

## **ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP E INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO QUALE DISABILE**

- **L. n.104/1992** - *"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."*

### **art 3.** Soggetti aventi diritto

1. *E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.*

3. *Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.*

### **art 4.** Accertamento dell'handicap

1. *Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295 (regolante il riconoscimento dell'invalidità civile)<sup>(1)</sup>, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.*

- (1) **Art 1** - 1. Gli accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l'assegno o le indennità d'invalidità civile, di cui alla L. 381/70 e s.m., alla L.382/70, alla L. 118/71 e alla L. 18/1980 come modificata dalla L. 508/88 nonché gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati sono effettuati dalle unità sanitarie locali, a modifica di quanto stabilito in materia dall'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, della L. 291/88 e dall'articolo 6-bis, comma 1 della L. 8/90.
2. Nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti. Esse sono composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici di cui al presente comma sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della unità sanitaria locale territorialmente competente.
3. Le commissioni di cui al comma 2 sono di volta in volta integrate con un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili, dell'Unione italiana ciechi, dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e dell'Associazione nazionale delle famiglie dei fanciulli ed adulti subnormali, ogni qualvolta devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie.
4. In sede di accertamento sanitario, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia.
5. Le domande giacenti presso le commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e d'invalidità civile alla data di entrata in vigore della presente legge devono essere trasmesse alle commissioni di cui al comma 2 entro trenta giorni, e devono essere definite da queste ultime entro un anno dalla data della trasmissione degli atti.
6. Il Ministro del tesoro, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, determina con proprio decreto il modello di domanda da presentare al fine di ottenere l'invalidità civile, e le caratteristiche della certificazione che deve essere allegata a dimostrazione della presunta invalidità.
7. Copia dei verbali di visita conseguenti agli accertamenti sanitari di cui al comma 1 sono trasmessi dalle unità sanitarie locali alla competente commissione medica periferica per le pensioni di guerra e d'invalidità civile. Decorso sessanta giorni dalla data di ricezione, debitamente comprovata, di tali verbali di visita senza che l'anzidetta commissione abbia chiesto, indicandone esplicita e dettagliata motivazione medico-legale, la sospensione della procedura per ulteriori accertamenti, da effettuare tramite la stessa unità sanitaria locale o mediante visita diretta dell'interessato da parte della commissione medica periferica, i medesimi verbali di visita sono trasmessi dalle unità sanitarie locali alla competente prefettura per gli ulteriori adempimenti necessari per la concessione delle provvidenze previste dalla legge.
8. Contro gli accertamenti sanitari effettuati dalle unità sanitarie locali di cui al comma 1, contro gli eventuali accertamenti effettuati, nei casi previsti dalla commissione indicata al comma gli interessati possono presentare, entro sessanta giorni dalla notifica, ricorso in carta semplice al Ministro del tesoro, che decide, entro centottanta giorni, sentita la commissione medica superiore e d'invalidità civile, di cui all'articolo 3, comma 2, della L. 291/88. Avverso la decisione del Ministro del tesoro è ammessa la tutela giurisdizionale dinanzi al giudice ordinario.

9. Resta ferma la competenza del Ministero del tesoro - Direzione generale dei servizi vari e delle pensioni di guerra - per l'effettuazione delle verifiche intese ad accertare la permanenza dei requisiti prescritti per usufruire della pensione, dell'assegno o dell'indennità, di cui all'articolo 3, comma 10, della L. 291/88.

## **art.12. Diritto all'educazione e all'istruzione.**

*3. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. 4.*

*L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap.*

*5. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato, alla cui definizione provvedono congiuntamente, con la collaborazione dei genitori della persona handicappata, gli operatori delle unità sanitarie locali e, per ciascun grado di scuola, personale insegnante specializzato della scuola, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico individuato secondo criteri stabiliti dal Ministro della pubblica istruzione. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche e sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap e le possibilità di recupero, sia le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate nel rispetto delle scelte culturali della persona handicappata.*

*8. Il profilo dinamico-funzionale è aggiornato a conclusione della scuola materna, della scuola elementare e della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.*

*9. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica. A tal fine il provveditore agli studi, d'intesa con le unità sanitarie locali e i centri di recupero e di riabilitazione, pubblici e privati, convenzionati con i Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, provvede alla istituzione, per i minori ricoverati, di classi ordinarie quali sezioni staccate della scuola statale. A tali classi possono essere ammessi anche i minori ricoverati nei centri di degenza, che non versino in situazioni di handicap e per i quali sia accertata l'impossibilità della frequenza della scuola dell'obbligo per un periodo non inferiore a trenta giorni di lezione. La frequenza di tali classi, attestata dall'autorità scolastica mediante una relazione sulle attività svolte dai docenti in servizio presso il centro di degenza, è equiparata ad ogni effetto alla frequenza delle classi alle quali i minori sono iscritti.*

*10. Negli ospedali, nelle cliniche e nelle divisioni pediatriche gli obiettivi di cui al presente articolo possono essere perseguiti anche mediante l'utilizzazione di personale in possesso di specifica formazione psico-pedagogica che abbia una esperienza acquisita presso i nosocomi o segua un periodo di tirocinio di un anno sotto la guida di personale esperto.*

- D.L. n. 324/1993, convertito in **L. n. 423/1993**

**art 2.** *1. L'articolo 12, comma 5, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, va interpretato nel senso che l'individuazione dell'alunno come persona handicappata, necessaria per assicurare l'esercizio del diritto all'educazione, all'istruzione ed all'integrazione scolastica di cui agli articoli 12 e 13 della medesima legge, non consiste nell'accertamento previsto dall'articolo 4 della legge stessa, ma è effettuata secondo i criteri stabiliti nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 7 dell'anzidetto articolo 12. In attesa dell'adozione dell'atto di indirizzo e coordinamento, al fine di garantire i necessari interventi di sostegno, all'individuazione provvedono, nel rispetto delle relative competenze, uno psicologo, ovvero un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'unità sanitaria locale di residenza dell'alunno.*

- **DPR 24 febbraio 1994** – "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap"

