

**Azienda Sanitaria Locale Provincia di Milano 3
Organismo di Coordinamento e Integrazione per la Salute Mentale
in Età Evolutiva (OCISMEE)
Gruppo di lavoro integrazione alunno disabile**

**DOCUMENTO ORIENTATIVO PER LA CERTIFICAZIONE
DI ALUNNI IN SITUAZIONE DI HANDICAP**



Componenti gruppo di lavoro:

Roberto Rossi (ASL Servizio Disabili-Coordinatore del gruppo)
Fiorenza Costantini (ASL Distretto Cinisello) Rosa M. Carmagnola (ASL Servizio
Disabili) Fabia Fogliani (AO Monza) Anna Tagliavini (AO Vimercate) Maria C.
Torrieri (Pediatria) Elio Brillo (UdP Desio) Andrea Bagarotti (Comune Seregno)
Antonio Cacopardi (ANFFAS) Laura Cesena (Don Gnocchi) Claudia Carera (AIAS)
Luisa Radaelli (La Nostra Famiglia) Anna Martinetti (Scuole territorio) Maria Zanni
(USP Monza Brianza) Linda Giampiccolo (I.C. Moro Seregno)

Dicembre 2008

Documento orientativo per la certificazione di alunni in situazione di handicap

1. Introduzione	2
1.a Lo scenario di Riferimento	3
1.b Considerazioni preliminari	4
2. Ritardo mentale (F70-F79)	6
3. Disturbi evolutivi specifici misti (F83)	8
4. Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)	8
5. Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (F80)	9
6. Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (F81)	11
6.a Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificate (F81.9)	13
7. Disturbo evolutivo specifico delle funzioni motorie (F82)	13
8. Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84)	13
8.a Autismo infantile (F84.0)	14
8.b Autismo atipico (F84.1)	15
8.c Sindrome di Rett (F84.2)	16
8.d Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo (F84.3)	16
8.e Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati (F84.4)	17
8.f Sindrome di Asperger (F84.5)	18
9. Sindromi Ipercinetiche (F90)	19
Appendice A. Come richiedere l'intervento di Assistenza alla comunicazione (Disabili Sensoriali)	20
Appendice B. Il Piano di Intervento Personalizzato	20

1. Introduzione

La stesura del presente documento nasce all'interno del Gruppo di Lavoro sul monitoraggio delle attività connesse alla certificazione degli alunni disabili. Le riflessioni condotte in tale sede nel corso del primo periodo di applicazione del DPCM 185/06 hanno lasciato emergere, come elemento di particolare criticità, la disomogeneità e la scarsità della documentazione prodotta a sostegno della certificazione diagnostica prodotta dal servizio pubblico o privato accreditato. Tali circostanze hanno reso difficoltosa l'attività delle commissioni che si sono trovate ad esprimersi in merito alla sussistenza o meno di una condizione di handicap, a partire da scarsi elementi o da informazioni afferenti a ragionamenti diagnostici estranei alla propria pratica professionale.

Il presente documento, quindi, si pone un duplice obiettivo: uniformare all'interno del territorio i criteri minimi che guidano il ragionamento diagnostico dei tecnici coinvolti nell'attività certificatoria e, allo stesso tempo, definire per le commissioni alcuni elementi standard rispetto ai quali poter prendere delle decisioni.

I criteri di scelta delle condizioni cliniche esaminate hanno riguardato principalmente la loro occorrenza nel corso del primo periodo di applicazione del DPCM. Il gruppo ha quindi esaminato, principalmente le diagnosi formulate con maggiore frequenza avendo cura di approfondire quelle maggiormente controverse (es. disturbi specifici dell'apprendimento). Così, seguendo il criterio della maggior rappresentatività e criticità, in alcuni casi sono stati approfonditi singoli codici diagnostici, mentre per altre situazioni ci si è limitati a considerazioni di massima intorno ai raggruppamenti di livello superiore.

Al fine di agevolare il percorso di lettura, il documento è stato organizzato avendo cura di indicare con il simbolo:

-  le riflessioni narrative sull'argomento (testo normale)
-  i punti sui quali il gruppo concorda (testo grassetto e corsivo)
-  gli elementi critici conclusivi (nel riquadro a sfondo grigio)

1.a Lo scenario di Riferimento

Prima di entrare nello specifico delle condizioni cliniche che possono caratterizzare la richiesta di certificazione, è opportuno ricordare che i benefici eventualmente conseguenti a tale attività (cd. Insegnante di sostegno) costituiscono un elemento all'interno del più ampio scenario delle risorse messe in campo dal sistema di servizi per garantire l'inclusione e la partecipazione della persona disabile all'interno del mondo della scuola.

Il diritto all'accesso alla scuola di ogni ordine e grado dei ragazzi disabili è tutelato mediante la presenza di misure di supporto e accompagnamento alle quali concorrono differenti soggetti istituzionali. Così, in termini generali, se l'Istituzione scolastica è il referente per l'insegnante di sostegno e il personale ausiliario per l'assistenza di base, la Provincia costituisce l'interlocutore per le disabilità sensoriali mentre le amministrazioni comunali sono chiamate ad intervenire con figure professionali che arricchiscono l'azione degli insegnanti di sostegno. All'integrazione scolastica, inoltre, concorrono con ruoli differenziati anche l'Azienda Sanitaria Locale, le Aziende Ospedaliere nonché il privato Accreditato.

La pluralità delle figure professionali coinvolte e le relative appartenenze istituzionali rende conto della complessità dello scenario e delle relative difficoltà a collocarsi al suo interno da parte degli operatori e dell'utenza stessa. Così a volte può capitare che, in presenza delle condizioni necessarie, il criterio di accesso alle risorse sia quello della facilità (si presenta domanda laddove si ha l'impressione di ricevere un esito positivo) oppure, quello della conoscenza (non si chiede perché non si conosce). E' evidente come all'interno di tale contesto l'integrazione degli alunni disabili costituisca una sfida particolare sia per la presenza del quadro articolato di risorse, sia per la conseguente criticità che tale quadro comporta sul piano delle necessarie azioni integrative che le diverse agenzie devono mettere in campo per la realizzazione dell'integrazione dell'alunno disabile.

