

Progettualità educativa verso la prima infanzia con disabilità

Alcune esperienze in Piemonte

Marisa Pavone

Professore Ordinario di Pedagogia Speciale all'Università di Torino e direttrice della rivista «L'integrazione scolastica e sociale»

monografia

Sommario

Alla nascita e nei primi anni di vita di un bambino con disabilità, la disponibilità verso un pensiero progettuale da parte dei genitori è piuttosto debole; per giunta, non sempre gli specialisti dei servizi sanitari, educativi e sociali, che interagiscono con le figure di accudimento primario, sono in grado di sostenerne l'apertura alla speranza nel futuro. In contrasto con l'orientamento prevalente, povero di prospettiva pedagogica, si moltiplicano sul territorio le esperienze di reti di supporto, tendenti a valorizzare e accompagnare la progettualità educativa del nucleo familiare. In particolare, nella Regione Piemonte, si evidenziano alcuni servizi nella fascia di età 0-3 anni e nuovi modelli di conoscenza e di progettazione educativa nella scuola dell'infanzia e primaria, che pongono al centro dell'attenzione lo sviluppo della personalità globale del bambino in difficoltà, la collaborazione tra tutti gli attori coinvolti nella realizzazione del progetto di cura — professionisti e famiglia — e l'inclusione nella vita di sezione/classe.

Valorizzazione precoce della progettualità educativa della famiglia

È assunto condiviso che, nel nostro Paese, il Piano Educativo Individualizzato (PEI) sia il cuore vitale della progettazione a favore del minore con disabilità — in ogni ordine e grado di scuola —, in quanto racchiude gli obiettivi e gli interventi integrati ed equilibrati fra di loro — educativi, didattici, sanitari e sociali — rispondenti ai suoi bisogni speciali. Nello stesso tempo, costituisce il dispositivo strategico a supporto dell'integrazione.

È formulato dagli insegnanti curricolari e dall'insegnante specializzato assegnato alla

sezione/classe e prevede la collaborazione della famiglia e degli specialisti extrascolastici che seguono il caso. Questo progetto, che accompagna lo studente lungo tutta la scolarità, è previsto a partire dalla scuola dell'infanzia, non prima.

In contrasto con tale scelta, si vuole porre l'accento sull'importanza di valorizzare il più presto possibile, cioè ancora prima dei tre anni, la progettualità educativa della famiglia verso il bambino, rispetto alle istanze sanitario-riabilitative (comunque indispensabili).

Fin dalla nascita e nei primi mesi/anni di vita, la sollecitazione e il sostegno alla crescita in contesti caratterizzati da una buona

integrazione tra cure mediche e progettualità educativa (genitoriale e istituzionale) offrono, infatti, le migliori premesse al progetto di vita del piccolo e del nucleo di appartenenza.¹

La valorizzazione precoce della progettualità genitoriale, oltre a bonificare la mente dei familiari e dei professionisti da pensieri in difetto di speranza, sostiene il padre e la madre nel processo di affiliazione verso il bambino e, di conseguenza, nella costruzione di una storia evolutiva comune.

La capacità generativa verso il figlio in difficoltà e la tenuta della progettualità familiare sono intimamente collegate: un percorso di *care* basato su un'impostazione che considera il bambino nella dimensione antropologica, e non solo come un corpo difettoso da curare, favorisce tra i genitori e il piccolo la creazione di quell'attaccamento indispensabile ad alimentare la progettualità parentale.

D'altra parte, la ri-valorizzazione del sistema familiare, con adeguata ri-significazione della genitorialità, predispone i genitori ad acquisire competenze nuove rispetto all'accudimento del figlio (Morvan, 2010; Pavone, 2009; Zucman, 2007; Battaglia, Canevaro e Chiurchiù, 2004).