*"Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle regioni a statuto ordinario e speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, per disciplinare i compiti delle unità sanitarie e/o socio-sanitarie locali in relazione alla predisposizione della diagnosi funzionale, del profilo dinamico funzionale di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 12 della legge 5 febbraio 1992, n. 104"*

**art. 1.** Attività delle regioni e delle province autonome.

1. Le regioni a statuto ordinario e speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a che le unità sanitarie e/o socio-sanitarie locali, nell'ambito dei servizi istituiti ai sensi e per le finalità di cui all'art. 14, primo comma, lettera e), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, resi anche tramite strutture universitarie con le quali le regioni o le province stesse abbiano stipulato specifici protocolli d'intesa ai sensi dell'art. 6, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ovvero avvalendosi delle strutture di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, operanti secondo le modalità richiamate nell'art. 38 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, assicurino l'intervento medico cognitivo sull'alunno in situazione di handicap, necessario per le finalità di cui agli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 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.

**art. 2.** Individuazione dell'alunno come persona handicappata.

1. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata, al fine di assicurare l'esercizio del diritto all'educazione, all'istruzione e all'integrazione scolastica, di cui agli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 1992, provvede lo specialista, su segnalazione ai servizi di base, anche da parte del competente capo d'istituto, ovvero lo psicologo esperto dell'età evolutiva, in servizio presso le UU.SS.LL. o in regime di convenzione con le medesime, che riferiscono alle direzioni sanitaria ed amministrativa, per i successivi adempimenti, entro il termine di dieci giorni dalle segnalazioni.

**art. 3.** Diagnosi funzionale.

1. Per diagnosi funzionale 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.

2. Alla diagnosi funzionale provvede l'unità multidisciplinare 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. La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di elementi clinici e psico-sociali. Gli elementi clinici si acquisiscono tramite la visita medica diretta dell'alunno e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente. Gli elementi psico-sociali si acquisiscono attraverso specifica relazione in cui siano ricompresi:

a) i dati anagrafici del soggetto;

b) i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare (composizione, stato di salute dei membri, tipo di lavoro svolto, contesto ambientale, ecc.).

3. La diagnosi funzionale, di cui al comma 2, si articola necessariamente nei seguenti accertamenti:

a) l'anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto, con particolare riferimento alla nascita (in ospedale, a casa, ecc.), nonché alle fasi dello sviluppo neuro-psicologico da zero a sedici anni ed inoltre alle vaccinazioni, alle malattie riferite e/o repertate, agli eventuali periodi di ospedalizzazione, agli eventuali programmi terapeutici in atto, agli eventuali interventi chirurgici, alle eventuali precedenti esperienze riabilitative;

b) diagnosi clinica, redatta dal medico specialista nella patologia segnalata (rispettivamente neuropsichiatra infantile, otorinolaringoiatra, oculista, ecc.), come indicato nell'art. 3, comma 2: la stessa fa riferimento all'eziologia ed esprime le conseguenze funzionali dell'infermità indicando la previsione dell'evoluzione naturale.

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

- a) *cognitivo, esaminato nelle componenti: livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze;*
- b) *affettivo-relazionale, esaminato nelle componenti: livello di autostima e rapporto con gli altri;*
- c) *linguistico, esaminato nelle componenti: comprensione, produzione e linguaggi alternativi;*
- d) *sensoriale, esaminato nella componente: tipo e grado di deficit con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto;*
- e) *motorio-prassico, esaminato nelle componenti: motricità globale e motricità fine;*
- f) *neuropsicologico, esaminato nelle componenti: memoria, attenzione e organizzazione spazio temporale;*
- g) *autonomia personale e sociale.*

5. *Degli accertamenti sopra indicati viene redatta una documentazione nella forma della scheda riepilogativa del tipo che, in via indicativa, si riporta nell'allegato "A" al presente atto di indirizzo e coordinamento. Nella predetta scheda riepilogativa viene, inoltre, riportata la diagnosi funzionale redatta in forma conclusiva, da utilizzare per i successivi adempimenti.*

**art. 4. Profilo dinamico funzionale.**

1. *Ai sensi dell'art. 12, comma 5, della legge n. 104 del 1992, il profilo dinamico funzionale è atto successivo alla diagnosi funzionale e indica in via prioritaria, dopo un primo periodo di inserimento scolastico, il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (sei mesi) e nei tempi medi (due anni). Il profilo dinamico funzionale viene redatto dall'unità multidisciplinare di cui all'art. 3, 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.*

2. *Il profilo dinamico funzionale, sulla base dei dati riportati nella diagnosi funzionale, di cui all'articolo precedente, descrive in modo analitico i possibili livelli di risposta dell'alunno in situazione di handicap riferiti alle relazioni in atto e a quelle programmabili.*

3. *Il profilo dinamico funzionale comprende necessariamente:*

a) *la descrizione funzionale dell'alunno in relazione alle difficoltà che l'alunno dimostra di incontrare in settori di attività;*

b) *l'analisi dello sviluppo potenziale dell'alunno a breve e medio termine, desunto dall'esame dei seguenti parametri:*

b.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, ecc.) alle strategie utilizzate per la soluzione dei compiti propri della fascia di età, allo stile cognitivo, alla capacità di usare, in modo integrato, competenze diverse;*

b.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;*

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

b.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;*

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

b.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;*

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

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

b.9) *apprendimento, esaminato in relazione alle potenzialità esprimibili in relazione all'età prescolare, scolare (lettura, scrittura, calcolo, lettura di messaggi, lettura di istruzioni pratiche, ecc.).*

4. *In via orientativa, 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, il*

personale di cui agli articoli precedenti traccia un bilancio diagnostico e prognostico finalizzato a valutare la rispondenza del profilo dinamico funzionale alle indicazioni nello stesso delineate e alla coerenza tra le successive valutazioni, fermo restando che il profilo dinamico funzionale è aggiornato, come disposto dal comma 8 dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992, a conclusione della scuola materna, della scuola elementare, della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.