L'insieme dei dispositivi e delle risorse a disposizione rendono ragione del tentativo di rispondere alla complessità dei bisogni espressi dall'Alunno Disabile. Volendo semplificare, si tratta, infatti, di un sistema articolato che permette di intervenire sui piani: delle autonomie di base (Assistente per le autonomie); della comunicazione (Assistente alla Comunicazione per alunni con disabilità sensoriali a carico dell'apparato uditivo e vocale); dell'intervento educativo (Assistente Educatore) e, infine, della programmazione didattica (Insegnante di sostegno). Pur nella consapevolezza delle parziali sovrapposizioni dei ruoli delle differenti figure professionali, è importante riconoscere alla base della richiesta del loro coinvolgimento la lettura peculiare del bisogno effettuata da parte del professionista che ne "legittima" la chiamata in causa. In altri termini, è importante riconoscere la specificità dei contesti e dei bisogni espressi anche al fine di promuovere la correttezza della domanda evitando di porre "domande giuste" nel "posto sbagliato".

1.b Considerazioni preliminari

 *Il gruppo concorda sull'opportunità di chiarire in via preliminare che le indicazioni diagnostiche di per sé non costituiscono elementi sufficienti a definire la sussistenza o meno di un handicap. Per quanto alcune condizioni cliniche siano associate ad una maggiore limitazione del funzionamento, o della partecipazione dell'individuo al contesto sociale di riferimento, tale legame non è da intendersi in senso deterministico e irreversibile.*

 In altre parole, la diagnosi di per sé non sancisce l'esistenza di una condizione di handicap. Tale affermazione trova una sua prima sistematizzazione nel documento OMS del 1980 (Classificazione Internazionale delle Menomazioni, della Disabilità e degli Svantaggi Esistenziali – ICDH). In tale contesto, infatti, si faceva riferimento ad un presupposto concettuale che distingue:

- il **danno** o la **menomazione**, ossia una perdita o un'anormalità a carico di una struttura o di una funzione anatomica, fisiologica o psicologica (esteriorizzazione); la menomazione rappresenta la deviazione della norma sul piano biomedico dell'individuo e rappresenta la esteriorizzazione di una condizione patologica;
- la **disabilità**, ovvero l'incapacità di assolvere compiti indispensabili per la sopravvivenza in condizioni degne o nella misura considerata normale per un essere umano (oggettivazione);
- l'**handicap**, cioè la condizione di svantaggio esistenziale conseguente ad una menomazione o ad una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, sesso e fattori socioculturali.

La relazione lineare introdotta da tale modello è illustrata nel modo seguente:

MALATTIA → MENOMAZIONE → DISABILITÀ + SOCIETÀ = **HANDICAP**

E' importante notare come in tale contesto la disabilità trova espressione a livello personale (è una limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano), l'handicap invece costituisce una condizione relativa alla valutazione del rapporto dell'individuo con l'ambiente di riferimento. L'Handicap, quindi, non costituisce un attributo intrinseco alla persona ma un fenomeno dinamico alla cui definizione partecipa anche l'ambiente sociale e culturale di appartenenza.

L'evoluzione concettuale del termine si consolida all'interno del modello ICF. In esso, la disabilità viene definita *“come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo”*.

La classificazione ICF, sposta ulteriormente l'interesse dalla diagnosi a ciò che è rilevante per avere una idea del funzionamento di una persona. Se, infatti, una persona, per ragioni di salute, non riesce a lavorare, ha scarsa importanza che la causa sia di origine fisica, psichica o sensoriale. In ogni caso occorrerà intervenire sulle cause sociali, organizzative e riabilitative, per diminuire la disabilità ed evitare che altri anni di vita vadano perduti. Ciò con evidenti ricadute sulla pratica medica, le politiche sociali e la tutela dei diritti.

E' opportuno notare come sebbene all'interno dell'ICF i termini handicap e disabilità siano stati sostituiti da *attività* (in luogo di disabilità) e da *partecipazione* (in luogo di handicap), nel

DPCM e nei documenti Regionali ad esso collegati tale cambiamento non è stato recepito. Tale discrepanza può essere dipesa sostanzialmente dal riferimento legislativo nazionale (L. n. 104 del 5/02/1992) che nei fatti ha adottato i principi introdotti dall'OMS con la classificazione ICDH. Inoltre, risulta necessario ricordare che il DPCM e la sua applicazione in Regione Lombardia, pur traendo riferimento dalla citata legge 104/92, riguarda la persona in quanto alunno frequentante gli istituti scolastici.



Indicazioni

Dal breve riepilogo dei riferimenti concettuali e legislativi posti in campo nella certificazione di alunno in situazione di handicap, è possibile ricavare le seguenti indicazioni:

- **non esiste una relazione diretta tra condizione clinica e situazione di handicap.** Per quanto alcune condizioni cliniche siano associate ad una maggiore limitazione del funzionamento o della partecipazione dell'individuo al contesto sociale di riferimento, tale legame non è da intendersi in senso deterministico e irreversibile. Questo significa:

- a) che ogni condizione clinica può essere coinvolta in una situazione di handicap
- b) che la valutazione dello stato di handicap implica necessariamente una valutazione della relazione del soggetto con il suo ambiente e con i compiti che in esso è chiamato a sostenere.

Naturalmente, il punto b) diventa tanto più importante quanto più il quadro clinico si discosta dai quadri a maggior compromissione del funzionamento (es. le sindromi da alterato sviluppo psicologico) ed implica oltre ad una valutazione della gravità della menomazione, anche una valutazione accurata delle implicazioni sul piano dei compiti che l'ambiente scolastico chiama a svolgere.

- L'attenzione alla persona in quanto alunno, diversamente da quanto previsto dalla legge 104/92, fa sì che nella valutazione debba essere considerata la possibilità che la sola presenza di una menomazione (danno) non sia di per sé collegata ad uno stato di handicap. Così, per esempio, nel caso di una paraplegia non associata ad altre condizioni cliniche è possibile che non vi siano rilevate le condizioni sufficienti per la certificazione di handicap. Ciò anche a dispetto del fatto che si sia in presenza di una certificazione di invalidità o di handicap secondo la legge 104/92. Ciò nella considerazione: che i benefici previsti dalla legge 104/92 e dalla certificazione di invalidità riguardano la persona nel suo complesso mentre il DPCM riguarda la persona in quanto "alunno-studente"; che l'integrazione scolastica è garantita anche attraverso altre figure professionali quali l'assistente educatore e l'assistente all'autonomia di base. Analogamente, anche nel caso di una menomazione a carico dell'apparato visivo

2. Ritardo mentale (F70-F79)

 L'ICD10 definisce il ritardo mentale come “una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata soprattutto da compromissioni delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali. Il ritardo può manifestarsi con o senza altre patologie psichiche o somatiche”

La condizione clinica relativa al ritardo mentale si qualifica principalmente attraverso la valutazione della prestazione cognitiva e della competenza sociale.