Questa consapevolezza in Italia non rappresenta ancora un approdo consolidato, ma un traguardo da conquistare. Lo stato dell'arte degli studi, delle ricerche e delle pratiche ci dice che la potenzialità educativa della famiglia è un valore molto debole all'impatto con la comunicazione della diagnosi e nei primi anni di vita (Sorrentino, 2006; Di Nuovo e Buono, 2004; Zanobini, Manetti e Usai, 2002). Va progressivamente costruendosi e consolidandosi con il crescere del figlio, per rendersi

evidente all'appuntamento con l'integrazione nella scuola dell'infanzia, proprio quando e in quanto comincia l'impegno istituzionale alla progettazione educativa individualizzata.

I servizi per la prima infanzia della città di Torino

Nel biennio 2009-2010 abbiamo condotto una ricerca esplorativa longitudinale² su alcuni casi di bambini con gravi problemi di salute/disabilità, ricoverati in reparti ospedalieri di Terapia Intensiva Neonatale della città di Torino, in Piemonte, per rilevare la presenza e la continuità di un modello di cura del tipo *relationship-oriented* (come quello proposto da Als, 1999), basato su una relazione comunicativa che assume una connotazione educativa già durante la degenza in ospedale e poi nella fase di accompagnamento a casa e di rinvio ai servizi di territorio.

In questo contesto, siamo venuti a contatto con alcuni servizi strategici dell'amministrazione comunale, fiore all'occhiello nel panorama nazionale, perché promuovono a tutto campo azioni educative orientate all'intervento precoce, alla cura e al sostegno alla prima infanzia e alle famiglie in difficoltà: il servizio di Consulenza Educativa Domiciliare (CED) e i nidi.

Il servizio di Consulenza Educativa Domiciliare

Questo presidio si propone come risorsa strategica, ai fini della costruzione di una rete di servizi di cura territoriale intorno

¹ Assemblea delle Nazioni Unite, *Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità*, approvata nel 2006; il pronunciamento è stato ratificato dallo Stato italiano con legge n. 18/2009.

² L'indagine, dal titolo *Bambini nel nascere, bambini per crescere. Dal programma di cure al progetto di vita*, è stata sviluppata nel biennio 2009-2010, con la collaborazione dei dottori di ricerca Piera Bagnus e Alessia Farinella.

alla famiglia, al momento della nascita di un figlio con gravi problemi di salute/disabilità. Istituito nel 1984, presso la Divisione Servizi Educativi-Settore Integrazione Educativa della città di Torino, e affidato a un team di insegnanti di scuola dell'infanzia appositamente formate, nei primi due decenni di attività ha offerto un prezioso supporto domiciliare ai nuclei con bambini di età compresa fra 0 e 3 anni in condizioni compromesse, tali da costituire un potenziale rischio per lo sviluppo e l'educazione.

Fra gli aspetti innovativi del servizio, si evidenzia la realizzazione di un intervento educativo presso il domicilio genitoriale, con il vincolo che, durante le attività di stimolo rivolte al bambino, sia presente la madre, o comunque la figura primaria di accudimento, affinché il *caregiver* familiare sia sostenuto nell'assunzione del ruolo di protagonista del rapporto.

Un altro compito specifico e qualificante, oltre alla presa in carico del nucleo nella sua totalità, è l'attivazione di una rete di servizi di sostegno parentale. L'educatrice referente si propone come la figura che «tiene le fila del progetto», coordina i diversi interventi e partecipa alle riunioni della famiglia con i tecnici coinvolti (pediatra, neuropsichiatra infantile, riabilitatore, educatrici del nido, assistente sociale, ecc.). Per andare incontro alle eventuali difficoltà dei genitori a orientarsi tra le istituzioni e i servizi di quartiere, è sua responsabilità fare da ponte tra gli uni e gli altri, aiutando i genitori nella scelta di quelli più rispondenti al bisogno; inoltre, alimenta e tiene aperto un dialogo costante tra gli adulti che si occupano del caso.