5. Degli accertamenti sopra indicati, viene redatta dalla unità multidisciplinare della unità sanitaria locale, in collaborazione con il personale insegnante e i familiari o gli esercenti la potestà parentale una documentazione nella forma della scheda riepilogativa, del tipo che, in via indicativa, si riporta nell'allegato "B" al presente atto di indirizzo e coordinamento. Nella predetta scheda, sarà, inoltre, riportato il profilo dinamico funzionale redatto in forma conclusiva, da utilizzare per i successivi adempimenti e relativo alle caratteristiche fisiche, psichiche, sociali ed affettive dell'alunno.

**art.5.** Piano educativo individualizzato.

1. Il Piano educativo individualizzato (indicato in seguito con il termine P.E.I.), è il documento nel quale vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno in situazione di handicap, in un determinato periodo di tempo, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione, di cui ai primi quattro commi dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992.

2. Il P.E.I. è redatto, ai sensi del comma 5 del predetto art. 12, congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla USL e/o USSL e dal personale insegnante curriculare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico, in collaborazione con i genitori o gli esercenti la potestà parentale dell'alunno.

3. Il P.E.I. tiene presenti i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché le forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche, di cui alla lettera a), comma 1, dell'art. 13 della legge n. 104 del 1992.

4. Nella definizione del P.E.I., i soggetti di cui al precedente comma 2, propongono, ciascuno in base alla propria esperienza pedagogica, medico-scientifica e di contatto e sulla base dei dati derivanti dalla diagnosi funzionale e dal profilo dinamico funzionale, di cui ai precedenti articoli 3 e 4, gli interventi finalizzati alla piena realizzazione del diritto all'educazione, all'istruzione ed integrazione scolastica dell'alunno in situazione di handicap. Detti interventi propositivi vengono, successivamente, integrati tra di loro, in modo da giungere alla redazione conclusiva di un piano educativo che sia correlato alle disabilità dell'alunno stesso, alle sue conseguenti difficoltà e alle potenzialità dell'alunno comunque disponibili.

**art. 6.** Verifiche. - 1. Con frequenza, preferibilmente, correlata all'ordinaria ripartizione dell'anno scolastico o, se possibile, con frequenza trimestrale (entro ottobre-novembre, entro febbraio-marzo, entro maggio-giugno), i soggetti indicati al comma 6 dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992, verificano gli effetti dei diversi interventi disposti e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico sull'alunno in situazione di handicap.

2. Le verifiche di cui al comma precedente sono finalizzate a che ogni intervento destinato all'alunno in situazione di handicap sia correlato alle effettive potenzialità che l'alunno stesso dimostri di possedere nei vari livelli di apprendimento e di prestazioni educativo-riabilitative, nel rispetto della sua salute mentale.

3. Qualora vengano 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, congiuntamente o da parte dei singoli soggetti di cui al comma 1, possono essere effettuate verifiche straordinarie, al di fuori del termine indicato dallo stesso comma 1. Gli esiti delle verifiche devono confluire nel P.E.I.

**art. 7.** Vigilanza. - 1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tramite i propri servizi, esercitano la vigilanza sulle unità sanitarie e/o socio-sanitarie locali, perché diano la piena e qualificata collaborazione agli operatori della scuola e alle famiglie, al fine di dare attuazione al diritto all'educazione, all'istruzione e all'integrazione scolastica dell'alunno in situazione di handicap, previsti dagli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 1992.

● **Circ. Reg. Piemonte 11/SAP 10.04.1995 + Allegati**

*"Linee di indirizzo e coordinamento relative ai compiti delle Aziende U.S.L. in materia di alunni portatori di handicap - Attuazione D.P.R. 24 febbraio 1994".*

*La legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" ha previsto agli artt. 12 e 13 il diritto all'educazione ed istruzione per ali alunni in situazione di handicap.*

*Con D.P.R. 24 febbraio 1994 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali in materia di alunni portatori di handicap" sono stati delineati i compiti propri delle Aziende U.S.L. in attuazione degli artt. 12 e 13 della legge 104/92. In particolare, le Aziende U.S.L. devono assicurare l'intervento medico e clinico-psicologico per gli alunni in situazione di handicap da articolarsi attraverso la compilazione di una diagnosi funzionale, di un profilo dinamico-funzionale e di un piano educativo individualizzato, per quanto di competenza (art. 1 del D.P.R. 24 febbraio 1994).*

*Il presente atto di indirizzo riguarda le modalità organizzative ed operative di applicazione degli artt. 12 e 13 della legge 104/92 per la parte che attiene le competenze della Azienda U.S.L. Le disposizioni contenute nel presente provvedimento dovranno essere attivate dalle Aziende U.S.L. entro l'inizio dell'anno scolastico 1995-96.*

*L'esigenza di ricercare un'uniformità di procedure e di interventi in tutto il territorio regionale e di far riferimento ad uno dei sistemi di classificazione diagnostica scientificamente riconosciuti, si realizza attraverso l'adozione da parte delle Aziende U.S.L. della modulistica allegata al presente provvedimento (Allegati da 1 a 6).*

*Le disposizioni contenute nel presente provvedimento sono estese anche agli alunni inseriti nella formazione professionale.*

*Obiettivo del provvedimento in oggetto è assicurare l'esercizio del diritto all'educazione, all'istruzione ed all'integrazione scolastica di tutte le persone in situazione di handicap. Pertanto, è indispensabile un'integrazione tra Enti locali, servizi sanitari, socio-assistenziali, scuola, formazione professionale, famiglia, privato sociale (organizzazioni di volontariato, associazioni per il tempo libero, ecc.) che garantisca lo spazio opportuno a tutti gli elementi che contribuiscono al successo dell'inserimento sociale inteso nel suo complesso: recupero funzionale, rimozione degli ostacoli e delle difficoltà anche socio-ambientali, ricerca di idonei percorsi educativi e di adatte metodologie e graduazioni di apprendimento, socializzazione e soddisfazione nel tempo libero, ecc. - tenendo conto che l'integrazione si configura come reciproco adattamento ad una situazione "nuova".*