Sul piano della valutazione diagnostica, risulta quindi importante soddisfare due criteri:

- la ridotta prestazione cognitiva
- la diminuita competenza sociale.

 *Per quanto non sia infrequente osservare una consequenzialità tra i due criteri, che porterebbe a dedurre una diminuita competenza sociale, a fronte di una valutazione di ridotta prestazione cognitiva, è opinione diffusa nel gruppo di lavoro la necessità di supportare la valutazione diagnostica attraverso la valutazione distinta di entrambi i criteri.*

 Abitualmente la **ridotta prestazione cognitiva** viene valutata attraverso l'utilizzo di test di intelligenza standardizzati (di solito W.I.S.C.-R; W.I.S.C. III; WIPPSI; WAIS-R)¹. Il quoziente intellettivo Q.I. ricavato definisce la gravità:

- Lieve:** QI compreso tra **50 e 69** (età mentale 9-12 anni)
- Medio:** QI compreso tra **35 e 49** (età mentale 6-9 anni)
- Grave:** QI compreso tra **20 e 34** (età mentale 3-6 anni)
- Profondo:** QI inferiore a **20** (età mentale inferiore a 3 anni)
- Gravità Non Specificata:** QI non valutabile

Per quanto attiene il livello di **competenza sociale**, invece, sono disponibili differenti strumenti di valutazione standardizzati: Vineland Adaptive Behavior Scales (**VABS**); **AAMD** - Adaptive Behavior Scale (**ABS**); **ABI** - Adaptive Behavior Inventory; **LAP**- Learning Accomplishment Profile; Scheda di Osservazione **A E B**.

 *Per quanto si ritenga auspicabile fondare la valutazione della competenza sociale sui risultati di uno strumento di misura che soddisfi le proprietà psicometriche fondamentali, si ritiene comunque adeguato, ai fini dell'inquadramento diagnostico preliminare per l'accertamento della condizione di alunno disabile, anche una valutazione basata sull'osservazione e sui dati indiretti (riferiti per es. dai genitori o insegnanti) delle capacità adattive².*

¹ WPPSI - scala d'intelligenza Wechsler a livello prescolare e di scuola elementare (4 ai 6 anni); WISC-III Wechsler Intelligence Scale For Children – III (6 ai 16 anni); WAIS-R Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised (dai 16 anni); Matrici progressive di Raven (J.C. Raven) LEITER-R (dai 2 ai 20 anni);

² Il comportamento adattivo può essere definito come un'insieme di **abilità concettuali** (lettura, scrittura, calcolo), **pratiche** (mangiare, muoversi, pulirsi, vestirsi) e **sociali** (interpersonale, responsabilità, autostima, regole da seguire) che la gente ha appreso per affrontare la quotidianità (Luckasson e al. 2002 cit. da S.Buono). Si riferisce alla maggiore o minore capacità ed efficacia con cui i soggetti fanno fronte alle esigenze comuni della vita ed al grado di adeguamento al modello di autonomia personale relativo alla fascia di età, al contesto socio culturale ed ambientale.



Indicazioni

- **Sistema di classificazione:** nel documento Regionale di recepimento del DPCM 185/06 l'ICD 10 viene individuato quale **unico sistema classificatorio di riferimento**. Di conseguenza, **le uniche diagnosi di Ritardo Mentale ammesse sono quelle previste dal sistema citato (F70; F71; F72; F73; F78; F79)**. Tale scelta porta ad escludere alcune condizioni cliniche abitualmente utilizzate dai servizi del territorio che avevano come riferimento il Sistema Classificatorio DSM IV. Nello specifico, *non è possibile diagnosticare un "Funzionamento Intellettivo Limite" (Q.I compreso tra 71 e 84 punti)*. Tale **"diagnosi" risulta impropria rispetto alle direttive Regionali in quanto non prevista all'interno dell'ICD 10**. Di conseguenza, **NON sono ammissibili dizioni e codici diagnostici differenti**. **L'esperienza clinica condotta dai partecipanti al gruppo di lavoro ha permesso di evidenziare come i funzionamenti intellettivi limite spesso trovano adeguato riconoscimento nelle codifiche relative alle condizioni cliniche indicate con i codici F83 e F81.9**.
- Al fine di permettere alla commissione una migliore azione decisionale, si concorda che **la documentazione minima da allegare al certificato diagnostico consegnato al genitore deve comprendere:**
 - o la copia dello psicogramma (frontespizio del test di intelligenza) in cui siano chiaramente evidenziati i valori ottenuti. In alternativa allo psicogramma è possibile produrre una breve relazione clinica che descriva il funzionamento cognitivo rilevato al test di intelligenza somministrato (inclusi i valori di QIT;QIV e QIP).
 - o una relazione sintetica contenente l'osservazione clinica relativa alle aree di funzionamento sociale di maggior compromissione;
- Qualora non sia possibile rilevare il funzionamento cognitivo (es. **F.79** Ritardo mentale di gravità non specificata), è **necessario che la certificazione diagnostica sia accompagnata da una valutazione approfondita delle competenze sociali, preferibilmente con l'ausilio di strumenti standardizzati**. Ciò nella considerazione che in tale circostanza tale documento costituirebbe **l'unico materiale di valutazione** per la commissione essendo impraticabile la somministrazione di un test intellettivo.

(NOTA) "FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO LIMITE"

 Come discusso nel riquadro relativo al ritardo mentale, l'utilizzo del sistema classificatorio ICD 10 non permette la diagnosi di "Funzionamento Intellettivo Limite". L'esperienza **clinica matura dai partecipanti al gruppo di lavoro ha permesso di evidenziare come il quadro clinico di tale funzionamento spesso trova adeguato riconoscimento nelle codifiche F83 (Disturbi evolutivi specifici misti); F81.9 (Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificate)**

3. Disturbi evolutivi specifici misti (F83)

☞ Tale quadro si caratterizza per l'associazione di "Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio" con "Disturbi evolutivi specifici delle capacità scolastiche e della funzione motoria", senza che alcun disturbo prevalga in modo da costituire la diagnosi principale. Di solito, ma non sempre, è presente un certo grado di compromissione generale delle funzioni cognitive. Questa categoria deve essere utilizzata quando sono presenti disfunzioni che soddisfano i criteri per due o più delle sezioni **F80** (disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio), **F81** (Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche) e **F82** (Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria).



