrive gli aspetti della salute umana tramite quattro componenti: funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali;

Ogni componente può assumere una connotazione positiva, tradotta nella partecipazione ad attività individuali e sociali con l'uso di supplementi, nonostante lo stato di menomazione, e la presenza di facilitatori ambientali e facilitatori individuali; oppure una connotazione negativa, che si traduce in problemi di funzioni e strutture, limitazione nelle attività individuali e sociali, e la presenza di barriere ambientali e barriere personali.

Le quattro componenti vengono quantificate in una scala da 0 a 4 per la codifica di gravità dei bisogni.

Dato che nei bambini e negli adolescenti, le manifestazioni di disabilità e le condizioni di salute sono diverse, per intensità, natura e impatto rispetto a quelle degli adulti, è stato sviluppata una classificazione dell'ICF che potesse essere utilizzata per bambini e adolescenti (0-18 anni) nei settori della salute dando origine all'ICF-FY (2007).

L'ICF è quindi uno strumento prezioso per i professionisti dei diversi ambiti (lavorativo, legislativo, scolastico, assistenziale...) e viene usato come strumento sia educativo sia sociale per: l'identificazione dei bisogni speciali; l'assessment dei bisogni; l'orientamento del trattamento e per la valutazione dei risultati; la progettazione di servizi; come strumento di ricerca e di raccolta dati. Infine, per la progettazione del PEI.<sup>12</sup>

Nella recente evoluzione dello strumento PEI, con il Decreto 182 nel 2020, viene proposto un nuovo modello che rinuncia alla forte aderenza alla classificazione ICF per quanto riguarda le componenti che descrivono il funzionamento dell'alunno, mantenendolo come sfondo teorico per la stesura della diagnosi funzionale e del profilo di funzionamento. Viene dato un particolare

---

<sup>11</sup> BECCHI, M.A., CARULLI, N. Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. In *Internal and Emergency Medicine*, N. 3, Pp. 1-5.

<sup>12</sup> OMS-ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, 2007. ICF-CY. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per bambini e adolescenti*. Trento, Erickson Edizioni.

riguardo all'indicazione dei facilitatori e delle barriere secondo la prospettiva bio-psico-sociale alla base dell'ICF, quale sistema di classificazione operativa, transculturale e multilinguistico che vuole interpretare la complessità racchiusa nella condizione di disabilità. Sulla base di questa prospettiva, il nuovo PEI mette in risalto due concetti fondamentali.

Il primo concetto è quello di corresponsabilità educativa e di autodeterminazione, concetti che trovano la piena esecuzione nell'elaborazione e approvazione del PEI tramite il GLO in cui faranno parte tutte le persone all'interno della comunità scolastica, i genitori dell'alunno o chi ne esercita la responsabilità genitoriale, le figure professionali specifiche interne ed esterne all'istituzione scolastica, e l'alunno stesso.

Viene quindi assicurata la partecipazione attiva durante la stesura del PEI, agli studenti e alle studentesse in condizione di disabilità in età evolutiva, come prima tappa del percorso di autonomia e responsabilizzazione, intrapreso attraverso il percorso scolastico.

Il fine ultimo è quello di formare cittadini liberi di poter compiere le proprie scelte e consapevoli dei programmi che li riguardano direttamente, così come scritto nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

La costituzione del GLO, con le sue competenze nella gestione del PEI, rappresenta una delle novità più rilevanti del nuovo decreto sull'inclusione: il PEI è discusso, approvato e verificato da questo nuovo gruppo di lavoro, costituito per ciascun alunno e ciascuna alunna con disabilità e valido per un anno scolastico.

Il GLO segue delle convocazioni stabilite e previste in diversi momenti dell'Anno Accademico: un incontro a inizio anno per l'approvazione del PEI (entro ottobre), un incontro intermedio per la verifica del raggiungimento degli obiettivi con la possibilità di apportare delle modifiche, un incontro finale (entro giugno) per la verifica finale e la formalizzazione di proposte per l'anno successivo, un incontro dedicato esclusivamente agli alunni che hanno ottenuto la certificazione per la prima volta per la redazione del PEI in via provvisoria (entro giugno).

L'altro concetto fondamentale è quello dell'osservazione dell'ambiente scolastico. Secondo la prospettiva dell'ICF, i fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale che condizionano il funzionamento: essi possono essere facilitatori oppure barriere in rapporto al funzionamento della persona con disabilità. Pertanto, al fine di realizzare un contesto scolastico adatto a un progetto inclusivo, è opportuno individuare gli elementi che

possono essere facilitatori, da valorizzare nella progettazione e negli interventi educativi e didattici, e identificare gli elementi che rappresentano barriere da rimuovere.

I modelli del nuovo PEI sono quattro, uno per ogni grado scolastico, e sono divisi in sezioni:

**Sezione 1:** Quadro informativo. Questa sezione è affidata ai genitori o a chi esercita la responsabilità genitoriale, i quali forniscono una descrizione del figlio/a e della situazione familiare.

**Sezione 2:** Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento (PDF). Il PDF è il documento propedeutico alla compilazione del PEI e del Progetto Individuale, redatto a cura del Servizio Sanitario Nazionale tramite l'unità di valutazione multidisciplinare, con la collaborazione dei genitori e degli alunni, e viene aggiornato a ogni ciclo scolastico.

**Sezione 3:** Raccordo con il Progetto Individuale. Il progetto individuale viene redatto dall'Ente locale sulla base del Profilo di funzionamento di riferimento con l'obiettivo di integrare nel PEI anche le informazioni su quanto viene intrapreso al di fuori del contesto scolastico per favorire lo sviluppo e la partecipazione della persona alla vita sociale.

**Sezione 4:** Osservazioni sul bambino/a, sull'alunno/a, sullo studente e sulla studentessa. In questa sezione, dalla documentazione si passa all'osservazione dell'alunno per mettere in evidenza i punti di forza, non omettendo una descrizione dei punti di debolezza. Vengono abbandonati gli Assi precedentemente in uso, e individuate esplicitamente una serie di dimensioni che fanno da sfondo alla progettazione degli interventi di sostegno didattico e di un ambiente scolastico che soddisfi i bisogni educativi individuati. La dimensione dell'apprendimento è ora intesa in senso trasversale alle altre quattro dimensioni: la dimensione della Socializzazione e dell'Interazione, fa riferimento alla sfera affettivo-relazionale (es. area del sé, motivazione verso la relazione etc.) e alla sfera dei rapporti sociali con gli altri (es. giocare-lavorare-studiare con gli altri); la dimensione della Comunicazione e del Linguaggio, si riferisce alla competenza linguistica (comprensione orale, produzione verbale, uso comunicativo del linguaggio) e alla competenza comunicazionale (modalità di comunicazione, tipo di contenuti, mezzi); la dimensione dell'Autonomia e dell'Orientamento, fa riferimento alle competenze motorio-prassiche (motricità globale, motricità fine, prassie semplici e complesse) e alle

competenze sensoriali (vista, udito, tatto); la dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento, si riferisce alle capacità mnesiche, intellettive e all'organizzazione spazio-temporale, al 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. Per ognuna di queste dimensioni vanno individuati gli obiettivi, gli interventi didattici da attuare in termini di attività, strategie e strumenti da utilizzare, i criteri e le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi.

**Sezione 5:** Interventi sull'alunno/a. In questa sezione, sulla base dell'osservazione globale delle dimensioni, si elaborano gli interventi educativi dove vengono individuati: gli obiettivi, specificando gli esiti attesi; gli interventi educativi, didattici e metodologici, indicando strategie e strumenti usati per raggiungere gli obiettivi. Questa sezione verrà sottoposta a una verifica intermedia e una verifica finale dei risultati, accompagnata da una valutazione dell'efficacia di interventi-strategie-strumenti usati.

**Sezione 6:** Osservazioni sul contesto. In questa sezione vengono analizzati i fattori contestuali, identificati in fattori ambientali e fattori personali sulla base di ICF-CY. I fattori contestuali interagiscono con l'individuo in una condizione di salute e determinano il livello e il grado del suo funzionamento: i fattori ambientali sono estrinseci all'individuo (es. gli atteggiamenti della società, gli aspetti architettonici, il sistema normativo e le leggi), i fattori personali (sesso, la razza, l'età, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, la capacità di adattamento) sono intrinseci al soggetto, ma non vengono classificati nella versione in uso dell'ICF, e lasciati al GLO. Entrambi i fattori sono in relazione con le funzioni del corpo, le attività personali e la partecipazione sociale, e l'ambiente fisico, questi aspetti possono migliorare il funzionamento dell'alunno, agendo da facilitatori o al contrario, possono peggiorare il funzionamento agendo da barriere. L'individuazione delle barriere è finalizzata alla pianificazione di interventi volti a eliminarle o quanto meno a ridurre l'impatto negativo, mentre l'individuazione dei facilitatori, individuali e universali, è volta ad affrontare le barriere e agevolare un ambiente fruibile per tutti; l'UNESCO ha fornito uno strumento di autoanalisi per l'individuazione dei facilitatori universali.

**Sezione 7:** Interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo. Dopo aver analizzato il contesto nella sezione precedente, qui si definiscono gli interventi che si intendono attivare per realizzare un efficace ambiente di apprendimento inclusivo. Come nella sezione precedente, il modello da compilare prevede un unico campo aperto, non strutturato, da redigere con flessibilità, completato solo dallo spazio per eventuali revisioni e da quello per la verifica conclusiva degli esiti.

**Sezione 8:** Interventi sul percorso curricolare. Questa sezione racchiude gli interventi previsti per impostare una programmazione didattica personalizzata che andrà a ridefinire il curricolo elaborato all'interno dell'istituzione scolastica, in base alle esigenze educative e didattiche dell'alunno/a. Sarà necessario considerare tutte le diverse componenti del processo: contenuti, metodi, attori, tempi, luoghi, modalità e criteri di verifica e valutazione. Per la Scuola Secondaria di I grado la progettazione è articolata per discipline e prevede l'indicazione delle modalità di valutazione rispetto alle discipline e rispetto al comportamento. Si conclude coi campi dedicati alla verifica intermedia e alla verifica conclusiva.

**Sezione 9:** Organizzazione generale del progetto di inclusione e utilizzo delle risorse. In questa sezione si richiede al GLO di descrivere come viene organizzato il progetto di inclusione definito nelle precedenti sezioni del PEI, in particolare come vengono utilizzate le risorse assegnate o disponibili, anche in vista di una responsabile e motivata definizione delle esigenze di sostegno didattico e delle altre figure professionali che andranno specificate nella sezione 11. A parte la possibilità di una diversa organizzazione temporale della tabella orario settimanale per la Scuola dell'Infanzia, questa sezione rimane la stessa per tutti i gradi di scuola.

**Sezione 10:** Certificazione delle Competenze con eventuali note esplicative. Questa sezione, a cura del solo consiglio di classe, descrive il livello di acquisizione delle competenze in base agli obiettivi definiti. La valutazione degli apprendimenti deve essere sempre coerente con il PEI, anche la certificazione delle competenze va rapportata agli obiettivi specifici definiti, intervenendo sia rispetto alle competenze o ai loro descrittori, sia rispetto ai livelli raggiunti. Certificare le competenze spetta al Consiglio di classe, mentre è compito del GLO esplicitare metodi e criteri di valutazione.