*L'integrazione scolastica nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado e nella formazione professionale, fondata sul raccordo degli interventi di Enti locali, servizi sanitari, servizi socio-assistenziali, scuola, centri formativi, privato sociale, si realizza attraverso gli accordi di programma - richiamati dalla legge 104/92, art. 13, comma 1 a) e dal decreto del Ministero della Pubblica Istruzione 9 luglio 1992 "indirizzi per la stipula degli accordi di programma ai sensi dell'art. 13 della legge-quadro 3 febbraio 1992, n. 104, sull'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" - che rappresentano un sistema di riferimento uniforme per i vari livelli territoriali.*

*Il rispetto per il percorso di integrazione richiede:*

*a) alla scuola, ai centri di formazione professionale ed ai servizi sanitari e/o socioassistenziali, coinvolti nel progetto terapeutico, di concordare i tempi ed i modi del proprio intervento e di programmare gli incontri successivamente previsti per la formulazione e l'aggiornamento del profilo dinamico-funzionale e del piano educativo individualizzato;*

*b) ai servizi sanitari e socio-assistenziali di garantire le proprie prestazioni – ogni qualvolta sia necessario e previsto all'interno del progetto di inserimento - anche presso la scuola (per es. per i bambini che necessitano di cateterismi) assicurando nel contempo continuità terapeutica e didattica;*

*c) agli Enti locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali (art. 13, punto 3, legge 104/92) e le altre prestazioni previste dalle leggi in materia di diritto allo studio.*



La famiglia, salvo i casi eccezionali di specifiche valutazioni del Tribunale per i Minorenni, è titolare di ogni decisione e, pertanto, oltre a dare inizio all'iter procedurale del diritto all'educazione ed istruzione, va sentita, coinvolta e sostenuta durante tutto il percorso.

Il coordinamento dell'intervento di integrazione scolastica spetta alla scuola, la quale valuterà in base alla propria organizzazione le necessità derivate dall'integrazione stessa e discuterà con la famiglia e con tutte le altre componenti istituzionali i tempi e le modalità differenziate di apprendimento concorrendo a rimuovere eventuali difficoltà di ordine extrascolastico, ed evitando comunque, situazioni di espulsione o "parcheggio".

Alla segnalazione dell'alunno provvedono i genitori, sollecitati anche dal pediatra/medico di base oppure dalla scuola e dai centri di formazione professionale.

La segnalazione perviene ai competenti servizi della U.S.L., su eventuale indicazione del pediatra/medico di base che indirizza i genitori allo specialista nella patologia e/o allo psicologo esperto nell'età evolutiva, in servizio presso le UU.SS.LL. o in regime di convenzione con le medesime.

I tempi relativi alla segnalazione saranno stabiliti in sede locale da accordi interistituzionali specifici che terranno conto delle scadenze ministeriali stabilite per le iscrizioni.

Entro 10 giorni dalla segnalazione, il servizio che l'ha accolta avvia l'iter diagnostico attraverso una prima presa in carico dell'alunno (anamnesi, primo colloquio), ed avvisa la direzione generale dell'U.S.L. dell'attivazione della procedura di individuazione dell'alunno in situazione di handicap (Allegato 1).

E' indispensabile che la U.S.L. garantisca in questi casi un accesso prioritario ai necessari esami diagnostico-strumentali per consentire tempi rapidi alla formulazione della diagnosi clinica e dell'eventuale susseguente individuazione dell'alunno in situazione di handicap.

A seguito della diagnosi clinica l'operatore valuta se il soggetto, rientrando nella definizione citata all'art. 3. primo comma, della legge 104/92, ha diritto ad accedere agli interventi previsti dalla normativa vigente per gli alunni in situazione di handicap. In caso affermativo, convoca i genitori, illustra l'esito diagnostico e chiede loro la compilazione di un modulo per accettare che attraverso l'individuazione venga attivata la procedura di integrazione scolastica (Allegato 2). L'individuazione deve essere, pertanto, concordata con la famiglia, alla quale deve esserne spiegato il significato e le implicazioni successive.

La famiglia, cui dovrà essere consegnata la diagnosi clinica - salvo valutazioni particolari che consiglino diversamente - può riservarsi la compilazione del modulo a propri successivi approfondimenti. Il modulo firmato dai genitori e la conferma dell'individuazione (Allegati 2 e 3) devono essere trasmessi con sollecitudine alla Direzione Generale dell'U.S.L. perché provveda ai successivi adempimenti di competenza.

Anche qualora il soggetto non abbia diritto agli interventi di cui alla vigente normativa in materia di educazione, istruzione ed integrazione scolastica, sono opportuni, comunque, una valutazione sull'esistenza del diritto ad altri interventi previsti, dalla legge ed una collaborazione con la scuola ed i centri di formazione professionale.

Presso ogni U.S.L. sono nominati uno o più referenti amministrativi, ai quali è attribuita la responsabilità del procedimento e con il compito di attivare, convocare, coordinare e riunire le unità multidisciplinari nel rispetto dei tempi previsti dagli accordi interistituzionali. Il referente amministrativo entro 13 giorni dal ricevimento dell'individuazione deve convocare l'unità multidisciplinare.

Ogni U.S.L. provvederà a formalizzare le unità multidisciplinari, organizzandole in modo flessibile per garantire la maggior aderenza possibile alle diverse situazioni - patologia, di territorio e a personalizzazione della diagnosi funzionale. Pertanto, le unità multidisciplinari saranno costituite di volta in volta in relazione alla specifica situazione.

Le UU.SS.LL., su indicazione dei responsabili dei servizi sanitari e socio assistenziali, individuano gli operatori interessati direttamente al caso o con competenza specifica sull'età evolutiva, che insieme al medico specialista o allo psicologo che ha provveduto all'individuazione, formeranno l'unità multidisciplinare e provvederanno alla stesura della diagnosi funzionale. Inoltre, qualora non fossero presenti all'interno della U.S.L. operatori specializzati per il trattamento di alcune patologie, le unità multidisciplinari potranno essere integrate in tal senso anche attraverso convenzioni o prestazioni libero professionali.