Indicazioni

Poiché tale diagnosi può essere formulata solo quando la condizione clinica dell'alunno soddisfa i criteri per più di una sezione F80, F81 e/o F82, il gruppo concorda sulla necessità che la documentazione a sostegno della certificazione diagnostica comprenda le evidenze (frontespizio dei test o delle prove strutturate) relative alle aree di compromissione rilevate (linguaggio, abilità scolastiche e motoria).

4. Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)

☞ Tale raggruppamento diagnostico comprende un insieme composito di condizioni cliniche in cui sono comuni le associazioni di sintomi di Depressione e Ansia. A tale riguardo l'ICD 10 suggerisce come orientamento diagnostico la valutazione del sintomo di maggior rilevanza.

Le condizioni cliniche osservate all'interno delle commissioni per l'accertamento dell'alunno in condizione di handicap evidenziano come i disturbi di cui al gruppo F40-F48 si presentino abitualmente in associazione ad altre diagnosi.



Indicazioni

Il gruppo concorda come nel caso di una condizione clinica - NON associata ad altri disturbi - rientrante nel gruppo diagnostico F40-F48 (Sindromi Fobiche; Sindrome ossessivo-compulsiva; Reazioni a gravi stress e sindromi da disadattamento; Sindromi dissociative; Sindromi somatoformi) al fine di una corretta valutazione della condizione di handicap è opportuno che sia espressa:

- *la gravità del quadro (così come evidenziata da prove standardizzate – test – che si suppone essere nettamente al di sotto del dato atteso rispetto al gruppo di età di riferimento)*
- *la valutazione dell'impatto della condizione clinica sul funzionamento adattivo dell'alunno*

5. Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (F80)

 L'ICD10 definisce i disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio come una "condizione in cui l'acquisizione delle normali abilità linguistiche è disturbata sin dai primi stadi dello sviluppo. Esse non sono direttamente attribuibili ad alterazioni neurologiche o ad anomalie dei meccanismi fisiologici dell'eloquio, a compromissioni del sensorio, a ritardo mentale o a fattori ambientali". Il bambino può essere maggiormente in grado di comunicare o comprendere in alcune situazioni, molto familiari, piuttosto che in altre, ma il linguaggio è comunque compromesso in qualunque situazione

La definizione diagnostica prevede quindi:

1. la differenziazione del disturbo dalle variazioni normali dello sviluppo: a tale riguardo si ritiene importante prevedere un esame del linguaggio tramite batterie valutative. L'ICD10 indica, come limite, le 2 Deviazioni Standard sotto alla media per la definizione di "disturbo evolutivo specifico".



Raccomandazione

1. Il Gruppo concorda sulla necessità di prestare attenzione anche alle modalità di funzionamento dell'eloquio e del linguaggio.
2. Le variazioni osservate devono riguardare deviazioni significative e non semplici ritardi di sviluppo.
3. Bisogna considerare la possibilità che il ritardo di acquisizione di un aspetto specifico dell'eloquio o del linguaggio sia accompagnato da:
 - a. Deficit scolastici
 - b. Difficoltà nelle relazioni interpersonali

2. la differenziazione da un ritardo mentale o da un ritardo globale di sviluppo. Tale criterio può essere soddisfatto tramite la somministrazione di una scala intellettiva.



Raccomandazione

E' frequente che il ritardo sia associato a modalità anormali di prestazione intellettiva, e specialmente con un grado di compromissione del linguaggio che è più grave del ritardo delle capacità non verbali. Quando questa disparità è di grado così marcato da risultare evidente nel funzionamento quotidiano, un disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio va codificato in aggiunta alla codifica della sezione "Ritardo mentale" (F70-F79).

3. la differenziazione da disturbo secondario a grave sordità o specifica alterazione neurologica; tale aspetto richiede lo svolgimento di un esame Audiometrico e Elettroencefalografico.



Raccomandazione

Questi disturbi devono essere esclusi dalla sezione F80-F89 se la gravità della perdita dell'udito è sufficiente a spiegare il ritardo del linguaggio, ma inclusi se la parziale perdita dell'udito è un fattore complicante ma non una causa diretta sufficiente.



Raccomandazione

N.B.: Per la categoria F80 viene richiesta la certificazione didattica quando il disturbo assume una gravità tale da compromettere gravemente il funzionamento adattivo.

Al fine di permettere alla commissione una migliore azione decisionale, si concorda che **la documentazione minima da allegare al certificato diagnostico consegnato al genitore deve comprendere:**

- copia dello psicogramma relativo al test intellettuale utilizzato oppure, in alternativa, una breve relazione che illustri il quadro cognitivo dell'allievo unitamente ai valori ottenuti nel test e nei subtest che si ritengono critici.
- relazione sintetica contenente i dati dell'esame del linguaggio;
- copia del referto visita ORL ed esame audiometrico ed EEG, se richiesto.

6. Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (F81)

 L'ICD10 definisce i Disturbi specifici delle abilità scolastiche “*disturbi nei quali le normali acquisizioni delle capacità in questione sono alterate già dalle fasi iniziali dello sviluppo. Essi non sono semplicemente una conseguenza di una mancanza delle opportunità di apprendere o di un ritardo mentale, e non sono dovuti ad un trauma o ad una malattia cerebrale acquisita*”.

 L'area relativa ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) costituisce un ambito di forte interesse sia per la frequenza con cui è possibile osservare tali Disturbi nell'ambito scolastico, sia per i differenti orientamenti che animano le posizioni degli specialisti.

 ***Pur riconoscendo la pluralità e la legittimità delle posizioni a riguardo di tale condizioni cliniche, il gruppo concorda sull'opportunità di seguire gli orientamenti diagnostici e le direttive esplicitate dagli organismi nazionali accreditati (Direttiva del Centro Servizi Amministrativi; Linee Guida S.I.N.P.I.A.; Documento Consensus Conference 2006) in aggiunta alle indicazioni contenute nel manuale ICD 10.***

 Una difficoltà di apprendimento può dipendere da differenti fattori:

- può essere la conseguenza di uno “svantaggio” culturale;
- può far parte di un quadro clinico relativo a deficit sensoriali e neurologici;
- può costituire un disturbo settoriale (Disturbo Specifico di Lettura – Dislessia-; Disturbo Specifico di Scrittura – Disortografia - ; Disturbo Specifico del Calcolo e Numeri – Discalculia -; Disturbo Specifico di Apprendimento misto).