Obiiettivo prioritario del CED è anche quello di favorire o accompagnare il desiderio dei genitori di inserire il proprio bambino in un'istituzione educativa, asilo nido o scuola dell'infanzia; un intervento in tale direzione comporta la strutturazione di azioni che, seb-

bene collocate nella quotidianità — ricerca della struttura, preparazione dei documenti, fase di inserimento, ecc. — contribuiscono ad alimentare il tempo della prospettiva.

Ripercorrendo la storia del servizio, abbiamo constatato che, a partire dal Duemila, è stata ampliata sia la fascia anagrafica — da 0-3 a 0-6 anni — sia la popolazione infantile di riferimento, con la presa in carico anche di bambini appartenenti a famiglie multiproblematiche, e pertanto considerati a rischio educativo.

Oggi, un servizio di territorio così delicato e strategico vive una fase di stagnazione. La condizione di ristrettezze economiche in cui, negli ultimi anni, sono costretti gli enti locali, la mancata sostituzione delle insegnanti che vanno in pensione e il disinvestimento sul servizio — da parte di amministratori di nuova generazione — rischiano di porre una grave ipoteca sulle sue possibilità di sopravvivenza.

I bambini con disabilità nei nidi comunali

Gli asili nido della Città di Torino hanno avviato l'esperienza di integrazione di piccoli con disabilità e/o con gravi problemi di salute già dalla seconda metà degli anni Settanta, cioè quasi un ventennio prima che la legislazione la considerasse obbligatoria (Legge n. 104/92).

Dopo le prime esperienze pilota, fin dal Regolamento Generale del 1981, è stata riconosciuta priorità di accesso al nido ai bambini con disabilità psichiche o sensoriali o con «particolari problemi di ordine sanitario, psicologico e sociale».

Inoltre, è previsto che nelle strutture ospitanti prestino servizio educatori appositamente formati e aggiornati in modo continuativo, nonché la presenza di spazi e materiali adeguati; infine, è stato previsto che

si possa contare sul supporto di un educatore specializzato in psicomotricità.

Il nido non è un *setting* riabilitativo personalizzato che isola il bambino in difficoltà dai compagni e dalla routine quotidiana, ma un ambiente di vita che si impegna a integrare gli interventi tecnici, provenienti dagli ambienti specialistici, in una programmazione individualizzata inserita in un clima ordinario e ludico. I processi di umanizzazione si nutrono, infatti, di reti sociali aperte, che richiamano il superamento delle barriere, talvolta anche di quelle suscitate dal «sapere» altamente formalizzato dei professionisti, i quali devono aprirsi alla prospettiva di con-dividere la conoscenza e l'esperienza (Canevaro, 2008).

Con una scelta anticipatrice rispetto al panorama nazionale, nei nidi comunali di Torino è stata introdotta la prassi del Progetto Educativo Individualizzato (PEI), elaborato dalle educatrici per ciascun bambino con disabilità, prevedendo obiettivi e interventi nell'area dell'autonomia personale e sociale, bene integrati con quelli sanitari e sociali, fondati non solo su una logica di *compensazione* funzionale, ma anche su una logica *comprensiva*. Quest'ultima muove dalla conoscenza del piccolo e tende a mettere in luce i suoi punti di forza (non solo le difficoltà), le modalità di organizzazione sensoriale e simbolica, nonché le strategie di apprendimento che gli sono proprie.

Zimmerman e Rappaport (1988) hanno utilizzato il concetto di *empowerment* come dimensione «multilivello», indicante la possibilità di articolare in un livello individuale un'organizzazione sociale comunitaria aperta. Sulla base di questa ispirazione teorica, che non esclude i bambini con bisogni molto speciali, le educatrici si adoperano per integrare il PEI nella programmazione rivolta a tutti i bambini della sezione (Amerio e Piccardo, 2000).