*La presenza nell'unità multidisciplinare dell'operatore che ha provveduto all'individuazione va garantita prioritariamente.*

*Qualora presso le U.S.L. sia operante con successo un rapporto dipartimentale tra i diversi servizi potrà essere utilizzata l'esperienza esistente garantendo, comunque, una referenza amministrativa, una referenza dei casi, il rispetto dei tempi proposti dal presente provvedimento e l'adozione della modulistica allegata (Allegati da 1 a 6).*

*I servizi competenti della U.S.L. per garantire il diritto all'educazione, istruzione ed integrazione scolastica dei propri residenti devono anche raccordarsi e collaborare con altri servizi pubblici e privati che abbiano in cura il soggetto e che pertanto, sono tenuti a trasmettere la documentazione necessaria alla formulazione della diagnosi funzionale in loro possesso.*

*Il pediatra/medico di base dell'alunno deve essere informato e possibilmente coinvolto all'interno dell'unità multidisciplinare.*

*L'unità multidisciplinare, acquisiti gli atti dovuti - tra i quali la diagnosi clinica - formula la diagnosi funzionale, che sarà consegnata alla famiglia ed individua al suo interno un operatore quale referente del caso per l'unità multidisciplinare stessa, per la famiglia, per la scuola, per i centri di formazione, professionale. Il referente del caso potrà essere scelto in relazione all'intervento terapeutico prevalente.*

*Per la diagnosi funzionale sarà utilizzato l'Allegato 4 che dovrà essere firmato dai componenti dell'unità multidisciplinare. All'interno del fascicolo Diagnosi funzionale, è compresa la certificazione di idoneità alla frequenza di Istituti di istruzione secondaria di II grado, nei quali sono previste attività di laboratorio, in quanto con propria circolare n. 363 del 22 dicembre 1994 il Ministero della Pubblica Istruzione ha confermato tale competenza in capo allo psicologo o medico specialista. Si sottolinea che detta idoneità è richiesta esclusivamente in relazione alla incolumità dell'alunno.*

*Il referente del caso seguirà l'iter successivo del profilo dinamico-funzionale e del Piano Educativo Individualizzato (in seguito sintetizzato in P.E.I.) e solleciterà il referente amministrativo nel caso emerga la necessità di riconvocare l'unità multidisciplinare per revisioni eccezionali della diagnosi funzionale, con attenzione specifica all'integrazione scolastica del dopo obbligo.*

*La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di elementi clinici, psicologici e sociali, contenuti nella cartella clinica:*

*a) la diagnosi clinica - elemento base per la formulazione delle successive strategie di intervento;*  
*b) la relazione con gli elementi psico-sociali (dati anagrafici del soggetto, dati relativi al nucleo familiare quali la composizione, lo stato di salute, il tipo di lavoro svolto, il contesto ambientale);*  
*c) l'anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto, con riferimento alla nascita, allo sviluppo neuropsicologico, alle vaccinazioni, alle malattie intercorse, agli eventuali periodi di ospedalizzazione, nonché all'articolazione della presa in carico da parte dei servizi dell'U.S.L., ecc.*  
*La diagnosi funzionale deve contenere la sintesi delle capacità e potenzialità registrabili in relazione all'handicap e, pertanto, si configura quale strumento flessibile che permette di cogliere i cambiamenti.*

*Il profilo dinamico funzionale è atto successivo alla diagnosi funzionale ed indica, dopo un primo periodo di inserimento scolastico, il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere in tempi brevi ed in tempi lunghi. Viene redatto dall'unità multidisciplinare anche attraverso il referente del caso, dai docenti curricolari e dagli insegnanti specializzati della scuola e dei centri di formazione professionale, con la collaborazione della famiglia. Il coinvolgimento della famiglia nella stesura e nelle verifiche del profilo dinamico funzionale e dei P.E.I. è essenziale in quanto configura un percorso ed una crescita comune, genitori-alunno, rispetto alla situazione ed alla sua evoluzione.*

*Il profilo dinamico funzionale sarà redatto in almeno due momenti nel corso dello stesso anno scolastico: un incontro per la stesura ed uno per la verifica. Esso, inoltre, sarà aggiornato al passaggio tra un ordine di scuola ed il successivo e dopo il biennio della scuola media superiore, nonché nell'inserimento nei centri di formazione professionale.*

*Potrà, inoltre, essere aggiornato, ogni volta che l'équipe lo reputi necessario e nel passaggio dalla seconda alla terza elementare.*

*Il profilo dinamico funzionale descrive in modo analitico i diversi livelli di risposta dell'alunno in situazione di handicap in relazione allo sviluppo potenziale ed alle difficoltà che dimostra. Esso è la*



descrizione puntuale dell'alunno e si configura quale momento di riflessione del gruppo che lo elabora:

a) fornisce il quadro globale dell'evoluzione e del percorso che operatori ed insegnanti compiono nel suo interesse;

b) costituisce una guida per la progettazione dell'intervento evidenziando i bisogni dell'alunno e le sue risorse ed indicando le strategie utili per attivarle e valorizzarle, anche evidenziando la carenza di risorse.

Per il profilo dinamico funzionale sarà utilizzato l'Allegato 5 del presente provvedimento che contiene, tra l'altro, una proposta di guida per la compilazione degli assi. Detto Allegato può anche essere utilizzato come indicazione per il P.E.I.

Il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) è redatto congiuntamente dal referente del caso, dagli insegnanti curricolari e di sostegno della scuola e dei centri di formazione professionale in collaborazione con i genitori. Il P.E.I. è redatto annualmente e tiene presente i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione, nonché le forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche.

Il gruppo di lavoro individuato per la stesura del profilo dinamico funzionale e del P.E.I. deve operare nell'ottica di una maturazione il più possibile armonica e completa del bambino, considerato nella totalità della sua persona e nei differenti momenti della sua vita, di cui la scuola è momento fondamentale ma non esclusivo. La definizione operativa delle modalità e delle caratteristiche degli incontri si configura quale obiettivo primario per garantire l'apporto delle diverse funzioni e ruoli esercitati nei confronti del singolo bambino (dagli insegnanti, dalla famiglia, dagli operatori sanitari e sociali) e delle energie a disposizione per giungere ad un progetto di interventi dove tali funzioni e ruoli si integrino senza perdere la loro specificità.