**Sezione 11:** Verifica finale / Proposte per le risorse professionali. Questa sezione del PEI viene redatta durante l'ultimo GLO dell'anno scolastico in corso verifica il PEI dell'anno in corso, indicando gli interventi necessari per l'anno successivo, compresa la proposta di ore di sostegno didattico e di risorse da destinare agli interventi di assistenza.

**Sezione 12:** PEI redatto in via provvisoria. Questa sezione del PEI, simile a quella precedente, costituisce, in termini cronologici, il nucleo originario del PEI. Si tratta della prima redazione del PEI, a seguito della presentazione, da parte della famiglia, della certificazione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica. Si potrebbe definire provvisorio, in quanto è riferito solo ai PEI elaborati per le nuove certificazioni e non per coloro che già sono in un percorso di supporto scolastico alla disabilità.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> MIUR-MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO\_PROGETTARE L'INCLUSIONE. PERCORSI E MODELLI.IT, (2024). Linee Guida concernenti la definizione delle modalità, anche tenuto conto dell'accertamento di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assegnazione delle misure di sostegno di cui all'articolo 7 del D. Lgs 66/2017 e il modello di PEI, da adottare da parte delle istituzioni scolastiche, <[www.istruzione.it/inc-lusione-e-nuovo-pei/allegati/ALLEGATO\\_%20B\\_%20Linee%20Guida.pdf](http://www.istruzione.it/inc-lusione-e-nuovo-pei/allegati/ALLEGATO_%20B_%20Linee%20Guida.pdf)>, (Ultimo accesso: 21-04-2024).

## CAPITOLO III

### CASO CLINICO

Nell'ultimo capitolo si andrà ad analizzare un caso specifico di un alunno con SD, al fine di mettere a confronto il modello oramai precedente del PEI con il modello previsto dal Decreto n.182/2020.

Per motivi di *privacy*, il caso clinico presentato verrà nominato "A".

A. ha 16 anni e frequenta il primo anno di Scuola Secondaria di Secondo Grado.

Dalla DF emerge che A. presenta Sindrome di Down da non disgiunzione miotica classificata nell'ICD 10 con la dicitura Q 90.0; e una Disabilità Intellettiva di tipo lieve caratterizzata da una significativa compromissione del comportamento richiedente attenzione o trattamento classificata nell'ICD 10 con la dicitura F70.1.

Il QI approssimativo è compreso tra 50 e 69, ne consegue qualche difficoltà dell'apprendimento in ambito scolastico come difficoltà nella lettura, aritmetica, nell'uso del denaro. Le funzioni esecutive sono compromesse, soprattutto la memoria a breve termine.

È presente un pensiero concreto all'approccio ai problemi. Le interazioni sociali sono immature, ci sono difficoltà nella regolazione emotiva. È presente una comprensione limitata del senso di rischio e del giudizio sociale. È presente una facilità nell'essere manipolati e plagiati. Necessitano di un supporto lieve per attività complesse come acquisti, trasporto, lavoro e famiglia.

Nello specifico nella DF di A. emerge un grado di compromissione nelle Aree:

- **Motoria:** lieve
- **Sensoriale:** nessuno
- **Cognitiva:** grave
- **Linguistico - Comunicativa:** medio
- **Affettivo – Relazionale:** medio
- **Autonomia personale:** grave
- **Autonomia sociale:** grave

La descrizione che segue presenta A. all'età di 15 anni, contestualmente al colloquio tenutosi con le sue insegnanti (insegnante di sostegno e educatrice), a metà dell'ultimo anno scolastico del triennio svolto presso la Scuola Secondaria di I Grado *L. C. Farini*.

A. è figlio unico, vive con i genitori, vede spesso la nonna materna, dato che abita vicino alla scuola.

Da quanto emerge sia dall'incontro con le insegnanti che dai GLO, A. è un ragazzo molto solare e ben integrato nel gruppo classe, con buone competenze relazionali, sviluppate durante il percorso del triennio.

All'inizio della scuola Secondaria di Primo grado, A. presentava comportamenti non adeguati (sputava e leccava i compagni, uso di parolacce, mostra i genitali, inutilizzo della mascherina) che hanno reso più difficoltosa la sua integrazione nel gruppo classe; per tale motivo è stato attivato il "progetto orto" dove A. ha avuto la possibilità di integrarsi e conoscere meglio i compagni, curando l'orto scolastico in piccoli gruppi da tre.

Ad oggi mostra empatia, comprensione dell'ironia, ha comportamenti gentili e affettuosi nei confronti dei compagni e del corpo docente. Sa chiedere ed esprimere i propri bisogni, inoltre sa tollerare l'eventualità che questi non vengano subito esauditi.

Durante il triennio per A. sono stati attivati diversi progetti, per accompagnarlo a un miglioramento delle autonomie e quindi delle funzioni esecutive quali pianificazione, organizzazione, gestione dei materiali, che a loro volta influiscono positivamente sulle funzioni cognitive. Nello specifico:

- Durante il primo anno è stata adottata una tabella, inserita nel diario di A., con le indicazioni per la preparazione autonoma dello zaino;
- Durante il secondo anno è stato attivato un percorso per rendere autonomo A. nel tragitto scuola-casa della nonna, prima accompagnato da un'educatore/genitore e gradualmente lasciato da solo;
- Durante il terzo anno è stato attivato il progetto "Laboratorio Esselunga" a cadenza bisettimanale che ha visto A. sperimentarsi nello svolgimento di una spesa al supermercato per operare concretamente con i calcoli, l'euro e le unità di misura.

A. è un ragazzo molto stimolato e seguito dalla famiglia. Come attività extra scolastiche, frequenta gli scout da quando è piccolo, frequenta il gruppo della parrocchia, partecipa al

gruppo “*Happy 7*” (gruppo di autonomia del **GDR** – *Genitori Ragazzi Down*) e gioca a calcio (attività che lo ha aiutato nello sviluppo della grosso-motricità).

A livello scolastico, è molto ordinato nella sistemazione del materiale sul banco e nella organizzazione dei materiali nei quaderni, è puntuale nelle consegne, ha una buona memoria soprattutto a livello procedurale, gli argomenti sono solitamente semplificati; all’inizio del triennio A. aveva bisogno di molte pause per mantenere la concentrazione e non andare in frustrazione mentre ad oggi riesce a stare nelle tempistiche dettate dalle insegnanti.

La maggior parte delle materie di studio sono state svolte da A. alla pari della programmazione della classe a livello di argomenti, con l’uso di risorse semplificate, schemi riassuntivi e materiali appositi (*fleshcards*).

Nella scrittura A. mostra più difficoltà, nonostante ciò, tiene un suo diario in cui descrive le sue giornate e/o eventi. La dizione è migliorata nel tempo, durante il secondo anno è stata più difficoltosa a causa dell’uso dell’apparecchio dentistico. Presenta una leggera balbuzie nel parlato; oggi, riesce a svolgere delle presentazioni su argomenti trattati con le insegnanti di sostegno, riesce a rispondere alle domande in maniera coerente, sa usare il *software* di scrittura *Word*.

Dal primo anno di triennio, A. non è più stato inserito in un programma logopedico, per esaurimento di obiettivi e produttività degli incontri.

In matematica ha imparato a sommare e sottrarre ma non sa moltiplicare e dividere, riesce a eseguire procedure di calcolo con al massimo due passaggi.

Inoltre, è importante sottolineare che dalla relazione de neuropsichiatra infantile, emerge un quadro di competenze matematiche carenti, ma molto buone a livello adattivo; perciò, è importante dare spazio all’operativo, al concreto e al *problem solving*, perché è in questi campi che A. ottiene maggiori risultati e soddisfazione. Il neuropsichiatra suggerisce quindi di concentrarsi sull’autonomia e autostima di A.

Non è stato avviato per A. un percorso sulla sessualità, per decisione dei genitori.

Le insegnanti mi riferiscono infine che A. si chiede spesso che tipo di lavoro potrà fare, ha consapevolezza della sua disabilità e presenta paura all’idea di uscire dal sistema scolastico.

### 3.1 Anamnesi

A. è nato nel 2008 alla trentottesima settimana di gestazione di parto spontaneo (nato a termine e normopeso 2,920 kg), il giorno seguente al parto è stato effettuato il cariotipo costituzionale dalla quale è emerso che A. è affetto da SD (47, XY+21).

Nella terza giornata di vita A. è stato trasferito nel reparto di degenza dell'unità operativa di neonatologia, per iperbilirubinemia ovvero una concentrazione aumentata della bilirubina, un pigmento di colore giallo-rossastro contenuto nella bile, conferendo così una colorazione giallastra alla cute e alle sclere.

Nella quarta giornata di vita, viene effettuata una diagnosi ecografica che mostra: un difetto interventricolare muscolare anteriore (**DIV- Difetto del setto Interventricolare**), seconda cardiopatia congenita più diffusa al mondo che consiste nella presenza di una comunicazione a livello del setto interventricolare determinando un passaggio di sangue tra queste due camere (D'Anna, 2023);<sup>14</sup> e un *Difetto Interatriale (DIA)*, cioè una anomalia congenita cardiaca che consiste in un buco nella parete che separa i due atri creando un passaggio di sangue dall'atrio sinistro all'atrio destro (Butera, Rebonato, Pilati, 2023).

Le cardiopatie congenite sono le malformazioni più frequenti nella SD (50% dei neonati), in particolare la patologia DIV è presente nel 35% dei soggetti e la DIA nell'8% dei soggetti (Valentini, 2023).

Fin dalla nascita A. è stato seguito presso il Day Hospital per controlli ambulatoriali periodici nell'ambito di follow-up longitudinale previsto per i nati con trisomia 21. Per ristagno biliare è stato poi sottoposto a biopsie coliche a 23gg dalla nascita che hanno accertato la condizione di megacolon agangliare, quest'ultimo è caratterizzato da una paralisi del tratto coinvolto causata dall'assenza di cellule gangliari. A causa di ciò, il colon nel tratto che precede la parte priva di cellule gangliari non riesce a far procedere le feci, che si accumulano dentro di esso con conseguente progressiva dilatazione (megacolon).

I neonati che presentano un megacolon congenito hanno quindi difficoltà ad evacuare spontaneamente (Bagolan, Fusaro, 2021); quindi successivamente sottoposto a intervento. A. inoltre riporta anche una condizione di Criptorchidismo bilaterale: nel feto, il testicolo non si forma nello scroto, cioè nella sua posizione "definitiva", ma a livello addominale, vicino al

---

<sup>14</sup> BAMBINO GESÙ \_ISTITUTO PER LA SALUTE.IT, (31 Maggio 2023). D'ANNA, C. (a cura di), Difetto del setto interventricolare. Unità Operativa di Chirurgia Oncologica, <[www.ospedalebambinogesu.it/difetto-del-setto-interventricolare-89683//>](http://www.ospedalebambinogesu.it/difetto-del-setto-interventricolare-89683//>), (Ultimo accesso: 15-01-2024).

rene. La correzione precoce del criptorchidismo è necessaria per garantire un numero normale di spermatozoi e al tempo stesso per ridurre la persistenza di cellule immature, che potrebbero aumentare il rischio di tumori. Questa condizione è spesso associata alla SD (Madafferi, 2023).