Nei primi due casi non è possibile parlare di Disturbi Specifici dell'Apprendimento in quanto la difficoltà riscontrata è parte di un quadro più ampio in cui giocano un ruolo determinante fattori fisici o ambientali.

La caratteristica particolare dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento è la loro “specificità”: il fatto che interessano un determinato dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. Di conseguenza, per porre la diagnosi è importante valutare:

- il livello intellettuale generale (misurato con una scala di intelligenza). A tale riguardo i documenti consultati hanno permesso di evidenziare alcune discrepanze nei valori di QI previsti³. In particolare:
 - i. l'ICD 10 fissa come criterio di esclusione un QI minore di 70 punti. Per tale documento, quindi, la diagnosi di Disturbi specifici dell'Apprendimento può essere posta solo se il livello intellettuale è maggiore di 69 punti (si veda in tale circostanza la diagnosi di Ritardo Mentale).
 - ii. il documento di Consensus Conference (Montecatini Terme 2006), invece, prevede per la diagnosi un livello intellettuale non inferiore ad una Deviazione Standard (QIT 85)

³ La questione relativa al valore di QI limite del soggetto non deve essere intesa in termini assoluti. E' possibile, infatti, porre diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento anche quando siamo di fronte ad un rendimento intellettuale al di sotto dei valori limite indicati. I manuali diagnostici comunemente in uso (ICD e DSM), infatti, pur ponendo dei valori limite, esplicitano come il criterio diagnostico preveda la valutazione della discrepanza tra il livello cognitivo complessivo e l'abilità scolastica misurata. Quest'ultima, per porre la diagnosi deve essere inferiore a due deviazioni standard rispetto al valore atteso in base all'intelligenza generale e all'istruzione ricevuta. Da un punto di vista tecnico, ciò renderebbe possibile diagnosticare un ritardo specifico dell'apprendimento anche con valori di QI relativamente bassi. Naturalmente, il limite di tale ragionamento è rappresentato dalla incompletezza delle prove strutturate, che non sempre offrono i valori attesi di rendimento alla specifica abilità scolastica corrispondenti alle prestazioni cognitive.

- iii. le linee guida SINPIA, infine, pur indicando nelle direttive diagnostiche la necessità di valutare il funzionamento intellettuale non pone alcun valore limite QI.
- il rendimento a prove standardizzate per le abilità scolastiche (prove di lettura, compilazione e di aritmetica). Questo deve risultare significativamente inferiore alla media dei valori attesi per l'età (inferiore a due Dev. Standard dal valore medio).

 Naturalmente, le procedure diagnostiche utilizzate dai servizi del territorio includono anche accertamenti di carattere neurologico e/o logopedico. Tali indagini sono importanti perché permettono di escludere la possibilità che il ritardo di apprendimento sia dovuto a menomazioni di carattere sensoriale o neurologico.



Raccomandazione

Per la categoria relativa ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento **si ritiene opportuno richiedere la certificazione solo quando il disturbo assume una connotazione di gravità, sia per l'entità del deficit che interessa l'abilità scolastica considerata, sia per la presenza e la pervasività di altre condizioni cliniche associate.**

Al fine di permettere una adeguata valutazione da parte della commissione, **si ritiene opportuno che la documentazione minima da allegare alla domanda comprenda:**

- il frontespizio del test di intelligenza (dal quale sia desumibile lo psicogramma e i valori associati ad ognuna delle dimensioni valutate - subtest);
- il quadro riepilogativo dei risultati dell'alunno al/ai test di valutazione del/delle abilità scolastica valutata/e;
- gli elementi di gravità/pervasività del quadro clinico.

Abitualmente, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento si presentano in associazione ad altre condizioni cliniche rilevanti. In letteratura, si evidenziano in particolare la compresenza di Disturbi di ansia, Disturbo da deficit di attenzione con iperreattività, Disturbo oppositivo-provocatorio, Disturbi della condotta, Disturbi somatoformi, Disturbi dell'umore. Naturalmente, tale circostanza sarà segnalata come diagnosi associata caratterizzante il quadro clinico dell'alunno.

Nel caso di un Disturbo Specifico dell'Apprendimento caratterizzato da:

- un rendimento intellettuale nella media o poco al di sotto di essa
- un rendimento a prove di lettura, compilazione e calcolo che si collocano al di sotto delle due Deviazioni Standard rispetto la media
- assenza di elementi di gravità/pervasività

NON si ritiene opportuno promuovere la domanda di sostegno scolastico. A tale riguardo, si richiamano anche i contenuti dei documenti redatti dal Ministero dell'Istruzione (lettera 4099/A/4 del 05/01/05; nota 4099/A/4a del 05/10/04; nota 4798/A4a del 27/07/05) e dall'Ufficio Scolastico Per la Lombardia (prot. 13987 del 03/11/2004). In questi, seppur con una sottolineatura peculiare per la Dislessia, si evidenzia come per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento sia opportuno invitare i docenti ad utilizzare gli strumenti compensativi e le misure dispensative indicate, specificando che la loro attuazione rientra all'interno delle azioni di personalizzazione didattica e che tali casi non è applicabile quanto indicato dalla L. 104 in quanto tale condizione clinica è rinvenibile solo in soggetti con un'intelligenza almeno nella norma e senza menomazioni di alcun tipo.

6.a Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificate (F81.9)

“L’uso di questa categoria deve essere, per quanto possibile, evitato e limitato ai disturbi non specifici nei quali c’è una significativa disabilità nell’apprendimento che non può essere spiegata soltanto con un ritardo mentale, con problemi di acutezza visiva o con un inadeguata istruzione scolastica”.

7. Disturbo evolutivo specifico delle funzioni motorie (F82)

Il ICD10 definisce il Disturbo evolutivo specifico delle funzioni motorie come una “grave compromissione dello sviluppo della coordinazione motoria, che non è solamente spiegabile in termini di ritardo intellettivo generale o di una specifica patologia neurologica o congenita acquisita” Al fine diagnostico è importante che il livello intellettivo misurato sia superiore a QI 70.



Il gruppo concorda nel non ritenere opportuno proporre la certificazione di alunno disabile quando il disturbo si presenta isolato.