Le modalità organizzative nonché gli Allegati proposti dal presente provvedimento saranno sottoposti a verifica in seguito all'invio in Regione dell'Allegato 6 e, se necessario, modificati in seguito.

Le UU.SS.LL. possono, altresì, prevedere la partecipazione dei propri operatori ai gruppi di studio e di lavoro istituiti presso i circoli didattici e gli Istituti di scuola secondaria di primo e di secondo grado ai sensi dell'art. 15, comma 2, della legge 104/92.

- **DPCM n.185/2006** - "Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289." (definizione di criteri per l'individuazione, da parte delle ASL, dell'alunno come soggetto portatore di handicap).

art. 2. 1. Ai fini della individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, le Aziende Sanitarie dispongono, su richiesta documentata dei genitori o degli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno medesimo, appositi accertamenti collegiali, nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della L. 104/92.

2. Gli accertamenti di cui al comma 1, da effettuarsi in tempi utili rispetto all'inizio dell'anno scolastico e comunque non oltre trenta giorni dalla ricezione della richiesta, sono documentati attraverso la redazione di un verbale di individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della L. 104/92 e successive modificazioni. Il verbale, sottoscritto dai componenti il collegio, reca l'indicazione della patologia stabilizzata o progressiva accertata con riferimento alle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nonché la specificazione dell'eventuale carattere di particolare gravità della medesima, in presenza dei presupposti previsti dal comma 3 del predetto articolo 3. Al fine di garantire la congruenza degli interventi cui gli accertamenti sono preordinati, il verbale indica l'eventuale termine di rivedibilità dell'accertamento effettuato.

3. Gli accertamenti di cui ai commi precedenti sono propedeutici alla redazione della diagnosi funzionale dell'alunno, cui provvede l'unità multidisciplinare, prevista dall'articolo 3, comma 2 del DPR 24 febbraio 1994, anche secondo i criteri di classificazione di disabilità e salute previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il verbale di accertamento, con l'eventuale termine di rivedibilità ed il documento relativo alla diagnosi funzionale, sono trasmessi ai genitori o agli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno e da questi all'istituzione scolastica presso cui l'alunno va iscritto, ai fini della tempestiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

art. 3. Attivazione delle forme di integrazione e di sostegno

1. Alle attività di cui ai commi 1 e 3 del precedente articolo 2 fa seguito la redazione del profilo dinamico funzionale e del piano educativo individualizzato previsti dall'articolo 12, comma 5, della L. 104/92, da definire entro il 30 luglio per gli effetti previsti dalla legge 20 agosto 2001, n. 333.

2. I soggetti di cui all'articolo 5, comma 2, del DPR 24 febbraio 1994, in sede di formulazione del piano educativo individualizzato, elaborano proposte relative alla individuazione delle risorse necessarie, ivi compresa l'indicazione del numero delle ore di sostegno.

3. Gli Enti locali, gli Uffici Scolastici Regionali e le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie, nel quadro delle finalità della legislazione nazionale e regionale vigente in materia adottano accordi finalizzati al coordinamento degli interventi di rispettiva competenza per garantire il rispetto dei tempi previsti per la definizione dei provvedimenti relativi al funzionamento delle classi, ai sensi del decreto-legge 3 luglio 2001, n. 255, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 agosto 2001, n. 333. Gli accordi sono finalizzati anche all'organizzazione di sistematiche verifiche in ordine agli interventi realizzati ed alla influenza esercitata dall'ambiente scolastico sull'alunno in situazione di handicap, a norma dell'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994.

art. 4. Situazione di handicap di particolare gravità ed autorizzazione al funzionamento dei posti di sostegno in deroga

L'autorizzazione all'attivazione di posti di sostegno in deroga al rapporto insegnanti/alunni, a norma dell'articolo 35, comma 7, della L. 289/02, è disposta dal dirigente preposto all'Ufficio Scolastico Regionale sulla base della certificazione attestante la particolare gravità di cui all'articolo 2, comma 2 del presente decreto.

- **INTESA STATO – REGIONI** - "Intesa tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali in merito alle modalità e ai criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità" del 20 marzo 2008

I 5 articoli in cui si sostanzia l'Intesa sono sinteticamente i seguenti :

art 1 - la presa in carico del progetto d'integrazione si realizza tramite accordi di programma regionali, provinciali e territoriali, che necessitano di adeguate informazioni offerte agli alunni ed alle loro famiglie circa i percorsi da seguire.

art 2 - la certificazione delle disabilità e la valutazione delle capacità e potenzialità su cui intervenire. Per gli alunni già in carico all'ASL, è sufficiente la certificazione iniziale per l'iscrizione scolastica; mentre per gli alunni che fanno il loro ingresso a scuola, privi di certificazione, v'è l'obbligo di una apposita certificazione da effettuarsi secondo i criteri dell'ICD10 dell'OMS, di regola non oltre la scuola dell'Infanzia e Primaria, salvo disabilità sopravvenute.

art. 2 – 2 Diagnosi funzionale (DF)

La Diagnosi Funzionale, predisposta ai sensi della L. 104/92, è l'atto di valutazione dinamica di ingresso e presa in carico, per la piena integrazione scolastica e sociale. Alla Diagnosi Funzionale provvede l'Unità Multidisciplinare presente nei Servizi Specialistici per l'infanzia e l'adolescenza del territorio di competenza. La Diagnosi Funzionale è redatta secondo i criteri del modello bio-psico-sociale alla base dell'ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e si articola nelle seguenti parti:

- approfondimento anamnestico e clinico;
- descrizione del quadro di funzionalità nei vari contesti;
- definizione degli obiettivi in relazione ai possibili interventi clinici, sociali ed educativi e delle idonee strategie integrate di intervento;
- individuazione delle tipologie di competenze professionali e delle risorse strutturali necessarie per l'integrazione scolastica e sociale.