Dal 2009 frequenta il servizio riabilitativo con controlli evolutivi neuropsichiatrici e trattamento fisioterapico, con frequenza 2 volte a settimana.

Da settembre 2011, A. inizia un lavoro psicomotorio indiretto con osservazioni e consigli alla scuola, poi da aprile 2011 con incontri individuali. Da maggio 2012 viene inserito in un piccolo gruppo di tre bambini.

Il trattamento logopedico individuale è stato avviato a marzo 2012 con frequenza settimanale e da settembre 2013 con frequenza bisettimanale. All'interno del *setting* psicomotorio A. si mostra competente rispetto alle autonomie osservabili, si orienta nello spazio, riconosce e rispetta le regole, tempi e proposte di attività della seduta, pur non mostrandosi particolarmente propositivo. Permane una lieve goffaggine nei movimenti a livello grosso motorio, A. possiede l'intero repertorio motorio dell'età e non necessita di supporti o aiuti.

Si relaziona correttamente con l'adulto di riferimento e con i pari usando il linguaggio verbale. È in grado di semplici inferenze, manifesta preferenze e sentimenti, fa richieste.

Dopo assenze o in presenza di nuove proposte, mostra ancora titubanza e fatica a mettersi in gioco nella situazione.

Nel 2012, la commissione medica per l'accertamento dello stato di invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità riconosce ad A. la condizione di invalido con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Non sussistono le condizioni di: riduzione o impedimento delle capacità motorie, handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato una invalidità con grave limitazione della deambulazione o affetti da pluriamputazioni, di soggetto non vedente o sordità.

### 3.2 PEI primo Anno: A.S. 2020/2021

Sulla base di questa relazione, della DF e del PDF è stato redatto il PEI per il primo anno di scuola secondaria di Primo grado. Tale PEI è strutturato secondo il modello precedente, così composto:

\_PARTE A, dove viene descritto l'orario settimanale con indicazione delle discipline, nello specifico A. ha un programma di tot = 30h;

\_PARTE B, dove viene descritta l'organizzazione didattica in riferimento al PDF;

\_PARTE C, dove vengono descritte le strategie per la gestione di eventuali momenti di crisi - comportamenti problema. Nel caso di A. si sono verificati episodi di dispetti ai compagni che sono stati risolti da una parte riprendendo fermamente A. spiegando cosa è gioco e cosa è dispetto, dall'altra rassicurandolo collettivamente e in maniera concreta della sua accettazione-inclusione-importanza-affetto da parte dei compagni nelle attività didattiche e ludiche della classe. Inoltre, l'attività dell'Orto che coinvolge quotidianamente la classe in piccoli gruppi, investe A. di una responsabilità e importanza che diminuisce i comportamenti inadeguati dovuti alla richiesta di attenzione. Le strategie evidenziate dal PEI sono:

- *Storie Sociali*: scriviamo una storia con un personaggio che mette in atto comportamenti alternativi al comportamento inadeguato (il comportamento inadeguato non viene menzionato)
- *Visual Modeling*: si crea un video in cui due compagni della classe mettono in scena la situazione con il comportamento adeguato

\_PARTE D, dove vengono descritti gli obiettivi trasversali alle aree. Per ogni area (area motoria, area sensoriale, area cognitiva, area apprendimenti, area linguistico-comunicativa, area affettivo-relazionale, area autonomia personale, area autonomia sociale) viene descritta la situazione iniziale, i contenuti da affrontare e gli obiettivi. Qui si inserisce anche la programmazione didattica per discipline, dove vengono descritti gli obiettivi di apprendimento, le abilità e le capacità da sviluppare, le conoscenze da sviluppare, le competenze chiave e le competenze chiave di cittadinanza per ogni disciplina didattica (italiano,

storia, geografia, matematica, inglese, spagnolo, scienze, tecnologia, musica, motoria, religione). Vengono inoltre specificate le metodologie didattiche, il tipo di verifiche applicate all'apprendimento e i criteri di valutazione. In particolare, dalla parte D emerge che:

- Nell'*area Motoria* A. presenta una lieve goffaggine nei movimenti (motricità grossolana) mentre a livello grafo motorio (motricità fine) si evidenzia una ridotta coordinazione oculo manuale ed una difficoltà di gestione dei rapporti spaziali nel foglio. I contenuti da affrontare riguardano quindi la coordinazione oculo manuale, la concentrazione, l'autostima e la sicurezza. compiere movimenti sempre più piccoli e precisi finalizzati ad uno scopo pratico.

Obbiettivi:

- Allacciarsi le scarpe
  - Fare dei puzzle a pezzi sempre più piccoli
  - Incastrare elementi solidi come ad es. i mattoncini dei lego
  - Colorare con matite, pennarelli e pastelli, il più possibile dentro i limiti della figura e senza lasciare spazi
  - Tracciare vari tipi di linee con e senza guida
  - Tagliare e incollare
  - Abbottonarsi cappotto o maglione
  - Velocizzare l'apertura di porte con diversi tipi di maniglie e serrature
  - Scrivere il più possibile in maniera ordinata e dentro le righe anche in situazione di stanchezza
- 
- Nell'*Area Cognitiva*, A. ha ottenuto i seguenti punteggi alla Wisc IV: comprensione verbale QI 58, Ragionamento visuo-percettivo QI 61, Scala di memoria di lavoro QI 49, Scala di elaborazione QI 47. Complessivamente si ha un QI Totale di 40 che definisce una Disabilità cognitiva di grado medio - lieve. Tuttavia, A. presenta un livello di competenza adattiva (indice Gac 67) migliore rispetto ai punteggi della scala Wisc V.
  
  - Nell'*Area Apprendimenti*, A. presenta una situazione iniziale nella letto-scrittura sono sufficienti le abilità di transcodifica pur con tempi elevati di decifrazione. La

comprensione del testo è legata all'interesse personale e ad episodi concreti, che possano essere ricondotti a qualcosa del vissuto. Non sempre sono riconosciuti i nessi logici e i personaggi secondari. La rielaborazione va organizzata con semplici domande guida, schemi e immagini. La scrittura presenta un controllo sufficiente per parole bi e trisillabiche piane, con aumento degli errori all'aumentare della complessità ortografica. Acquisita la linea dei numeri, difficoltà nel calcolo che non risulta padroneggiato.

Obbiettivi definiti per il triennio:

- Discriminare i suoni linguistici e le sillabe, in particolare il più possibile i gruppi tri e quadri sillabi
  - Aumentare l'ampiezza lessicale
  - Rallentare la velocità di lettura a vantaggio dell'accuratezza e della comprensione.
  - Aumentare la fluenza della lettura dello stampato maiuscolo e minuscolo.
  - Comprendere semplici testi identificando i contenuti, i nessi logici, i protagonisti, le descrizioni e le azioni.
  - Produrre testi legati al vissuto personale e descrittivi.
  - Produrre riassunti di semplici testi individuandone i tratti salienti.
  - Acquisire strategie di calcolo mentale per operare col denaro.
  - Consolidare la linea dei numeri fino al 100.
  - Operare in colonna con riporti e prestiti.
  - Utilizzare la tavola pitagorica per il recupero delle tabelline ed eventuale memorizzazione delle stesse.
  - Collegare i numeri alle quantità e definire i concetti di pochi-molti-nessuno-tutti rispetto ad un insieme
- Nell'*Area Linguistico/Comunicativa*, A. presenta una situazione iniziale di difficoltà nella comprensione semantica; in una prova di comprensione morfosintattica la prestazione si colloca attorno ai 6 anni età equivalente. In ambito espressivo ha difficoltà di recupero lessicale e di denominazione. In una prova di memoria narrativa si osservano importanti difficoltà di elaborazione delle

informazioni sia nella rievocazione spontanea che nella rievocazione guidata con domande.

Obbiettivi definiti per il triennio:

- Arricchimento del lessico di base
- Comprendere messaggi orali legati o meno al vissuto personale
- Rallentare l'eloquio per maggior chiarezza espositiva
- Utilizzare frasi semplici e brevi
- Ampliare la conoscenza di frasi standard per l'interazione sociale di immediato/automatico recupero e utilizzo

- Nell'*Area Affettivo Relazionale*, A. presenta una situazione iniziale di fragilità: nella stabilità dell'esecuzione delle attività, nella capacità di esplorare gli stimoli proposti, nella attenzione agli scopi dati. Il bambino tende a ricercare l'approvazione dell'osservatore disimpegnandosi dal compito. Permangono comportamenti inadatti durante le attività non strutturate. I gesti provocatori voluti, sono diminuiti anche se permangono in particolare con i compagni del proprio sesso.

Obbiettivi:

- Superare lo scoglio della frustrazione e recuperare la motivazione anche nelle attività di minor interesse o che richiedono maggiore sforzo attentivo.
- Gestire l'imprevisto rimanendo sereno.
- Riconoscersi in un ruolo di appartenenza al gruppo classe
- Giocare con i compagni attenendosi alle regole
- Chiedere l'aiuto di un compagno in caso di necessità
- Aumentare l'autostima innescando un circolo vizioso di gratificazione nella messa in atto di comportamenti positivi e socializzanti.
- Interiorizzare comportamenti adeguati rispetto ai contesti.
- Riconoscere l'atteggiamento inadeguato e interiorizzare il corrispondente comportamento adeguato.

- Prendere lentamente coscienza delle proprie peculiarità, difficoltà e talenti.
  - Riconoscere e dare un nome alle emozioni.
  - Ridurre il ruolo di moderatore dell'adulto nelle relazioni interpersonali.
  - Potenziale la capacità collaborativa
- Nell'*Area Delle Autonomie*, A. presenta una situazione iniziale dove le autonomie personali di base sono raggiunte. Ha cura del proprio materiale scolastico e lo usa in maniera appropriata. Si orienta nei diversi spazi scolastici. Conosce le persone che lavorano nella scuola e le loro mansioni. Conosce la scansione giornaliera dell'orario scolastico. Per quanto concerne le autonomie sociali riconosce il proprio e l'altrui ruolo all'interno del contesto scolastico. Saluta sempre chi incontra e interagisce senza inibizioni se percepisce di essere accolto/ascoltato. Molto empatico, ma con difficoltà a modulare adeguatamente la risposta alla percezione dei sentimenti altrui, soprattutto dei pari.

Obbiettivi definiti per il triennio:

- Allacciare le scarpe.
- Tenere la mascherina (fino a termine dell'emergenza Covid)
- Conoscere il valore del denaro.
- Usare il denaro in situazioni reali/simulate
- Conoscere i principali cartelli stradali (semaforo, strisce pedonali.)
- Recarsi a casa da solo.
- Diminuire i comportamenti inadeguati trovando strategie alternative di relazione.
- Interiorizzare un lessico di uso comune e appropriato alternativo alle espressioni volgari.
- Gestire l'impulso al contatto spesso inadeguato soprattutto con i pari, sostituendolo con un comportamento adeguato e finalizzato allo stesso scopo.
- Gestire in modo virtuoso le capacità empatiche

\_PARTE E, dove vengono descritte le attività integrate nella programmazione educativa individualizzata, anche con l'eventuale partecipazione di enti/soggetti esterni alla scuola  
Nello specifico, dato il forte interesse di A., il consiglio di classe ha ripristinato l'orto scolastico. L'attività ha già visto un primo *step* in cui sono stati costruiti i semenzai e ad oggi sono stati piantati i piselli. La cura dell'orto avviene come progetto trasversale ed interdisciplinare della classe 1B ed in itinere di altre classi dell'Istituto. Inoltre, compatibilmente con le nuove norme dettate dall'Emergenza Sanitaria, si tenterà di coinvolgere associazioni del territorio per un ampliamento del Progetto con interventi di esperti esterni specializzati nella tematica della coltivazione e più in generale dell'ambiente.