Raccomandazione

Il gruppo concorda come nel caso di una condizione clinica - NON associata ad altri disturbi - rientrante nella categoria diagnostica F82 (Disturbo evolutivo specifico delle funzioni motorie) al fine di una corretta valutazione della condizione di handicap è opportuno che sia espressa:

- *la gravità del quadro (così come evidenziata da prove standardizzate – test – che si suppone essere nettamente al di sotto del dato atteso rispetto al gruppo di età di riferimento)*
- *la valutazione dell’impatto della condizione clinica sul funzionamento adattivo dell’alunno*

8. Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84)

Tale categoria raggruppa un insieme di condizioni cliniche caratterizzate da “anormalità qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione, e da un repertorio limitato, stereotipato, ripetitivo di interessi e di attività. Queste anormalità qualitative sono una caratteristica preminente del funzionamento dell’individuo in tutte le situazioni”

8.a Autismo infantile (F84.0)

☞ Secondo l'ICD10 l'autismo infantile è *“una sindrome definita da: a) presenza di una compromissione dello sviluppo che si manifesti prima dei tre anni, b) un tipo caratteristico di funzionamento anormale nelle aree dell'interazione sociale, della comunicazione e del comportamento, che è limitato, stereotipato e ripetitivo. In aggiunta a queste specifiche caratteristiche diagnostiche è frequente che i bambini autistici mostrino una varietà di altri problemi non specifici, come fobie, disturbi del sonno e dell'alimentazione, carattere collerico ed aggressività (auto diretta)”*.

Per la diagnosi devono essere soddisfatti tre criteri:

- a. età di insorgenza;
- b. compromissione dell'interazione sociale, della comunicazione e del comportamento, interessi ed attività;
- c. esclusione di altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico;

Il criterio a (limite temporale) prevede che la compromissione dello sviluppo debba essersi manifestata prima dei tre anni di età.

Il criterio B invece, indica le aree in cui lo sviluppo risulta compromesso: 1) comprensione o espressione del linguaggio usato nella comunicazione sociale, 2) sviluppo di attaccamenti sociali selettivi o di interazione sociale reciproca, 3) gioco funzionale o simbolico. Per ogni area devono essere presenti un totale di sei sintomi descritti nell'ICD10, di cui almeno due sintomi descritti per l'area 1 e almeno un sintomo ciascuno per l'area 2 e 3.

Il criterio C esclude le altre sindromi da alterato sviluppo globale quali: lo Sviluppo del linguaggio (F80.2) con problemi emozionali secondari, i Disturbi dell'attaccamento (l'F94.1, l'F94.2,) l'F70-F72 con Distordine emozionale o comportamentale associato, la Schizofrenia con esordio precoce (F20), e la Sindrome di Rett.

Per quanto riguarda il percorso diagnostico, considerata la complessità del quadro, le procedure raccomandate dalla SINPIA si articolano all'interno di due ampie aree: una dedicata ai genitori; una dedicata agli incontri con il bambino.

Gli incontri con i genitori saranno importanti per definire:

- *Anamnesi*
- *Quadro comportamentale attuale del bambino;*
- *Definizione del comportamento adattivo attuale del bambino*

Negli incontri con il bambino si procederà a

- Esame obiettivo
- Esame neurologico
- Esame psichiatrico con osservazioni libere e strutturate
- Valutazione dello sviluppo emotivo
- Valutazione delle competenze cognitive e linguistiche
- Valutazione del profilo funzionale

Sono inoltre raccomandate indagini strumentali utili anche ai fini della diagnosi differenziale: indagini audiometriche, indagini genetiche, indagini metaboliche, EEG, neuro immagini, altre più legate al quadro clinico osservato (es. indagini per intolleranze alimentari).

 **Raccomandazione**

La diagnosi di autismo infantile comporta per definizione una pervasività in tutte le aree dello sviluppo tale da raccomandare sempre un invio per la certificazione scolastica.

Per quanto attiene la documentazione minima da allegare alla domanda, si ritiene opportuno che essa comprenda le informazioni relative:

- alle aree comportamentali, emotive ed adattive;
- al funzionamento cognitivo e linguistico

Tali informazioni possono essere rese disponibili sia attraverso un documento riepilogativo che riporti anche le risultanze degli strumenti (Test, Ceck List ecc.) utilizzati, sia attraverso le fotocopie del frontespizio dei test impiegati.

8.b Autismo atipico (F84.1)

Secondo l'ICD10 "si tratta di una sindrome che si differenzia dall'autismo infantile sia per età di insorgenza sia per il mancato riscontro di tutti e tre i requisiti diagnostici"

In particolare la compromissione dello sviluppo si manifesta dopo i tre anni di età e quando l'alterazione è presente in una o due delle tre aree richieste (interazioni sociali, comunicazione e comportamento). Tale sindrome si ha spesso negli gravi ritardi mentali e con compromissione della comprensione del linguaggio. È prevista la possibilità di specificare il ritardo con codici aggiuntivi dell' F70.

Nello specifico, l'autismo può essere atipico perché:

- il disturbo si evidenzia dopo i tre anni di età (atipicità nell'età di esordio – F84.10)
- il disturbo si manifesta con un'espressione sintomatologica che non copre tutte le aree di anormalità richieste per la diagnosi di autismo (Atipicità della sintomatologia – F84.11)
- Il disturbo si evidenzia dopo i tre anni di età e con un'espressività sintomatologica che non copre tutte le aree di anormalità richieste per la diagnosi di autismo (Atipicità sia nell'età di insorgenza sia nella sintomatologia – F84.11)

 **Raccomandazione**

Si raccomandano le procedure diagnostiche e le modalità di invio analoghe a quelle descritte per l'autismo infantile.

8.c Sindrome di Rett (F84.2)

✎ Secondo l'ICD10 “*si tratta di una condizione, riscontrata finora solo nel sesso femminile, in cui uno sviluppo che all'inizio è apparentemente normale è seguito da una perdita parziale o completa del linguaggio e delle capacità motorie e dell'uso delle mani, insieme con un rallentato accrescimento cranico, in generale con esordio tra i 7 e i 24 mesi. Sono caratteristici la perdita dei movimenti intenzionali delle mani, i movimenti stereotipati di torsione delle mani e l'iperventilazione. Lo sviluppo sociale e quello del gioco si arrestano, tende ad essere mantenuto l'interesse sociale. All'età di quattro anni si manifestano atassia e aprassia del tronco, seguiti frequentemente da movimenti coreoatetoidi. Conseguono quasi invariabilmente deficit mentale*”.

Il disturbo colpisce raramente i maschi ed esistono varianti con linguaggio preservato. Nelle procedure diagnostiche si terrà particolare attenzione all'età di comparsa dei sintomi e alla perdita delle competenze, che presenta una progressione per stadi.