In questa nuova versione, la Diagnosi Funzionale include anche il Profilo Dinamico Funzionale e corrisponde, in coerenza con i principi dell'ICF, al Profilo di funzionamento della persona.

Per gli aspetti inerenti l'individuazione delle competenze professionali e delle risorse strutturali, l'Unità Multidisciplinare è affiancata da un esperto di pedagogia e didattica speciale designato dall'Ufficio Scolastico Provinciale e da un operatore esperto sociale in carico ai Piani di Zona (art. 19 L. 328/00) o agli Enti Locali competenti e ASL. La Diagnosi Funzionale viene sempre stesa

dall'Unità Multidisciplinare in collaborazione con scuola e famiglia. La verifica periodica della diagnosi funzionale è obbligatoria.

La Diagnosi Funzionale è redatta in tempi utili per la predisposizione del Piano Educativo Individualizzato.

2.3 Revisione della diagnosi - Ad ogni passaggio di grado di istruzione o in presenza di condizioni nuove e sopravvenute la diagnosi clinica/certificazione la Diagnosi Funzionale devono essere riconsiderate in relazione all'evoluzione della persona. Per eventuali nuove individuazioni di competenze professionali o di risorse strutturali, l'Unità Multidisciplinare è affiancata da docenti o operatori sociali che hanno già preso in carico l'alunna/o.

art 3 Il Piano educativo personalizzato (PEI) : alla sua formulazione deve partecipare anche "l'intero Consiglio di classe". Tale PEI, dovendo essere redatto da tutti questi soggetti, non è ancora il progetto didattico personalizzato, ma il progetto di integrazione scolastica ed extrascolastica dell'alunno. Il piano degli studi personalizzato è predisposto, sulla base delle indicazioni del PEI, esclusivamente da tutti i docenti del consiglio di classe, come espressamente previsto dall'art 41 del decreto ministeriale n. 331/98.

I contenuti del PEI riguardano gli interventi didattici, di riabilitazione e di socializzazione, in quanto formulato anche dalla famiglia e dagli operatori dell'ASL e degli enti locali e prevede anche l'indicazione di tutte le risorse necessarie, quindi non solo le ore di sostegno, ma anche quelle eventuali di assistenza per l'autonomia e la comunicazione, di cui all'art 13 comma 3 L.n. 104/92, nonché, se necessaria, l'assistenza igienica dei collaboratori e delle collaboratrici scolastiche, il trasporto gratuito a scuola, l'eliminazione delle barriere architettoniche e senso percettive, ausili e sussidi etc.

Il PEI deve essere verificato ed eventualmente modificato durante l'anno ed "aggiornato all'inizio di ogni anno".

Nell'ultimo anno di ciascun ciclo di scuola il Dirigente deve concordare col Dirigente della nuova scuola scelta dall'alunno la continuità della presa in carico del progetto d'integrazione.

Nell'ultimo anno della scuola secondaria di primo grado deve essere avviato un periodo di orientamento alla scelta di un istituto di scuola superiore ed all'ultimo anno di scuola secondaria di secondo grado, è necessario che il Dirigente prenda accordi con i servizi di territorio per il possibile avvio ad attività di formazione professionale e lavorative e comunque di socializzazione, nel quadro dei servizi predisposti nei piani di zona.

Dunque il PEI va redatto durante il periodo precedente la frequenza dell'alunno, onde consentire l'acquisizione programmata e preventiva delle risorse necessarie (cfr. nota ministeriale prot. n. 4798/05 che prevede l'obbligo di un periodo di programmazione del progetto d'integrazione all'inizio di ogni anno scolastico, proprio per rivedere definitivamente ed aggiornare la bozza di PEI effettuata in precedenza ( Maggio o Giugno ) in occasione della richiesta delle ore di sostegno in organico di fatto e delle altre risorse).

art 4 - Procedure di indicazione, proposta ed individuazione delle risorse umane e materiali necessarie. Il Gruppo di lavoro di istituto, di cui all'art 15 comma 2 L.n. 104/92 raccoglie tutti i PEI della scuola e propone all'Ufficio scolastico provinciale ed agli Enti locali presenti nel Piano di zona la richiesta delle risorse necessarie interne ed esterne alla stessa. Tutte le richieste alle diverse Amministrazioni vanno effettuate contestualmente e le risorse vanno programmate e fornite contemporaneamente.

art 5 - Assegnazione dei docenti per il sostegno. Il contingente assegnato dall'Ufficio scolastico regionale ad ogni provincia viene assegnato a ciascun ambito territoriale coincidente con l'ambito del piano di zona. I docenti sia a tempo determinato che indeterminato vengono incardinati come sede a singole scuole-polo, a seconda della specificità di tipologie diverse di disabilità. Da esse i docenti vengono di anno in anno assegnati alle diverse scuole dell'ambito del piano di zona dove si iscrivono o continuano la frequenza gli alunni con disabilità. Ciò dovrebbe garantire una maggiore continuità didattica.

- **MIUR 2008** "Linee guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità"

PREMESSA - Le presenti Linee Guida raccolgono una serie di direttive che hanno lo scopo, nel rispetto dell'autonomia scolastica e della legislazione vigente, di migliorare il processo

*di integrazione degli alunni con disabilità. Elaborate sulla base di un confronto fra dirigenti ed esperti del MIUR nonché con la partecipazione delle Associazioni delle persone con disabilità, esse mirano a rilanciare il tema in questione, punto fermo della tradizione pedagogica della scuola italiana, e che tale deve essere anche in momenti di passaggio e trasformazione del sistema di istruzione e formazione nazionale.*

*Individuano inoltre una serie di criticità emerse in questi ultimi anni nella pratica quotidiana del fare scuola e propongono possibili soluzioni per orientare l'azione degli Uffici Scolastici Regionali, dei Dirigenti Scolastici e degli Organi collegiali, nell'ambito delle proprie competenze.*