Il nido non accoglie solo il bambino, ma anche la coppia genitoriale con le sue aspettative, le ansie e insieme le competenze costruite, giorno dopo giorno, attraverso la convivenza: la costruzione dell'identità genitoriale è un percorso che richiede tempo, accompagnamento e fiducia. Il concetto di competenza nei confronti del bambino in difficoltà non appartiene solo all'educatrice specializzata e ai suoi colleghi, ma si distribuisce anche fra gli altri attori del contesto: accanto alle competenze professionali evidenti e certificate, ci sono le competenze «grezze» genitoriali, sedimentate attraverso l'esperienza e la riflessione sull'esperienza. Ciascuno dovrebbe mettere in campo e integrare le proprie consapevolezze con quelle degli altri, in stretta continuità, realizzando un'azione congiunta di reciproco affiancamento e supporto: una *mente progettuale integrata* che cresce nel tempo in modo coevolutivo, insieme allo sviluppo progressivo delle potenzialità del bambino.

Nuovi modelli di conoscenza e di progettazione nelle scuole dell'infanzia e primarie del Piemonte

L'utilizzo sperimentale del modello di classificazione ICF-CY (WHO, 2007), come griglia descrittiva utile a pervenire a una conoscenza globale del bambino, può rappresentare una buona occasione per rimettere in moto la riflessione sulle criticità nella realizzazione del processo integrativo nel nostro Paese, in vista del loro superamento in una prospettiva più inclusiva.

In particolare, in diverse istituzioni scolastiche e sanitarie regionali (a differenti livelli di articolazione), sono oggetto di studio le implicazioni derivanti dall'impiego dell'ICF, ai fini della costruzione di un Piano Educativo Individualizzato che non solo

sia potenzialmente adeguato al progetto di vita del bambino, ma che solleciti anche un maggiore coinvolgimento dell'ambiente e una più intensa collaborazione tra i professionisti intra ed extrascolastici, la famiglia e, sullo sfondo, il gruppo dei pari.

In Piemonte si sta conducendo da qualche anno una sperimentazione congiunta tra insegnanti, professionisti della sanità (neuropsichiatri infantili e psicologi) e del settore socio-educativo-assistenziale (educatori, assistenti all'autonomia e alla comunicazione, assistenti sociali), in collaborazione con le più importanti associazioni di famiglie presenti sul territorio, per l'impiego condiviso dell'ICF in fase diagnostica (Profilo descrittivo di Funzionamento, PdF) e progettuale scolastica (PEI) (Ianes e Cramerotti, 2011; Croce e Pati, 2011). Nello specifico, l'iniziativa si inquadra in un ampio progetto pilota di formazione interistituzionale e interdisciplinare sull'ICF, attivato in alcuni quartieri della città di Torino e in alcune realtà delle province di Biella e di Cuneo, nel periodo 2009-2012.³

Si è partiti dal presupposto che l'ICF è un ordinatore concettuale, finalizzato a descrivere il funzionamento/disabilità dell'alunno in relazione al suo ambiente di vita, individuando l'impatto dei fattori contestuali, riletti in termini di «barriere» e «facilitatori». In quanto tale, offre un linguaggio standard unificato, un comune modello di riferimento agli adulti coinvolti — professionisti e non — per descrivere la condizione di salute e le sue modificazioni nel tempo.

Una volta elaborata concordemente una griglia descrittiva standard del Profilo di Funzionamento del minore, secondo le categorie ICF («strutture e funzioni corporee»,

«attività e partecipazione», «fattori contestuali ambientali e personali»), i partecipanti alla sperimentazione sono stati invitati prima ad applicarla agli stessi casi concreti, interpretandola ciascuno dal proprio punto di vista e, successivamente, a discutere in gruppo le risultanze.