Raccomandazione

Date le caratteristiche neurodegenerative del disturbo si ritiene sempre indicate l'avvio per le procedure connesse alla certificazione scolastica.

Si raccomandano le procedure diagnostiche e le modalità di invio analoghe a quelle descritte per l'autismo infantile.

Nella documentazione di invio sarà opportuno includere:

- una relazione che descriva il quadro neuromotorio dell'alunno nonché l'assetto comportamentale ed emotivo che lo caratterizza
- l'indicazione della necessità di prevedere anche un'assistenza di base per i bisogni dell'alunno
- ove presente anche la copia del test genetico (positivo per MECP2)

8.d Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo (F84.3)

✎ L'ICD10 definisce questo quadro come “*condizione definita da un periodo di sviluppo sicuramente normale, seguito da una chiara perdita delle capacità precedentemente acquisite in diverse aree, nel corso di pochi mesi. Tipicamente si associano una generale perdita di interessi per l'ambiente, manierismi motori ripetitivi, compromissione simil-autistica dell'interazione e della comunicazione sociale. In alcuni casi si può dimostrare che la sindrome è dovuta ad un encefalopatia associata, ma la diagnosi deve essere posta in base alle caratteristiche del comportamento*”.

In tale condizione clinica si pone particolare attenzione è stata posta alle modalità di esordio: ad un periodo di sviluppo di almeno due anni apparentemente normale (criterio A), segue una chiara perdita delle capacità acquisite tra cui abilità motorie e controllo sfinterico (criterio B), nonché un funzionamento sociale qualitativamente anormale (criterio C).

Il ragionamento diagnostico, quindi, dovrà considerare con particolare attenzione i dati anamnestici nonché le modalità cognitive ed emotive osservate nel bambino.



Raccomandazione

La diagnosi di Sindrome disintegrativa dell'infanzia comporta per definizione una pervasività in tutte le aree dello sviluppo tale da raccomandare sempre un invio per la certificazione scolastica.

Per quanto attiene la documentazione minima da allegare alla domanda, si ritiene opportuno che essa comprenda le informazioni relative:

- alle aree comportamentali, emotive ed adattive;
- al funzionamento cognitivo e linguistico.

Tali informazioni possono essere rese disponibili sia attraverso un documento riepilogativo che riporti anche le risultanze degli strumenti (Test, Ceck List ecc.) utilizzati, sia attraverso le fotocopie del frontespizio dei test impiegati.

8.e Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati (F84.4)

Il L'ICD10 definisce tale categoria nosografica come una “*sindrome mal definita di incerta validità nosologica*” e specifica che “*la categoria è inclusa nella classificazione a causa dell'evidenza che i bambini con grave ritardo mentale (QI<50) e gravi problemi di iperattività e di deficit attentivo frequentemente presentano comportamenti stereotipati*”

La definizione diagnostica prevede quindi:

1. la presenza di un grave Ritardo Mentale (QI<50);
2. una marcata iperattività, inappropriata all'epoca di sviluppo;
3. la presenza di stereotipie motorie

i tre aspetti devono essere tutti presenti perché si possa porre diagnosi



1^ Raccomandazione

I bambini con RM lieve che mostrano la sindrome ipercinetica vanno classificati come F 90; se sono soddisfatti i criteri per F84.0, F84.1 o F 84.2 vanno diagnosticate queste ultime condizioni



Raccomandazione

Al fine di permettere alla commissione una migliore azione decisionale, si concorda che **la documentazione minima da allegare al certificato diagnostico consegnato al genitore deve comprendere:**

- copia dello psicogramma relativo al test intellettuale utilizzato o, in alternativa una breve relazione clinica dalla quale sia desumibile il funzionamento cognitivo dell'alunno con riferimento ai valori riscontrati al test;
- una relazione sintetica relativa all'osservazione comportamentale compiuta durante il processo diagnostico

8.f Sindrome di Asperger (F84.5)

 L'ICD10 definisce il Disturbo di Asperger come “una sindrome di incerta validità nosologica, caratterizzata dallo stesso tipo di anomalia qualitativa dell’interazione sociale che è propria dell’autismo, insieme a un repertorio limitato, stereotipato e ripetitivo di interessi e attività”

La definizione diagnostica prevede quindi:

- La presenza di una compromissione qualitativa dell’interazione sociale, che il più delle volte si manifesta “attraverso un approccio sociale agli altri eccentrico ed unilaterale, piuttosto che attraverso l’indifferenza sociale ed emotiva” (APA, 2002);
- la presenza di schemi di comportamento, interessi ed attività ristretti e ripetitivi, che si esprimono soprattutto con una “dedizione assorbente ad un argomento o ad un interesse circoscritto, sul quale il soggetto può raccogliere una gran quantità di fatti o di informazioni” (APA, 2002).

Esso, pertanto, si differenzia dal Disturbo Autistico per:

- l’assenza di un ritardo del linguaggio. Il linguaggio risulta ben sviluppato anche se “insolito per la fissazione dell’individuo su certi argomenti o per la sua verbosità” (APA, 2002);
- l’assenza di ritardo dello sviluppo cognitivo. Il livello cognitivo risulta nella norma, anche se disomogeneo per una significativa prevalenza del Quoziente Intellettivo Verbale rispetto a quello di Performance;
- le caratteristiche dell’interazione sociale, che prevedono la “presenza di una motivazione a rivolgersi all’altro anche se ciò viene fatto in modo estremamente eccentrico, unilaterale, verboso e insensibile” (APA, 2002);
- le caratteristiche delle atipie nel repertorio di interessi ed attività. Mentre, infatti, nell’Autismo prevalgono i manierismi motori, l’attenzione circoscritta a parti di oggetti e il marcato disagio nei confronti del cambiamento, nel Disturbo di Asperger, in relazione anche al buon livello linguistico e cognitivo, prevale l’interesse nei confronti di argomenti sui quali l’individuo spende una gran quantità di tempo a raccogliere informazioni e fatti.



Raccomandazione

*Al fine di permettere alla commissione una migliore azione decisionale, si concorda che **la documentazione minima da allegare al certificato diagnostico consegnato al genitore deve comprendere informazioni relative :***

- *alle aree comportamentali, emotive ed adattive;*
- *al funzionamento cognitivo e linguistico.*

Tali informazioni possono essere rese disponibili sia attraverso un documento riepilogativo che riporti anche le risultanze degli strumenti (Test, Ceck List ecc.) utilizzati, sia attraverso le fotocopie del frontespizio dei test impiegati.