\_PARTE F, dove vengono inserite le verifiche del PEI in corso dell'anno scolastico.

### **3.4 PEI Secondo e Terzo Anno: A.S. 2021/2022 - 2022/2023**

Il PEI adottato per questo anno scolastico è quello rinnovato secondo la prospettiva biopsicosociale, si sviluppa quindi lungo quattro dimensioni, dentro le quali viene descritto il percorso evolutivo di A.

Vengono poi individuati gli obiettivi e descritti gli esiti, indicati gli strumenti e le strategie usate, infine vengono esplicitati i metodi di verifica. A seguire vengono elencate le barriere e i facilitatori contestuali, e poi descritti gli interventi sul percorso individuale con le modalità di sostegno didattico e gli ulteriori interventi di inclusione, le modalità di verifica, e la progettazione disciplinare nelle materie curriculari (italiano, storia, geografia, matematica, scienze, inglese-spagnolo, tecnologia, musica, arte, musica, ed. fisica, religione, comportamento).

Di seguito saranno riportate le 4 Dimensioni della Sezione 4 del PEI.

## **DIMENSIONE DELLA RELAZIONE, DELLA INTERAZIONE E DELLA SOCIALIZZAZIONE**

A. ha una grande motivazione a relazionarsi con i pari e gli adulti, con cui sa stringere un sincero legame affettivo. Ha il senso dell'ironia e sa cogliere le sfumature emotive di una conversazione. Sempre di buonumore gli piace molto raccontare le proprie esperienze e conoscere quelle degli altri. Sta migliorando il rispetto dei tempi giusti per intervenire durante le lezioni, aspettando il proprio turno dopo aver alzato la mano.

Durante la ricreazione o nei momenti meno strutturati, ama interagire con i pari soprattutto inserendosi nei giochi dei maschi; è necessario, tuttavia, a volte l'intervento dell'adulto perché fatica a gestire il limite quando i maschi mettono in atto il gioco fisico con rincorse, abbracci e spinte. A. è molto motivato al lavoro scolastico e alle proposte dell'insegnante che siano esse didattiche o ludiche. Tuttavia, per svolgere l'attività assegnata richiede quasi sempre una presenza a lui dedicata in modo esclusivo. In assenza di interazione si demotiva oppure trova rassicurazione in un compito da svolgere o nella lettura dei libri. A. chiede di essere supportato nell'autostima e nella considerazione di sé attraverso conferme della bontà del lavoro svolto. Rispetta le regole dei diversi contesti.

- **OBIETTIVI**

- aumentare la capacità di relazione coerentemente con le necessità contestuali e sociali
- consolidare le capacità relazionali in contesti sociali differenti
- potenziare il canale verbale nella relazione con i pari
- ridurre o eliminare gesti inadeguati attualmente intesi come gioco con i compagni
- ridurre o eliminare espressioni non consone al contesto scolastico

- **ESITI**

- progressi nell'autoregolazione in situazioni di interazione con adulti e pari
- verbalizzazione dei propri bisogni
- gestione di un comportamento problematico seguendo le indicazioni dell'insegnante
- progressi nella partecipazione ad attività di gruppo nella classe

- **STRATEGIE**

- apprendimento cooperativo
- tutoraggio tra pari
- giochi di ruolo
- strategie per l'autoregolazione del comportamento

## **DIMENSIONE DELLA COMUNICAZIONE E DEL LINGUAGGIO**

Si rilevano difficoltà nella comprensione e nell'esposizione scritte e orali. Nonostante le difficoltà linguistiche sia in ricezione che produzione, A. è talmente motivato a comunicare che trova i tempi e la calma per chiedere chiarimenti nel caso non abbia compreso un messaggio orale o non riesca nell'immediato ad esprimere le proprie idee.

Dal momento che A. ha buone capacità mnemoniche, scrivere i concetti espressi oralmente è per lui rassicurante e fonte di maggior chiarezza. Privilegia il canale orale per interazioni con contenuti legati alla quotidianità mentre quello scritto per contenuti attinenti alla didattica.

### **• OBIETTIVI**

- utilizzare frasi brevi e sequenziali per esprimere la propria idea rispettando i propri tempi
- intervenire in una conversazione di classe o di gruppo, rispettando tempi e turni di parola e fornendo un positivo contributo personale
- ascoltare un semplice brano e riferirne i tratti essenziali
- esporre semplici collegamenti al proprio vissuto su temi discussi in classe
- esprimere in modo semplice pensieri, sentimenti, fatti e opinioni in forma orale e scritta
- riferire oralmente contenuti relativi a un semplice argomento studiato
- rallentare l'eloquio evitando le ripetizioni per una maggiore chiarezza espositiva
- ampliare la conoscenza di frasi standard per l'interazione sociale di immediato/automatico recupero e utilizzo

### **• ESITI**

- progressi nell'interazione verbale con i compagni
- aumento dell'attenzione durante le spiegazioni orali
- racconta il proprio vissuto con più sicurezza
- sostiene semplici interrogazioni con più serenità

### **• STRATEGIE**

- verbalizzazione e/o organizzazione grafica delle regole per l'intervento in una conversazione in classe
- mappe concettuali o schemi, forniti o prodotti, dei brani ascoltati o degli argomenti studiati
- domande guida per ampliare i vari aspetti di un racconto personale

## DIMENSIONE DELL'AUTONOMIA E DELL'ORIENTAMENTO

A. è autonomo nella gestione del proprio materiale scolastico che prepara in modo ordinato seguendo la scansione oraria delle varie materie curricolari. Va motivato e gratificato a migliorare alcune autonomie non ancora del tutto acquisite come allacciarsi le scarpe o velocizzare i tempi di permanenza in bagno. Si orienta negli spazi scolastici in cui si muove con sicurezza. In via di acquisizione è anche l'uso del denaro e l'autonomia nel percorrere da solo il tragitto scuola-casa della nonna.

La motricità globale è buona nonostante una leggera goffaggine nei movimenti.

La motricità fine è migliorata considerevolmente rispetto all'anno precedente ed è motivato a scrivere in modo corretto e ordinato. Le prassie del tratto grafico sono molto aiutate quando il foglio presenta una spaziatura a quadretti da 0.5 cm. Da consolidare l'uso del righello e delle squadre. L'autonomia sociale è molto buona, ci tiene a conoscere le regole e a rispettarle.

Le funzionalità sensoriali sono nella norma.

### • **OBIETTIVI**

- compiere movimenti sempre più piccoli e precisi finalizzati ad uno scopo pratico
- vincere la pigrizia in attività motorie percepite con meno interesse
- percorrere il tragitto scuola - casa della nonna in autonomia (quando le esigenze familiari lo permetteranno)
- utilizzare l'euro
- utilizzare correttamente le misure per la prevenzione del Covid
- implementare le autonomie personali e sociali

### • **ESITI**

- progressi nell'annodare le scarpe
- mostra maggior sicurezza nel togliere e mettere maglie e giacche
- soffiarsi il naso correttamente
- scrive ordinato anche in fogli con spaziatura non a quadretti da 0.5 cm
- ritaglia con più precisione
- incolla utilizzando la colla necessaria
- svolge le attività motorie anche in caso di lieve stanchezza
- utilizza le squadre e il compasso
- percorrere brevi tragitti in autonomia
- realizza piccoli acquisti in autonomia
- indossa correttamente la mascherina chirurgica

- Mette in atto buoni comportamenti quando tossisce, starnutisce e sbadiglia.
- Mette in atto buoni comportamenti quando va in bagno (igiene e tabella tempo)
- **STRATEGIE**
  - Realizzazione di video *modeling* e di un supporto di scarpe in telaio di cartone
  - Realizzazione di video *modeling* e di telaio con indumento con zip
  - Esercitazioni in classe - eventualmente guidate - tramite l'uso di materiale tecnico (squadre da disegno, compasso) e materiale scolastico comune.
  - Esercitazioni in palestra o all'aperto tramite l'uso di materiale per attività motoria (palle, *freesby*).
  - Quando sarà possibile, ripresa del progetto "Torno a casa da solo"
  - Uscite vicino a scuola per realizzare piccoli acquisti
  - Storie sociali, pecc, supporto iconografico e video
  - Rinforzi, premi, token economy dei buoni comportamenti

## **DIMENSIONE COGNITIVA, NEUROPSICOLOGICA E DELL'APPRENDIMENTO**

Gli apprendimenti sono supportati da una buona memoria e dalla motivazione al lavoro scolastico. Il ragionamento necessita di tempi rilassati e avviene su singolo quesito esplicito, posto a livello iconografico, il più possibile riconducibile al vissuto personale.

L'organizzazione spazio-temporale è molto buona. Sa gestire il proprio diario e ricorda le scadenze anche con largo anticipo. Memorizza le date e gli avvenimenti, nonché le persone e i luoghi coinvolti. Nella risoluzione di compiti propri per la fascia d'età cerca di capire la richiesta eventualmente chiedendo spiegazioni.

Estremamente empatico, coglie il linguaggio non verbale della comunicazione che lo aiuta a capire le situazioni contingenti. Prende tempo per formulare la propria risposta che, nonostante a volte non sia pertinente nei contenuti, rispetta sempre le modalità e i toni del contesto. Più umanista che matematico, A. è interessato alle persone e alla relazione, mostrando una buona intelligenza interpersonale. Ama la teatralizzazione dei racconti scritti e, vinto il timore iniziale, gli piace mettere in scena situazioni di vita quotidiana.

La buona memoria permette l'acquisizione dei contenuti quando proposti con sequenzialità concreta e ripetitiva. La traslazione dei contenuti da un contesto all'altro va aiutata con elementi di ancoraggio. La lettura non è sempre comprensibile perché A. tende a leggere frettolosamente; con l'intervento esterno sa rallentare i tempi ed essere più chiaro. Scrive in stampato maiuscolo, ha migliorato la grafia e l'ortografia anche se permangono errori di

decifrazione fonologica. Sa svolgere operazioni con l'ausilio della linea del 100 e della tavola pitagorica.

Per le operazioni più complesse con i decimali sa utilizzare la calcolatrice. Conosce e sa operare graficamente con le frazioni. Comprende semplici testi che presentino contenuti concreti rappresentabili con immagini.