Mentre per le componenti «strutture e funzioni corporee» i gruppi di ricerca si sono confrontati sulle voci codificate dai medici, per le componenti «attività e partecipazione» e «fattori contestuali ambientali», ogni soggetto è stato chiamato a esprimere il proprio apporto specifico rispettivamente a:

- apprendimento e applicazione delle conoscenze; compiti e richieste generali; comunicazione; mobilità; cura della persona; vita domestica; interazioni e relazioni interpersonali; aree di vita principali; vita sociale, civile e di comunità;
- prodotti e tecnologia; ambiente naturale e modificato dall'uomo; sostegno sociale; atteggiamenti, servizi.

L'utilizzo dell'ICF si sta rivelando di fatto un'opportunità di integrazione operativa delle conoscenze, delle competenze, dei linguaggi e delle possibilità, fra i differenti professionisti e con i genitori. Quanto al contributo specifico della famiglia, il modello di PdF include la descrizione dei punti di forza dell'alunno (che cosa sa e gli piace fare; gli aspetti positivi del carattere; i modi in cui comunica; le abitudini di vita quotidiana; ecc.), dei suoi punti di debolezza (che cosa non sa fare; le difficoltà; che cosa può fare se riceve aiuto; ecc.); di ciò che si deve sapere di lui e che è più importante fare, e come, per aiutarlo.

Nell'allegato 1 riportiamo un adattamento del modello di Profilo di Funzionamento attualmente in vigore nel contesto piemontese. La scuola piemontese in questi mesi è impegnata nella costruzione di un modello di PEI che traduca in obiettivi scolastici a

³ Il progetto formativo, frutto di un accordo interasessorile nella Regione Piemonte (Istruzione, Servizi Sociali e Sanità) e con l'Ufficio Scolastico Regionale, ha interessato in un triennio 2.500 insegnanti, 500 operatori sanitari e 500 operatori sociali.

medio-breve termine le voci «attività e partecipazione» del Profilo di Funzionamento e in risorse i «fattori ambientali».

L'impiego dell'ICF può, in effetti, diventare una preziosa risorsa progettuale a vantaggio del bambino, permettendo d'individuare gli aspetti del contesto scolastico che condizionano il livello della sua disabilità (barriere da rimuovere) e che qualificano la sua attività/partecipazione (facilitatori da introdurre); di conseguenza può contribuire a mettere in luce la funzione protettiva e proattiva della scuola.

I familiari sono ancora una volta coinvolti, per condividere il complesso del progetto che sottoscrivono, dichiarando le loro aspettative generali, sia rispetto all'apprendimento del figlio sia rispetto alla scuola; in particolare, devono esprimersi sulla definizione degli obiettivi comuni, sulle modalità di collaborazione con gli insegnanti, sui tempi e sulle modalità di realizzazione degli incontri.

Un altro impulso verso pratiche scolastiche sempre più inclusive è la richiesta ai docenti di classe — generalisti e specializzato — di dichiarare nel PEI i collegamenti/adattamenti tra la programmazione prevista per tutti i bambini e i contenuti del singolo progetto (a livello di obiettivi, metodologie, linguaggi, aspetti relazionali, tempi e attività).

Sul piano organizzativo, il team degli insegnanti di sezione/classe deve illustrare nel documento progettuale anche le scelte previste settimanalmente, per favorire l'integrazione dell'allievo nel gruppo; ad esempio, impiego delle co-presenze degli insegnanti o di altre figure di sostegno; distribuzione oraria delle attività; attività di gruppo e di tutorato tra pari; orario di frequenza del bambino; eventuali interventi sanitari in orario scolastico; strategie per l'emergenza, altro.

Presentiamo nell'allegato 2 un'ipotesi sperimentale di Piano Educativo Individualizzato in uso in alcune scuole della provincia di Cuneo.

La prossima finalità prevista è quella di implementare presso i docenti un «pensare pedagogico» che coordini sempre meglio il tempo della scuola con quello della vita extrascolastica; a questo scopo, sono in corso ulteriori iniziative di formazione, a cura dell'amministrazione scolastica locale, rivolte ai soli insegnanti. La costruzione di un PEI scolastico su base ICF rappresenta una sfida orientata verso la prospettiva del progetto di vita, a conferma del fatto che l'educazione è un processo in cui la specificità, anche elevata, deve entrare in contatto con gli elementi ordinari.