9. Sindromi Ipercinetiche (F90)

☞ L'ICD 10 definisce le Sindromi Ipercinetiche come un “gruppo di condizioni caratterizzate da un esordio precoce (generalmente nei primi cinque anni di vita), da una mancanza di perseveranza nelle attività che richiedono un impegno cognitivo e da una tendenza a passare da un'attività all'altra senza completarne alcuna, insieme ad un'attività disorganizzata, mal regolata ed eccessiva”.

La diagnosi richiede la chiara presenza di marcati livelli di:

- Disattenzione
- Iperattività
- Irrequietezza

presenti in differenti situazioni, persistenti nel tempo e non dipendenti da altri disturbi quali l'autismo o le sindromi affettive.

Le condizioni cliniche raggruppate all'interno della sezione “Sindromi ipercinetiche” possono avere un impatto disabilitante di particolare rilievo per il bambino. Di fronte ad un sospetto diagnostico, si ritiene necessario distinguere tra le forme subcliniche, situazioni in cui i sintomi e i segni del disturbo non incontrano pienamente i criteri per la diagnosi, dalle situazioni chiaramente diagnosticabili con riferimento ad eventuali livelli di gravità definiti in base alla severità della compromissione. Nelle forme cd subcliniche, non diagnosticabili perché non soddisfano i criteri minimi richiesti, non si ritiene opportuno proporre la situazione al collegio di accertamento ritenendo, in tal caso, possibile intervenire con accorgimenti pedagogici particolari all'interno del contesto del gruppo classe. Al contrario, negli altri casi si ritiene opportuno introdurre una qualificazione della severità del disturbo con riferimento all'impatto sul funzionamento adattivo.



Indicazioni

Il gruppo concorda come nel caso di una condizione clinica rientrante nel gruppo delle Sindromi Ipercinetiche, Al fine di permettere alla commissione una migliore azione decisionale, è necessario che la documentazione minima da allegare al certificato diagnostico consegnato al genitore comprenda informazioni relative :

- *alla gravità del quadro (così come evidenziata da prove standardizzate – test, ceck list – che si suppone essere nettamente al di sotto del dato atteso rispetto al gruppo di età di riferimento)*
- *alla valutazione dell'impatto della condizione clinica sul funzionamento adattivo dell'alunno con particolare riferimento alla pervasività del disturbo.*

Appendice A. Come richiedere l'intervento di Assistenza alla comunicazione (Disabili Sensoriali)

D. Chi presenta la domanda.

R. Le domande vanno presentate dalle **FAMIGLIE** ai **SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI DI RESIDENZA**. (La domanda deve essere inoltrata entro **aprile** di ogni anno scolastico, per l'anno successivo). La modulistica si trova presso i Servizi Sociali.

D. Chi sono i DESTINATARI dell'intervento e quale "evidenze" sono richieste affinché la domanda possa essere accettata ?

R. Destinatari sono bambini, ragazzi, giovani che sono:

- **ciechi o ipovedenti** con visus non superiore a 2/10, pur con correzione;
- **sordi o ipoacusici** con una perdita uditiva superiore a 60 decibel da entrambe le orecchie, pur corretta da protesi acustica.

E' richiesta una relazione UONPIA e gli esami clinici che comprovano la disabilità. Sono ammessi anche alunni con pluridisabilità.

D. A chi competono i provvedimenti di ammissione della richiesta per il finanziamento dell'intervento ?

R. I singoli provvedimenti di ammissione al servizio saranno a carico della **Provincia di Milano**, mentre il progetto individuale sarà presentato e approvato dal Comitato Tecnico Scientifico d'intesa con i gestori del servizio a livello decentrato e le singole scuole.

D. Quali sono le finalità dell'intervento e in quali "percorsi scolastici " è possibile attuarli?

R. L'intervento deve supportare le persone nei loro percorsi scolastici e formativi quando le difficoltà nella comunicazione e nell'autonomia rappresentano degli esiti di una disabilità sensoriale. Per "percorsi scolastici e formativi" si intendono: asili nido, scuole dell'infanzia, elementari medie, superiori e formazione professionale.

Appendice B. Il Piano di Intervento Personalizzato

Che cosa s'intende

Il piano d'intervento personalizzato indica gli interventi necessari (es. assistenza alla comunicazione ecc.) da attivare nell'anno scolastico al fine di supportare il processo di apprendimento e di formazione e l'integrazione della persona con disabilità sensoriale e prevede la correlazione di tali interventi con quelli degli altri servizi.

Gli interventi sono proposti utilizzando dei parametri (v. successivamente), distinti per disabilità uditiva o visiva che considerano la situazione personale, il contesto familiare e altri elementi che possono influire sui processi di apprendimento e di integrazione.

Chi vi provvede

Il piano personalizzato è formulato dai Servizi Sociali dei Comuni e dal Servizio della Provincia di Milano (assistenti sociali dell'Ufficio con gli esperti incaricati coordinato), in accordo con la famiglia.

Quando

Il piano formulato, come prima ipotesi di intervento, prima dell'inizio dell'anno scolastico, monitorato e modulato durante lo stesso anno.

Metodologia

Gli aspetti considerati e i valori attribuiti per l'assegnazione dell'assistenza alla comunicazione sono indicativi, utili a una prima valutazione oggettiva. Tutti potrebbero essere corretti alla luce di una valutazione soggettiva globale con l'apporto delle considerazioni apportate dai referenti che operano direttamente con l'alunno (famiglia, insegnanti ed assistenti alla comunicazione, rieducatori, assistenti sociali).

Riferimenti per la predisposizione del piano d'intervento personalizzato

Il progetto d'intervento presuppone e deve fare riferimento:

- al progetto individuale predisposto dal comune secondo l'art. 14 legge 328/2000;
- al Piano Educativo Individuale predisposto dalla scuola con le modalità previste (art. 12 della legge 104/92).

La documentazione e la certificazione che il piano d'intervento personalizzato richiede per la valutazione e le ipotesi di intervento iniziale sono:

- la certificazione specialistica: esame audiometrico ed esame oculistico;
- la diagnosi funzionale rilasciata dall'UONPIA o da altro servizio autorizzato;
- profilo dinamico funzionale (art. 12 legge 104/92);
- piano educativo individualizzato (PEI);
- certificato iscrizione scolastica;
- eventuali altre certificazioni di specialisti di riferimento della famiglia.