- **OBIETTIVI**

- aumentare l'ampiezza lessicale
- rallentare la velocità di lettura a vantaggio dell'accuratezza e della comprensione, rispettando i segni di punteggiatura
- esercitarsi nel leggere semplici frasi in corsivo
- ampliare lo sviluppo dei testi legati al vissuto personale
- produrre riassunti o schemi degli elementi principali di un testo
- discriminare i suoni "T" e "D" per non confonderli poi nella scrittura.
- codificare correttamente la successione di alcuni gruppi consonantici che vengono pronunciati bene, ma poi invertiti nella scrittura.
- utilizzare programmi di videoscrittura e programmi per l'elaborazione di presentazioni presenti nella Google Suite del proprio account istituzionale.
- acquisire strategie di calcolo mentale per operare con il denaro
- consolidare le operazioni entro il 100
- consolidare le tabelline
- riconoscere l'algoritmo risolutivo della moltiplicazione e della divisione
- riconoscere le formule per il calcolo dell'area delle principali figure geometriche

- **ESITI**

- progressi nell'accuratezza della scrittura
- progressi nella chiarezza espositiva di contenuti di studio o esperienze personali
- progressi nella comprensione di un testo scritto
- risolve semplici problemi matematici e geometrici
- utilizza programmi di scrittura e per l'elaborazione di presentazioni

- **STRATEGIE**

- Leggere libri o brevi racconti spiegando ogni volta il significato delle parole
- Raccontare i propri vissuti e interessi con domande guida dell'insegnante volte all'approfondimento e all'ampliamento del racconto
- Studio dei testi delle materie curriculari opportunamente semplificati
- La Cassaforte dell'Euro (Erickson)
- Linea del 100 (Erickson)

- Calcolatrice
- Tavola pitagorica
- Tabella delle parole chiave per il recupero dell'algoritmo risolutivo di un problema

Infine saranno riportate le osservazioni sul contesto della Sezione 6 e gli interventi sul contesto per realizzare un ambiente di apprendimento inclusivo della Sezione 7 del PEI.

## **BARRIERE**

La scuola è distante da casa di A. e prevede l'utilizzo di due autobus e di un lungo tempo per raggiungerla. Questa condizione può essere considerata una barriera per rendere autonomo A. nel percorso casa-scuola e viceversa.

## **FACILITATORI**

- *CONTESTO FISICO*

La scuola presenta una struttura con molte aule, palestra, ampio giardino e orto permettendo così la realizzazione di interventi individualizzati che coinvolgano tutta la classe

- *CONTESTO RELAZIONALE*

Buon gruppo classe, vivace, ma sensibile e partecipe a percorsi alternativi all'attività propriamente didattica

Presenza nel gruppo classe di amici dalla scuola primaria e/o frequentanti lo stesso gruppo scout

Personale ATA per la maggior parte accogliente e partecipe alla vita scolastica di A.

Azioni coerenti e concordate tra docenti di sostegno, docenti curricolari e personale educativo, improntate ad una routine mirata a valorizzare le capacità dell'alunno e alla socializzazione con i pari e con gli adulti del contesto scolastico

Gestione della classe con la valorizzazione della collaborazione da parte degli altri alunni e delle altre alunne nelle attività promosse per o con l'alunno nel contesto della classe

Attenzione alla valorizzazione dei punti di forza e delle attitudini dell'alunno da parte dell'intero Consiglio di Classe

Costante scambio di informazioni e strategie concordate tra docenti di sostegno e curricolari, anche in rapporto alle modalità e obiettivi delle verifiche individualizzate

- *CONTESTO ORGANIZZATIVO*

Azioni condivise con la famiglia e sempre concordate con il gruppo educativo sia scolastico che extrascolastico dell'alunno

### **INTERVENTI SUL CONTESTO**

- Organizzare in modo sistematico tutte le attività didattiche, concordate tra docenti di sostegno e curricolari, proponendo esperienze di apprendimento diversificate.
- Valorizzare gli interessi e le esigenze specifiche dell'alunno prevedendo momenti di condivisione con la classe.
- Alternare attività con la classe ad attività personalizzate che prevedano il rapporto uno a uno con l'insegnante di sostegno.
- Strutturare lavori in piccolo gruppo che permettano il rispetto di ruoli e tempi coerenti con le esigenze dell'alunno.
- Stabilire azioni significative per fornire un rinforzo positivo che possa gratificare l'alunno.
- Individuare tra le compagne e i compagni di classe figure tutor che possano rinforzare l'alunno in situazioni destabilizzanti.
- Individuare tra le collaboratrici e i collaboratori scolastici, persone che abbiano instaurato un rapporto positivo con l'alunno e che possano supportarlo in compiti di responsabilità all'interno della scuola.

### 3.5 Modelli PEI a confronto

Per quanto concerne il PEI del terzo anno non sarà di seguito riportato poiché quello che ci interessava analizzare sono le differenze nella strutturazione e concettualizzazione tra il modello precedente del PEI, che vediamo stilato per A. per il primo anno di scuola secondaria di I grado e il modello PEI voluto dal Decreto n. 182/2020 applicato per A. dal secondo anno di scuola secondaria di Primo Grado.

La prima differenza che si può notare è la struttura: il PEI passato è suddiviso in sei parti mentre il PEI attuale è suddiviso in undici sezioni. In nessuna delle sei parti viene descritto l'ambiente fisico in cui A. è inserito, solo a livello organizzativo e a livello relazionale con la classe e il corpo docenti.

Al contrario, come previsto dal Modello Bio-Psico-Sociale, nel nuovo modello PEI viene data ampia importanza non solo alla descrizione dell'ambiente su tre livelli, fisico-relazionale-organizzativo individuati come possibili barriere e possibili facilitatori per lo sviluppo e l'apprendimento di A., ma anche ai possibili interventi sul contesto per favorire al meglio un ambiente che possa includere A. nella maggior parte della attività scolastiche. A tal proposito sono state dedicate ben due sezioni, sopra riportate: la Sezione 6 e la Sezione 7.

Altra differenza molto importante, vede il superamento della descrizione del funzionamento dell'alunno per Aree inserite nella parte D, ad oggi invece svolto per Dimensioni all'interno della Sezione 4.

Nel nuovo modello PEI: l'Area Motoria e l'Area delle Autonomie sono meglio descritte secondo la Dimensione dell'Autonomia e dell'Orientamento; l'Area Cognitiva è meglio descritta secondo la Dimensione Cognitiva Neuropsicologica e dell'Apprendimento; l'Area Linguistica è meglio descritta secondo la Dimensione della Comunicazione e del Linguaggio; e infine, l'Area Affettivo Relazionale è meglio descritta dalla Dimensione della Relazione, dell'Integrazione e della Socializzazione.

All'interno di ogni Area vengono individuati gli obiettivi per lo sviluppo del funzionamento di A; lo stesso percorso viene svolto all'interno delle Dimensioni, all'interno della quali però vengono anche specificati gli esiti ottenuti da A. durante l'anno e le strategie utilizzate con A.

E ancora, nel PEI precedente, le Aree prevedono una introduzione della situazione attuale di A. tramite l'utilizzo di un linguaggio asciutto e non sempre di facile comprensione per figure non specializzate (vedi Area Cognitiva dove si parla della **WISC**<sup>15</sup>), volto soprattutto all'individuazione dei limiti di A. ("lieve goffaggine [...] ridotta coordinazione oculo manuale [...] difficoltà di gestione dei rapporti spaziali") con lo scopo di superarli.

Nel PEI articolato in Aree, la descrizione delle dimensioni è molto dettagliata, ampia e di facile comprensione per tutte le figure che ne entrano in contatto (di facile utilizzo all'interno di *equipe* multidisciplinari), individua sia i limiti che le risorse di A (es "Più umanista che matematico"), (Tab. 1).

Non mi è invece chiaro il ruolo attivo di A. all'interno del nuovo PEI come voluto dal principio di autodeterminazione concetto che dovrebbe trovare la piena esecuzione nell'elaborazione e approvazione del PEI tramite il GLO di cui l'alunno stesso è chiamato a far parte; ma che nel caso di A. non viene mai citato.

Tabella 1 Modelli PEI a confronto. Sintesi osservativa.

PEI A.S 2020/2021 MODELLO PRECEDENTE	PEI A.S 2021/2022 e A.S 2022/2023 MODELLO ATTUALE
<b>STRUTTURA</b>	
SUDDIVISO IN 6 PARTI	SUDDIVISO IN 11 SEZIONI
<b>DESCRIZIONE AMBIENTALE</b>	
Non presente una analisi dei facilitatori e delle barriere contestuali, descrizione solo dell'ambiente fisico	Ampia analisi dei facilitatori e delle barriere ambientali su 3 livelli: <i>fisico-relazionale-organizzativo.</i> Delineati possibili interventi sul contesto
<b>DESCRIZIONE DEL FUNZIONAMENTO</b>	
Secondo Aree. All'interno di ogni Area vengono individuati gli obiettivi per lo sviluppo del funzionamento di A. Non vengono specificati gli esiti ottenuti da A. durante l'anno e le strategie utilizzate con A.	Secondo Dimensioni. All'interno di ogni Dimensione vengono individuati gli obiettivi per lo sviluppo del funzionamento di A., vengono anche specificati gli esiti ottenuti da A. durante l'anno e le strategie utilizzate con A.
<b>OSSERVAZIONI SULLA SCELTA DEL LINGUAGGIO</b>	
Introduzione della situazione attuale di A. tramite l'utilizzo di un linguaggio asciutto e non sempre di facile comprensione per figure non specializzate	La descrizione delle dimensioni è molto dettagliata, ampia e di facile comprensione per tutte le figure che ne entrano in contatto; individua sia i limiti che le risorse di A.
<b>COMPOSIZIONE DEL GLO</b>	
Non sono coinvolti gli alunni.	Ruolo attivo degli alunni all'interno del gruppo di lavoro operativo.

<sup>15</sup> La *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)* è uno strumento clinico e diagnostico per la valutazione delle abilità intellettuali dei bambini dai 6 ai 16 anni e 11 mesi.

### **3.6 Limiti del nuovo Modello PEI**

Nonostante l'approccio bio-psico-sociale volto a superare le barriere appoggiandosi non solo sui facilitatori ma promuovendo interventi sul contesto per una piena inclusione dei ragazzi con DI all'interno di classi multilivello, in Italia resta ancora molto da migliorare nel concetto di inclusione scolastica.

Permangono persistenti discrepanze tra i livelli degli alunni con DI e i loro compagni normodotati, nonostante la presenza di insegnanti sempre più specializzati presenti nelle classi e nuovi strumenti di integrazione. L'individualizzazione dei curricula porta con sé anche una divisione per differenti livelli raggiunti e raggiungibili dagli alunni con DI, come nel caso di SD, e gli alunni normodotati.

A questo punto, è opportuno chiedersi se il sistema scolastico possa ancora cambiare e secondo quale direzione per poter superare l'individualizzazione dei curricula.

Una strategia potrebbe essere quella di formare le classi non per età cronologica, come previsto nel nostro sistema scolastico, ma per capacità individuali. In questo modo, si avrebbe una redistribuzione degli alunni in classi di competenza nei vari domini curriculari che permette agli alunni sia di frequentare un livello superiore di istruzione rispetto all'età cronologica, che inferiore o paritario. In altre parole, gli studenti più dotati in un dominio specifico potrebbero seguire le lezioni insieme a studenti più grandi per età, continuando a seguire le lezioni con i coetanei nei domini curriculari in cui presentano un livello prestazionale congruo all'età cronologica.