Bibliografia

- Als H. (1999), *Reading the premature infant*. In E. Goldson (a cura di), *Nurturing the premature infant: Developmental interventions in the neonatal intensive care nurse*, New York, Oxford University Press, pp. 18-85.
- Amerio P. e Piccardo C. (2000), *L'empowerment tra individuo e organizzazione*. In P. Amerio (a cura di), *Psicologia di comunità*, Bologna, il Mulino.
- Battaglia A., Canevaro A. e Chiurchiù M. (2004), *Figli per sempre*, Roma, Carocci.
- Canevaro A. (2008), *Pietre che affiorano*, Trento, Erickson.
- Croce L. e Pati L. (a cura di) (2011), *ICF a scuola*, Brescia, La Scuola.
- Di Nuovo S. e Buono S. (2004), *Famiglie con figli disabili*, Troina (EN), Città Aperta.
- Ianes D. e Cramerotti S. (2011), *Usare l'ICF a scuola*, Trento, Erickson.
- Morvan J.S. (2010), *L'énigme du handicap. Traces, trames, trajectories*, Toulouse, Edition Érès.
- Pavone M. (2012), *Inserimento, Integrazione, Inclusione*. In L. d'Alonzo e R. Caldin (a cura di), *Questioni, sfide e prospettive della Pedagogia Speciale*, Napoli, Liguori.
- Pavone M. (a cura di) (2009), *Progettualità familiare agli inizi difficili della vita*. In Id. (a cura di), *Famiglia e progetto di vita*, Trento, Erickson, pp. 27-44.

- Sorrentino A.M. (2006), *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Milano, Raffaello Cortina.
- World Health Organization/WHO (2007), *ICF-CY: International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version*, Geneva, Switzerland, WHO, trad. it. Organizzazione Mondiale della Sanità/OMS, *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson.
- Zanobini M., Manetti M. e Usai M.C. (2002), *La famiglia di fronte alla disabilità*, Trento, Erickson.
- Zimmerman M.A. e Rappaport J. (1988), *Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment*, «American Journal of Community Psychology», vol. 5, pp. 725-750.
- Zucman E. (2007), *Auprès de la personne handicapée: Une étique de la liberté partagée*, Paris, Vuibert.

Abstract

At the birth of and during the first few years of life of a child with disabilities, parents' openness towards planning concerns is rather weak. In addition, the health, education and social service specialists who interact with primary caregivers are not always capable of supporting openness to future hope. In contrast with the prevailing tendency, lacking in educational prospects, support networks are growing in our country and these tend to value and guide the educational planning of the family unit. In the Piedmont region in particular a number of services for the 0-3 age group can be highlighted, together with new models of awareness and educational planning in nursery schools, which focus on the development of the global personality of a child with difficulties, collaboration between caregivers — professionals and family — and inclusion in school life.

ALLEGATO 1

Adattamento del modello di Profilo di Funzionamento attualmente in vigore nella Regione Piemonte (DGR n. 34/2010, * allegato B)REGIONE PIEMONTE
ASL**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA**

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

Scuola di _____

DIAGNOSI CLINICA

1 _____ ICD-10 _____

2 _____ ICD-10 _____

3 _____ ICD-10 _____

4 _____ ICD-10 _____

5 _____ ICD-10 _____

FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura dell'operatore sanitario.Descrivere *solo* l'entità delle menomazioni e/o degli eventuali punti di forza, quando risultino significativi.**CODIFICA ICF****STRUTTURE CORPOREE (ICF)** a cura dell'operatore sanitario.Descrivere *solo* l'entità delle menomazioni significative di cui si ha la documentata evidenza.**CODIFICA ICF****ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE**Descrivere *solo* l'entità delle limitazioni oppure gli eventuali punti di forza delle attività e restrizioni della partecipazione che appaiono significative per la persona. La descrizione deve essere fatta in termini di *Performance*, *Performance 1* e *Capacità*. In caso di differenze tra *Performance*, *Performance 1* e *Capacità*, elencare i *Fattori Ambientali* che ne sono responsabili.**CODIFICA ICF*** Delibera Giunta Regionale del Piemonte n. 34 del 1° febbraio 2010: *Linee di indirizzo integrate per le ASL, Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, istituzioni scolastiche ed Enti di Formazione professionale circa il diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale degli alunni con disabilità o con Esigenze Educative Speciali*. Il modello è attualmente in fase di revisione.



APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE
 COMPITI E RICHIESTE GENERALI
 COMUNICAZIONE
 MOBILITÀ
 CURA DELLA PERSONA
 VITA DOMESTICA
 INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI
 AREE DI VITA PRINCIPALI
 VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ

CODIFICA ICF

FATTORI AMBIENTALI

PRODOTTI E TECNOLOGIA
 AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO
 RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE
 ATTEGGIAMENTI
 SISTEMI E POLITICHE

CODIFICA ICF

FATTORI CONTESTUALI PERSONALI (ICF)

Fate una descrizione sintetica del soggetto e di ogni altra informazione rilevante non descritta in precedenza. Includete tutti i *Fattori Personali* che possono avere un impatto sullo stato funzionale (ad esempio, stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, ecc.) non descrivibili nelle dimensioni precedentemente prese in esame.

CODIFICA ICF

PUNTO DI VISTA DELLA PERSONA

Mi presento

Descrivo i miei punti di forza (cosa so fare, cosa mi piace fare, gli aspetti positivi del mio carattere, ecc.); le mie difficoltà (cosa proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo aiuto, gli aspetti difficili del mio carattere, ecc.); la cosa più importante da fare per aiutarmi.

PUNTO DI VISTA DI CHI RAPPRESENTA LA PERSONA

Descrivere i suoi punti di forza (cosa sa fare, cosa gli piace fare, gli aspetti positivi del suo carattere, ecc.); le sue difficoltà (cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve aiuto, gli aspetti difficili del suo carattere, ecc.); la cosa più importante da fare per aiutarla e le modalità per perseguire questo fine.

ALLEGATO 2

PEI utilizzato in alcune scuole della provincia di Cuneo (ipotesi sperimentale)**PEI SU BASE ICF**

A.S. 2012-2013

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Residenza _____ Nucleo familiare _____

ASL di riferimento _____ Operatore di riferimento _____

ORGANIZZAZIONE SCOLASTICA

Precedente scolarizzazione

Programma scolastico

Classe

Insegnanti

Assistenti-Educatori

Orario

| ORE | LUNEDÌ | MARTEDÌ | MERCOLEDÌ | GIOVEDÌ | VENERDÌ |
|-----|--------|---------|-----------|---------|---------|
| 1° | | | | | |
| 2° | | | | | |
| 3° | | | | | |
| 4° | | | | | |
| 5° | | | | | |
| 6° | | | | | |
| 7° | | | | | |
| 8° | | | | | |

Ore sostegno

PROFILO DELL'ALUNNO

Diagnosi clinica

Funzioni corporee

Strutture corporee

Presentazione



ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

Dominio
Performance
Capacità
Facilitatori

Obiettivi

Metodi
Strumenti
Altro
Performance tempo b (verifica)

Dominio
Performance
Capacità
Facilitatori

Obiettivi

Metodi
Strumenti
Altro
Performance tempo b (verifica)

PROGRAMMAZIONE DIDATTICA

Didattica (articolazione dei tempi, dei contenuti, ecc.) in raccordo con la programmazione della classe

VALUTAZIONE

Valutazione (globale dei processi)

Allegati

Data