Gli studenti meno dotati compresi gli alunni con disabilità intellettiva, potrebbero essere inseriti in classi dove esprimere al meglio le loro capacità senza il costante bisogno di insegnanti di sostegno; quindi, in classi meno avanzate dove potrebbero sentirsi più in linea con i compagni a livello cognitivo.

Questo vorrebbe dire riorganizzare del tutto il nostro sistema scolastico, proponendo una rivoluzione nella concettualizzazione delle classi.

Seguendo questa proposta:

- si lascerebbe più spazio alle Autonomie degli alunni, campo fondamentale una volta usciti dal sistema scolastico e dove i ragazzi con SD trovano maggiore soddisfazione rispetto agli Apprendimenti;
- si avrebbe quindi meno bisogno di insegnanti specializzati. In Italia la domanda di insegnanti specializzati è maggiore rispetto all'effettivo organico, per tale motivo, nelle classi con alunni con disabilità, vengono inseriti insegnanti senza una formazione specifica. Questo fenomeno è più frequente nelle regioni del Nord, dove la quota di insegnanti curricolari che svolgono attività di sostegno sale al 42%, mentre si riduce al 19% nel Mezzogiorno (Istat, 2022).

## CONCLUSIONI

Il gruppo italiano dei *Disability Studies*– DSE si propongono di rispondere a una serie di domande centrali, quali: «Qual'è il fine dell'educazione nel XXI secolo? Che tipo di società vogliamo costruire?».

Si tratta di un gruppo di ricercatori italiani in collaborazione con esperti e studiosi di fama internazionale che ha realizzato il primo ambito di studio italiano, di stampo accademico, dedicato agli studi sulla disabilità con l'obiettivo di offrire al pubblico italiano uno spazio di discussione sulle tematiche che riguardano la disabilità da una prospettiva innovativa.

I *Disability Studies* è una recente disciplina di studio che analizza la disabilità come un fenomeno sociale, politico, storico e culturale. Di derivazione essenzialmente inglese, tale disciplina indaga la complessità che contraddistingue il concetto di disabilità, declinando e studiando tale concetto non soltanto come una condizione biologica o come un sinonimo di deficit, bensì come una forma di oppressione sociale (D'Alessio, 2015), e di discriminazione, nei confronti di chi si differenzia dalla norma.

Il DSE, sulla base degli studi da loro svolti, sostiene che il PEI sia in realtà uno strumento in contraddizione con una concezione «ampia» di inclusione, volta a sviluppare culture e pratiche che si sforzino di rimuovere gli ostacoli per una piena partecipazione all'offerta formativa della scuola, senza necessità di individuare politiche riservate solo ad alcuni.

Quindi, le misure e le risorse specifiche individuate nel PEI, riservate ad alunne e alunni con disabilità certificate tramite una procedura definita sulla base di criteri medico-individuali, rappresentano il segno di una scuola non pensata, fin dal suo concepimento iniziale, veramente per tutti.

In questo senso, il limite e il fattore di rischio del PEI risiederebbe nella sua stessa concettualizzazione di strumento riservato solo ad alunne e alunni con disabilità. I DSE hanno svolto diversi studi per macroaree, tra cui:

- studi che indagano le criticità del modello bio-psico-sociale dell'ICF. Se da un lato i DSE riconoscono il merito dell'ICF, dall'altro lato ci mettono

in guardia di fronte a un suo utilizzo in ambito pedagogico e educativo, dimostrando come l'ICF non riesca a uscire da una logica compensativa che risponde ai problemi in modo individuale (basata sul soggetto) piuttosto che in modo sistemico (basata sul sistema in cui il soggetto è inserito). In breve, secondo i DSE nel modello bio-psico-sociale dell'ICF sembrerebbe non essere avvenuto il cambiamento fondamentale che distingue tra il deficit (di natura biologica) e la disabilità (di natura sociale). Ne deriva che il problema, quando si verifica, viene localizzato nella persona piuttosto che nelle condizioni invalidanti e si rafforza un modello universale/standard di funzionamento contro un principio pedagogico che celebra la diversità. Se è vero che l'ICF incorpora la componente ambientale, esso però individua la causa della disabilità nella persona, o nel contesto immediatamente collegato all'individuo, mentre lo standard normativo non viene mai messo in discussione e/o analizzato nelle sue componenti disabilitanti.

- studi che indagano lo sviluppo di un sistema universitario e/o di formazione superiore inclusivi. Quando si parla di sistema educativo, i DSE non si limitano ad analizzare il contesto scolastico, ma cercano di comprendere le ragioni secondo le quali gli alunni con disabilità, continuano a essere esclusi dalle università e come queste ultime siano essenzialmente degli ambiti di apprendimento altamente selettivi e discriminanti. Seppure le università, grazie al lavoro di Uffici per la Disabilità e di figure dedicate sono riuscite a integrare alunni con disabilità di tipo fisico e/o con lievi disturbi dell'apprendimento ma non gli alunni con autismo e SD.

Sono state prese in esame queste due Macroaree per sottolineare che le scuole sono insiemi di ecosistemi e a loro volta sono parte di un ecosistema più complesso che andrebbe messo in discussione.

Il sistema scolastico e i suoi strumenti, quindi, sono solo uno dei nodi di una rete che unicamente con la collaborazione, possono contribuire allo sviluppo dell'inclusione sociale in senso ampio.

In questa consapevolezza, si apre la prospettiva di un PEI che abbracci una visione di vero e proprio Progetto di Vita, sviluppandolo sia all'interno della Scuola sia all'interno del Sistema Universitario per garantire le possibilità di una piena integrazione lavorativa e sociale dei soggetti con disabilità, anche fuori e dopo la scuola, e di una piena accoglienza della diversità come risorsa di arricchimento dei soggetti normodotati. In tal senso, il PEI diventa uno strumento virtuoso per la costruzione di un'inclusione non chiusa fra le mura di scuola, ma aperta a diventare parte della rete che può promuovere l'inclusione sociale di tutte e tutti (Ianes & Demo, 2021).

Sostenere i DSE nelle scuole determinerebbe degli importanti cambiamenti al contesto classe. Gli insegnanti sarebbero preparati ad abbracciare la diversità e la differenza, piuttosto che dare per scontata l'omogeneità.

Questo potrebbe voler dire che piuttosto che enfatizzare cosa funziona per la maggior parte degli studenti (come ad esempio la pratica basata sulle prove di efficacia), gli insegnanti comprenderebbero che tutti gli studenti hanno bisogni e punti di forza unici. In questo modo si valorizzerebbero le competenze e non le mancanze degli alunni, e verrebbero riconosciuti i modi di essere e di conoscere della disabilità come delle condizioni possibili, ugualmente valide, di esistere al mondo. Infine, un modello dell'inclusione basato sui DSE prenderebbe in esame questioni quali l'intersecarsi di diverse condizioni, prendendo in esame non solo la disabilità ma le molteplici modalità di marginalizzazione (sesso, etnia, religione) appartenenti alla nostra società.



## BIBLIOGRAFIA

\_BARBONE, S., INFORTUNA, T., (2020). *Il corpo umano*. Milano, Franco Lucisano Editore.

\_BECCHI, M.A., CARULLI, N., (2009). Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. In *Internal and Emergency Medicine*, (Inserto alla Rivista) 4(3), Pp. 1-5. Disponibile al seguente link:<[www.regione.toscana.it/documents/10180/604297/3\\_2009.pdf/8c9307f5-9541-4a5b-b1bc-ec19e3bf4bbb](http://www.regione.toscana.it/documents/10180/604297/3_2009.pdf/8c9307f5-9541-4a5b-b1bc-ec19e3bf4bbb)>, (Ultimo accesso: 13-05-2024).

\_BIRD, E.K.R., GASKELL, A., DALLAIRE BABINEAU, M, MACDONALD, S., (2000). Novel word acquisition in children with down syndrome: does modality make a difference? In *Journal of Communication Disorders*, 33(3), Pp. 241–266.

\_BULL, M.J., (2020). Down Syndrome. In *New England Journal of Medicine*, 382(24), Pp. 2344-2352.

\_D'ALESSIO, S., (2015). Disability Studies in Education: che cosa sono e perché sono importanti per lo sviluppo di una scuola e un'università inclusive. In *L'Integrazione Scolastica e Sociale*, 14(2), (Maggio 2015), Pp. 119-127.

\_DAVIS, A. S., (2008). Children with down syndrome. Implications for assessment and intervention in the school. In *School Psychology Quarterly*, 23(2), Pp. 271–281.

\_DOWN, J.L.H., (1866). 'Observations on an Ethnic Classification of Idiots'. In *London Hospital Reports*, N. 3, Pp. 259-262.

\_FERRI, B.A., (2015). L'inclusione: un progetto non ancora realizzato. Perché abbiamo bisogno dei Disability Studies in Education. In *L'Integrazione Scolastica e Sociale*, 14(2), (Maggio 2015), Pp. 128-134.

\_GRIECO, J, PULSIFE, M, SELIGSOHN, K, SKOTKO, B, SCHWARTZ, A. (2015). Down syndrome: Cognitive and behavioral functioning across the lifespan. In *American*

*Journal of Medical Genetics Part C*, 169(2). Special Issue: *Developmental Trajectories in Cognitive-Behavioral Phenotypes*, Pp. 135–149.

\_ **GUAZZO**, G.M, **RONDAL**, J.A., (2021). *La Sindrome di Down: conoscenze attuali e prospettive di cura*. Roma, Editoriale Anicia S.r.l.

\_ **IANES**, D., **DEMO**, H., (2021). Per un nuovo PEI inclusivo. In *L'integrazione scolastica e sociale*, 20(2), (maggio 2021), Pp. 34-49.

\_ **IANES**, D., **DEMO**, H., (2017). Il Piano Educativo Individualizzato. Luci e ombre di 40 anni di storia di uno strumento fondamentale dell'Integrazione Scolastica in Italia. In *L'Integrazione Scolastica e Sociale*, 16(4), Pp. 415-426.

\_ **LAWS**, G, **BROWN**, H, **MAIN**, E. (2016). Reading comprehension in children with Down syndrome. N. 29, Pp. 21-45.

\_ **LOCATELLI**, C., **ONNIVELLO**, S., **ANTONAROS**, F., **LANFRANCHI**, S. (*et al.*), (2021). Is the Age of Developmental Milestones a Predictor for Future Development in Down Syndrome? In *Brain Science*, 11(5), Art. 655, (2021 May 18), Pp. 1-16.

\_ **MÉGARBANÉ**, A., **RAVEL**, A., **MIRCHER**, C., **STURTZ**, F., **GRATTAU**, Y., **RETHORÉ**, M.O., **DELABAR**, J.M., **MOBLEY**, W., (2009). The 50th anniversary of the discovery of trisomy 21: The past, present, and future of research and treatment of Down syndrome. In *Genetics in Medicine*, 11, 9, Pp 611-616.

\_ **MAISELS**, M.J., **BHUTANI**, V.K., **BOGEN**, D, (*et al.*), (2009). Hyperbilirubinemia in the newborn infant  $\geq$  35 weeks gestation. An update with clarifications. In *Pediatrics* 124(4), Pp. 1193-1198.

\_ **MALAK**, R, **KOSTIUKOW**, A, **KRAWCZYK-WASIELEWSKA**, A, **MOJS**, E, (2015). Delays in Motor Development in Children with Down Syndrome. In *MSM-Medical Science Monitor*. N. 21, Pp. 1904-1910.

\_ **NERI**, G., **OPITZ**, J.M., (2009). Down syndrome: Comments and reflections on the 50<sup>th</sup> anniversary of Lejeune's discovery. In *American Journal of Medical Genetics-Part A*, 149A(12), Pp. 2647-2654.

- \_ **OMS-ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ**, (2007). *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per bambini e adolescenti*. Trento, Erickson Edizioni.
- \_ **PATTERSON, T. RAPSEY, P. C. GLUE, M.**, (2013). Systematic review of cognitive development across childhood in Down syndrome: implications for treatment interventions, In *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(4), Pp. 306-318.
- \_ **ROBERTS, J.E., PRICE, J., MALKIN, C.** (2007). Language and communication development in Down syndrome. In *Mental retardation and developmental disabilities research reviews Journal*, 13(1), Pp. 26-35.
- \_ **ROIZEN, N.J., PATTERSON, D.**, (2003). Down's syndrome. In *Lancet*, 361(9365), (Apr.), Pp. 1281-1289.
- \_ **SILVERMAN, W.**, (2007). Down Syndrome: Cognitive Phenotype. In *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(3): Special Issue: *Down Syndrome*, (Jan 2007), Pp. 197-289.
- \_ **SUN, X., LU, J., MA, X.**, (2019). An efficient method for noninvasive prenatal diagnosis of fetal trisomy 13, trisomy 18, and trisomy 21. In *PLoS ONE*, 14(4), Art. n. e0215368 Pp. 1-12.
- \_ **TWISS, P., HILL, M. DALEY, R. CHITTY, L.S.**, (2014). Non-invasive prenatal testing for Down syndrome. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(1), Pp. 9-14.
- \_ **TSAO, R, MOY, E, VELAY, J.L., CARVALHO, N, TARDIF, C.**, (2017). Handwriting in Children and Adults with Down Syndrome. Developmental Delay or Specific Features? In *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 122(4), (Jul), Pp. 342-353.
- \_ **VERUCCI, L., MENGHINI, D., VICARI, S.** (2006). Reading skills and phonological awareness acquisition in Down syndrome. In *Journal of Intellectual Disability Research*. 50(7), (Jul), Pp., 477-491.
- \_ **VIANELLO, R.** (2006). *La Sindrome di Down. Lo sviluppo psicologico e integrazione dalla nascita all'età senile*. Reggio Emilia, Edizioni Junior.

\_VISLIE, L., (2003). From integration to inclusion: focusing global trends and changes in the western European societies. In *European Journal of Special Needs Education*, 18(1), Pp. 17-35.

\_WINDSPERGER, K. & HOEHL, S. (2021). Development of Down Syndrome Research Over the Last Decades–What Healthcare and Education Professionals Need to Know. In *Frontiers in Psychiatry*, N. 12, Article:749046, Pp. 1-7.

## SITOGRAFIA

**ASNOR - ASSOCIAZIONE NAZIONALE ORIENTATORI**, (17-2-2023). **REDAZIONE**, L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità. In *L'Orientamento, il magazine per la scuola, l'università e il lavoro*, <[www.asnor.it/it-schede-484-1\\_inclusione\\_scolastica\\_degli\\_alunni\\_con\\_n\\_disabilita](http://www.asnor.it/it-schede-484-1_inclusione_scolastica_degli_alunni_con_n_disabilita)>, (Ultimo accesso: 11-04-24).

**BAMBINO GESÙ ISTITUTO PER LA SALUTE.IT**, (02 novembre 2021). **BAGOLAN, P. FUSARO, F.**, (a cura di), *Megacolon congenito agangiare o malattia di Hirschsprung*. Unità Operativa di Neonatologia Medica e Chirurgica, <[www.ospedalebambinogesu.it/megacolon-congenito-agangiare-o-malattia-di-hirschsprung-80228/](http://www.ospedalebambinogesu.it/megacolon-congenito-agangiare-o-malattia-di-hirschsprung-80228/)>, (Ultimo accesso: 13-01-2024).

**BAMBINO GESÙ ISTITUTO PER LA SALUTE.IT**, (16 Maggio 2023). **MADAFFERI, S.**, (a cura di), *Criptorchidismo o Testicolo non disceso*. Unità Operativa di Chirurgia Oncologica, <[www.ospedalebambinogesu.it/criptorchidismo-o-testicolo-non-disceso-80006/](http://www.ospedalebambinogesu.it/criptorchidismo-o-testicolo-non-disceso-80006/)>, (Ultimo accesso: 15-01-2024).

**BAMBINO GESÙ ISTITUTO PER LA SALUTE.IT**, (31 Maggio 2023). **D'ANNA, C.** (a cura di), *Difetto del setto interventricolare*. Unità Operativa di Chirurgia Oncologica, <[www.ospedalebambinogesu.it/difetto-del-setto-interventricolare-89683/](http://www.ospedalebambinogesu.it/difetto-del-setto-interventricolare-89683/)>, (Ultimo accesso: 15-01-2024).

**BAMBINO GESÙ ISTITUTO PER LA SALUTE.IT**, (06 Dicembre 2023). **BUTERA, G., REBONATO, M., PILATI, M.**, (a cura di), *Difetto del setto interventricolare*. Struttura Complessa di Cardiologia Interventistica, <[www.ospedalebambinogesu.it/chiusura-transcatetere-del-difetto-interatriale-143182/](http://www.ospedalebambinogesu.it/chiusura-transcatetere-del-difetto-interatriale-143182/)>, (Ultimo accesso: 17-01-2024).

**BAMBINO GESÙ ISTITUTO PER LA SALUTE.IT**, (06 Dicembre 2023). **VALENTINI D.**, (a cura di), *Sindrome di Down e cardiopatie congenite*. Unità Operativa di Follow-up Pediatrico Generale, <[www.ospedalebambinogesu.it/sindrome-di-down-e-cardiopatie-congenite-111589/](http://www.ospedalebambinogesu.it/sindrome-di-down-e-cardiopatie-congenite-111589/)>, (Ultimo accesso: 17-01-2024).

**\_FADIS - FEDERAZIONE ASSOCIAZIONI DI DOCENTI PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA,** (2005). *Documento Falcucci: "Le radici dell'integrazione scolastica in Italia"*, <[www.integrazionescolastica.it/upload/art455/documento\\_Falcucci\\_1975\\_2005.pdf](http://www.integrazionescolastica.it/upload/art455/documento_Falcucci_1975_2005.pdf)>, (Ultimo accesso: 17-01-2024).

**\_GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.IT,** (2024). *Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap. (GU Serie Generale n.79 del 06-04-1994)*, <[www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/04/06/094A2245/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/04/06/094A2245/sg)>, (Ultimo accesso: 13-04-2024).

**\_GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA.IT,** (2024). *Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. (GU Serie Generale n.39 del 17-02-1992 - Suppl. Ordinario n.30)* <[www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1992/02/17/092G0108/sg)>, (Ultimo accesso: 13-04-2024).

**\_ILSUSSIDIARIO.NET,** (martedì 20 marzo 2012). **PESCHIERA, F.,** *SCIENZA&STORIA/ Jérôme Lejeune. L'uomo e lo scienziato.* Pubblicato in *Emmeciquadro* N. 44 (sezione online), Pp. 1-8, <[www.donnemedico.org/wp-content/uploads/download.pdf](http://www.donnemedico.org/wp-content/uploads/download.pdf) >, (Ultimo accesso: 01-04-24)

**\_ISTAT\_ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA.IT,** (2 dicembre 2022). *L'inclusione Scolastica degli Alunni con Disabilità. - A.S. 2021-2022. Testo Integrale E Nota Metodologica,* <[www.istat.it/it/files/2022/12/Alunni-con-disabilita-AS-2021-2022.pdf](http://www.istat.it/it/files/2022/12/Alunni-con-disabilita-AS-2021-2022.pdf)>, (Ultimo accesso: 25-04-2024).

**\_MANUALE MSD.COM,** (Agosto 2022). **CALABRIA, A.,** *Ipotiroidismo nei lattanti e nei bambini,* <[www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-endocrini-nei-bambini/ipotiroidismo-nei-lattanti-e-nei-bambini](http://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-endocrini-nei-bambini/ipotiroidismo-nei-lattanti-e-nei-bambini)>, (Ultimo accesso: 13-04-2024).

**\_MINISTRO PER LE DISABILITÀ. GOVERNO.IT,** (2024). *Convenzione Nazioni Unite,* <[www.disabilita.governo.it/it/convenzione-nazioni-unite](http://www.disabilita.governo.it/it/convenzione-nazioni-unite)>, (Ultimo accesso: 06-05-2024).

**\_MIUR-MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO\_PROGETTARE L'INCLUSIONE. PERCORSI E MODELLI.IT,** (2024). *Decreti e modelli PEI,* <[www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/decreto-interministeriale.html#>](http://www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/decreto-interministeriale.html#>)>, (Ultimo accesso: 20-05-2024).

**\_MIUR-MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO\_PROGETTARE L'INCLUSIONE. PERCORSI E MODELLI.IT**, (2024). *Linee Guida concernenti la definizione delle modalità, anche tenuto conto dell'accertamento di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assegnazione delle misure di sostegno di cui all'articolo 7 del D. Lgs 66/2017 e il modello di PEI, da adottare da parte delle istituzioni scolastiche*, <[www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/allegati/ALLEGATO\\_%20B\\_%20Linee%20Guida.pdf](http://www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/allegati/ALLEGATO_%20B_%20Linee%20Guida.pdf)>, (Ultimo accesso: 21-04-2024).

**\_MIUR-MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO\_PROGETTARE L'INCLUSIONE. PERCORSI E MODELLI.IT**, (2024). *Piano Educativo Individualizzato (Art. 7, D. Lgs. 13 Aprile 2017, N. 66 e s.m.i.)*, <[www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/allegati/ALLEGATO\\_A3\\_PEI\\_SEC\\_1\\_GRADO.pdf](http://www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/allegati/ALLEGATO_A3_PEI_SEC_1_GRADO.pdf)>, (Ultimo accesso: 26-04-2024).

**\_PORTALE ITALIANO DELLE CLASSIFICAZIONI SANITARIE.IT**, (23 Novembre 2023). *ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, <[www.reteclassificazioni.it/portal\\_main.php?portal\\_view=public\\_custom\\_page&id=25#scopi](http://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=25#scopi)>, (Ultimo accesso: 23-04-24).



# **APPENDICE**

---

## **PEI**

### **PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO** **Modello Scuola Secondaria di Primo Grado**

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

---



[INTESTAZIONE DELLA SCUOLA]  
**PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO**

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

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

ALUNNO/A \_\_\_\_\_

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

Classe \_\_\_\_\_ 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 approvato in data \_\_\_\_\_

PROGETTO INDIVIDUALE  redatto in data \_\_\_\_\_  da redigere

PEI PROVVISORIO	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. _____	FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO <sup>1</sup> ..... ○ .
APPROVAZIONE DEL PEI E PRIMA SOTTOSCRIZIONE	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. _____	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> ..... ○ .

**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	FIRMA
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**

Situazione familiare / descrizione dell'alunno/a

A cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale ovvero di altri componenti del GLO.....

.....

.....

.....

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

o, se non disponibile, dalla Diagnosi Funzionale e dal Profilo dinamico funzionale (ove compilato)

Sintetica descrizione, considerando in particolare le dimensioni sulle quali va previsto l'intervento e che andranno quindi analizzate nel presente PEI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In base alle indicazioni del Profilo di Funzionamento (o, se non è stato ancora redatto, della Diagnosi Funzionale e del Profilo Dinamico Funzionale) sono individuate le dimensioni rispetto alle quali è necessario definire nel PEI specifici interventi. Le Sezioni del PEI non coinvolte vengono omesse.

Dimensione Socializzazione/Interazione/Relazione	Sezione 4A/5A	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Comunicazione/Linguaggio	Sezione 4B/5B	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Autonomia/Orientamento	Sezione 4C/5C	<input type="checkbox"/> Va definita	<input type="checkbox"/> Va omessa
Dimensione Cognitiva, Neuropsicologica e dell'Apprendimento	Sezione 4D/5D	<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. Se il Progetto individuale è stato richiesto e deve ancora essere redatto:  
indicazioni da considerare nella redazione del Progetto individuale di cui all'articolo 14 Legge n. 328/00

### 4. Osservazioni sull'alunno/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 a seguito di Verifica intermedia

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

Specificare i punti  
oggetto di eventuale  
revisione

### 5. Interventi per l'alunno/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, specificando anche gli esiti attesi	
INTERVENTI EDUCATIVI, DIDATTICI E METODOLOGICI, STRATEGIE E STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi	
VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)	



**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, specificando anche gli esiti attesi	
INTERVENTI EDUCATIVI, DIDATTICI E METODOLOGICI, STRATEGIE E STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi	
VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)	

**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, specificando anche gli esiti attesi	
INTERVENTI EDUCATIVI, DIDATTICI E METODOLOGICI, STRATEGIE E STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi	
VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)	

**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, specificando anche gli esiti attesi	
INTERVENTI EDUCATIVI, DIDATTICI E METODOLOGICI, STRATEGIE E STRUMENTI finalizzati al raggiungimento degli obiettivi	
VERIFICA (metodi, criteri e strumenti utilizzati per verificare se gli obiettivi sono stati raggiunti)	



**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

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

Specificare i punti eventualmente oggetto di revisione relativi alle Dimensioni interessate	
---------------------------------------------------------------------------------------------	--

**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 - fisico, organizzativo, relazionale - con indicazione delle barriere e dei facilitatori a seguito dell'osservazione sistematica dell'alunno o dell'alunna e della classe

--

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

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

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
----------------------------------------------------	--

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

Tenendo conto di quanto definito nelle Sezioni 5 e 6, descrivere gli interventi previsti sul contesto e sull'ambiente di apprendimento.

--

**Revisione a seguito di Verifica intermedia**

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 Modalità di sostegno didattico e ulteriori interventi di inclusione

(anche con riferimento ad interventi di orientamento scolastico)

--

### 8.2 Progettazione disciplinare (1)

Interventi educativo-didattici, strategie, strumenti nelle diverse discipline/aree disciplinari

(Anche nel caso in cui le discipline siano aggregate in aree disciplinari, la valutazione degli apprendimenti è sempre espressa per ciascuna disciplina)

<b>Disciplina/Area disciplinare:</b> _____	<input type="checkbox"/> A - Segue la progettazione didattica della classe e si applicano gli stessi criteri di valutazione <input type="checkbox"/> B - Rispetto alla progettazione didattica della classe sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze), alle strategie e alle metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione _____
<b>Disciplina/Area disciplinare:</b> _____	<input type="checkbox"/> A - Segue la progettazione didattica della classe e si applicano gli stessi criteri di valutazione <input type="checkbox"/> B - Rispetto alla progettazione didattica della classe sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze), alle strategie e alle metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione _____
<b>Disciplina/Area disciplinare:</b> _____	<input type="checkbox"/> A - Segue la progettazione didattica della classe e si applicano gli stessi criteri di valutazione <input type="checkbox"/> B - Rispetto alla progettazione didattica della classe sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi di apprendimento (conoscenze, abilità, traguardi di competenze), alle strategie e alle metodologie didattiche, alle modalità di verifica e ai criteri di valutazione _____

(1) Compilare soltanto per le discipline/aree disciplinari per le quali è prevista una progettazione personalizzata

### 8.4 Criteri di valutazione del comportamento ed eventuali obiettivi specifici

<b>Comportamento:</b>	<input type="checkbox"/> A - Il comportamento è valutato in base agli stessi criteri adottati per la classe <input type="checkbox"/> B - Il comportamento è valutato in base ai seguenti criteri personalizzati e al raggiungimento dei seguenti obiettivi: .....
-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Revisione a seguito di Verifica intermedia

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

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
----------------------------------------------------	--

### Verifica conclusiva degli esiti

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

con verifica dei risultati didattici 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 tutto il Consiglio di classe

## 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 classe)

Per ogni ora specificare:

- se l'alunno/a è presente a scuola salvo assenze occasionali Pres. \* (se è sempre presente non serve specificare)
- se è presente l'insegnante di sostegno Sost. \*
- se è presente l'assistente all'autonomia o alla comunicazione Ass. \*

Orario	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. *					
...	...					

L'alunno/a frequenta con orario ridotto?	<input type="checkbox"/> Sì: è presente a scuola per ___ ore settimanali rispetto alle ___ ore della classe, nel periodo _____ (indicare il periodo dell'anno scolastico), su richiesta della famiglia e 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
L'alunno/a è sempre nel gruppo classe con i compagni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, in base all'orario svolge nel periodo _____ (indicare il periodo dell'anno scolastico), _____ ore in altri spazi per le seguenti attività _____ con un gruppo di compagni ovvero individualmente per le seguenti oggettive, comprovate e particolari circostanze educative e didattiche _____
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 del Consiglio di classe 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 all'alunno/a e/o alla classe



	[ ] altro _____
Uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione	Interventi previsti per consentire all'alunno/a di partecipare alle uscite didattiche, alle visite guidate e ai viaggi di istruzione organizzati per la classe.....
Strategie per la prevenzione e l'eventuale gestione di situazioni e comportamenti problematici	_____
Attività o progetti sull'inclusione rivolti alla classe	_____
Trasporto Scolastico	Indicare le modalità di svolgimento del servizio _____

### Interventi e attività extrascolastiche attive

Attività terapeutico-riabilitative	n° ore	struttura	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)
Attività extrascolastiche di tipo formale, informale e non formale (es: attività ludico/ricreative, motorie, artistiche, etc.)		supporto	Obiettivi perseguiti ed eventuali raccordi con il PEI	NOTE (altre informazioni utili)

### Revisione a seguito di Verifica intermedia

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

Specificare i punti oggetto di eventuale revisione	
----------------------------------------------------	--

### 10. CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE con eventuali note esplicative (D.M. 742/2017) [solo per alunni/e in uscita dalle classi terze]

Competenze chiave europee	Competenze dal Profilo dello studente al termine del primo ciclo di istruzione
NOTE ESPLICATIVE	
.....	
.....	
.....	



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

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

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

<p>Suggerimenti, proposte, strategie che hanno particolarmente funzionato e che potrebbero essere riproposti; criticità emerse su cui intervenire, etc.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 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>igienica <input type="checkbox"/></p> <p>spostamenti <input type="checkbox"/></p> <p>mensa <input type="checkbox"/></p> <p>altro <input type="checkbox"/> (specificare.....)</p> <p>Dati relativi all'assistenza di base (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>assistenza a bambini/e con disabilità visiva <input type="checkbox"/></p> <p>assistenza a bambini/e con disabilità uditiva <input type="checkbox"/></p> <p>assistenza ad alunni/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo <input type="checkbox"/></p> <p><u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u></p> <p>cura di sé <input type="checkbox"/></p> <p>mensa <input type="checkbox"/></p> <p>altro <input type="checkbox"/> (specificare .....) )</p> <p>Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Esigenze di tipo sanitario:** comprendono le eventuali somministrazioni di farmaci o altri interventi a supporto di funzioni vitali da assicurare, secondo i bisogni, durante l'orario scolastico.  
Somministrazioni di farmaci:

[ ] non comportano il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, ma solo adeguata formazione delle figure professionali coinvolte. Pertanto, possono essere coinvolte figure interne all'istituzione scolastica.

[ ] comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.

Altre esigenze ed interventi non riferibili esclusivamente alla specifica disabilità sono definiti nelle modalità ritenute più idonee, conservando la relativa documentazione nel fascicolo personale dell'alunno o dell'alunna.

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



<p>Proposta del numero di ore di sostegno per l'anno successivo*</p>	<p>Partendo dall'organizzazione delle attività di sostegno didattico e dalle osservazioni sistematiche svolte, tenuto conto <input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento <input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento, e del suo eventuale <input type="checkbox"/> aggiornamento, secondo quanto disposto all'art. 18 del Decreto Interministeriale n. 182/2020, oltre che dei risultati raggiunti, nonché di eventuali difficoltà emerse durante l'anno, si propone - nell'ambito di quanto previsto dal D.Lgs 66/2017 e dal citato DI 182/2020 - 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 <input type="checkbox"/> del Verbale di accertamento <input type="checkbox"/> del Profilo di Funzionamento, e del suo eventuale <input type="checkbox"/> aggiornamento, 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 5bis del D.Lgs 66/2017 e s.m.i. - 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 dell'alunno/a da e verso la scuola</p>	

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 Verbale di accertamento e dal Profilo di Funzionamento, si individuano le principali dimensioni interessate [Sezione 4] e le condizioni di contesto [Sezione 6], con la previsione degli interventi educativo-didattici 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> ) igienica <input type="checkbox"/> spostamenti <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <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> assistenza a bambini/e con disabilità visiva <input type="checkbox"/> assistenza a bambini/e con disabilità uditiva <input type="checkbox"/> assistenza ad alunni/e con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo <input type="checkbox"/>  <u>Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:</u> cura di sé <input type="checkbox"/> mensa <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> (specificare.....) Dati relativi agli interventi educativi all'autonomia e alla comunicazione (educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria).....
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Esigenze di tipo sanitario:** comprendono le eventuali somministrazioni di farmaci o altri interventi a supporto di funzioni vitali da assicurare, secondo i bisogni, durante l'orario scolastico.

Somministrazioni di farmaci:

[ ] non comportano il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, ma solo adeguata formazione delle figure professionali coinvolte. Pertanto, possono essere coinvolte figure interne all'istituzione scolastica.

[ ] comportano cognizioni specialistiche e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, tali da richiedere il coinvolgimento di figure professionali esterne.

Altre esigenze ed interventi non riferibili esclusivamente alla specifica disabilità sono definiti nelle modalità ritenute più idonee, conservando la relativa documentazione nel fascicolo personale dell'alunno o dell'alunna.



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 Verbale di accertamento e 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 e s.m.i. - per l'a. s. successivo: tipologia di assistenza / figura professionale _____ per N. ore _____(1).</p>
Eventuali esigenze correlate al trasporto dell'alunno/a da e verso la scuola	

(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.		