*L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità è un processo irreversibile, e proprio per questo non può adagiarsi su pratiche disimpegnate che svuotano il senso pedagogico, culturale e sociale dell'integrazione trasformandola da un processo di crescita per gli alunni con disabilità e per i loro compagni a una procedura solamente attenta alla correttezza formale degli adempimenti burocratici. Dietro alla "coraggiosa" scelta della scuola italiana di aprire le classi normali affinché diventassero effettivamente e per tutti "comuni", c'è una concezione alta tanto dell'istruzione quanto della persona umana, che trova nell'educazione il momento prioritario del proprio sviluppo e della propria maturazione.*

*Crescere è tuttavia un avvenimento individuale che affonda le sue radici nei rapporti con gli altri e non si può parlare di sviluppo del potenziale umano o di centralità della persona considerandola avulsa da un sistema di relazioni la cui qualità e la cui ricchezza è il patrimonio fondamentale della crescita di ognuno.*

*La scuola è una comunità educante, che accoglie ogni alunno nello sforzo quotidiano di costruire condizioni relazionali e situazioni pedagogiche tali da consentirne il massimo sviluppo. Una scuola non solo per sapere dunque ma anche per crescere, attraverso l'acquisizione di conoscenze, competenze, abilità, autonomia, nei margini delle capacità individuali, mediante interventi specifici da attuare sullo sfondo costante e imprescindibile dell'istruzione e della socializzazione.*

*In questo senso si configura la norma costituzionale del diritto allo studio, interpretata alla luce della legge 59/1997 e del DPR 275/1999, da intendersi quindi come tutela soggettiva affinché le istituzioni scolastiche, nella loro autonomia funzionale e flessibilità organizzativa, predispongano le condizioni e realizzino le attività utili al raggiungimento del successo formativo di tutti gli alunni.*

*La prima parte delle Linee Guida consta in una panoramica sui principi generali, individuabili tanto nell'ordinamento italiano quanto in quello internazionale, concernenti l'integrazione scolastica. Ciò non per ripetere conoscenze già note a chi lavora nel mondo della scuola, ma per ricapitolare un percorso davvero eccezionale di legislazione scolastica, proprio quando la Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità, ratificata dal Parlamento italiano con la Legge 18/2009, impegna tutti gli Stati firmatari a prevedere forme di integrazione scolastica nelle classi comuni, che è, appunto, la specificità italiana.*

*La prima parte presenta inoltre l'orientamento attuale nella concezione di disabilità, concezione raccolta in particolare dalla detta Convenzione. Si è andato infatti affermando il "modello sociale della disabilità", secondo cui la disabilità è dovuta dall'interazione fra il deficit di funzionamento della persona e il contesto sociale.*

*Quest'ultimo assume dunque, in questa prospettiva, carattere determinante per definire il grado della Qualità della Vita delle persone con disabilità.*

*In linea con questi principi si trova l'ICF, l'International Classification of Functioning, che si propone come un modello di classificazione bio-psico-sociale decisamente attento all'interazione fra la capacità di funzionamento di una persona e il contesto sociale, culturale e personale in cui essa vive.*

*La seconda parte entra nelle pratiche scolastiche, individuando problematiche e proposte di intervento concernenti vari aspetti e soggetti istituzionali coinvolti nel processo di integrazione. In particolare, si riconosce la responsabilità educativa di tutto il personale della scuola e si ribadisce la necessità della corretta e puntuale progettazione individualizzata per l'alunno con disabilità, in accordo con gli Enti Locali, l'ASL e le famiglie.*

## **I PARTE- IL NUOVO SCENARIO. IL CONTESTO COME RISORSA**

### **1. I principi costituzionali e la legislazione italiana in materia di alunni con disabilità**

1.1. Art. 3 ed Art. 34 Costituzione Il diritto allo studio è un principio garantito costituzionalmente. L'art. 34 Cost. dispone infatti che la scuola sia aperta a tutti. In tal senso il Costituente ha voluto coniugare il diritto allo studio con il principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost.

L'articolo in questione, al primo comma, recita: «tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali dinanzi alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali».

Tale principio di eguaglianza, detto formale, non è però sembrato sufficiente al Costituente che ha voluto invece chiamare in causa la "pari dignità sociale", integrando così l'esigenza dell'uguaglianza "formale", avente a contenuto la parità di trattamento davanti alla legge, con l'uguaglianza "sostanziale", che conferisce a ciascuno il diritto al rispetto inerente alla qualità e alla dignità di uomo o di donna, in altri termini di "persona" che può assumere la pretesa di essere messo nelle condizioni idonee ad esplicare le proprie attitudini personali, quali esse siano.

Il secondo comma del citato art. 3 recita: «E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese». Il Costituente, insomma, ha riconosciuto che non è sufficiente stabilire il principio dell'eguaglianza giuridica dei cittadini, quando esistono ostacoli di ordine economico e sociale che limitano di fatto la loro eguaglianza impedendo che essa sia effettiva, ed ha pertanto, coerentemente, assegnato alla Repubblica il compito di rimuovere siffatti ostacoli, affinché tutti i cittadini siano posti sullo stesso punto di partenza, abbiano le medesime opportunità, possano godere, tutti alla pari, dei medesimi diritti loro formalmente riconosciuti dalla Costituzione.

I principi costituzionali indicati garantirono, in prima battuta, il diritto allo studio degli alunni con disabilità attraverso l'esperienza delle scuole speciali e delle classi differenziali. L'art. 38 Cost. specifica infatti che «gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale». Ben presto, comunque, emersero le implicazioni che scaturivano da tale interpretazione del diritto allo studio, soprattutto in termini di alienazione ed emarginazione sociale.

1.2 Legge 118/71 e Legge 517/77

La legge 118/71, art. 28, disponeva che l'istruzione dell'obbligo dovesse avvenire nelle classi normali della scuola pubblica. In questo senso, la legge in questione supera il modello delle scuole speciali, che tuttavia non aboliva, prescrivendo l'inserimento degli alunni con disabilità, comunque su iniziativa della famiglia, nelle classi comuni.

Per favorire tale inserimento disponeva inoltre che agli alunni con disabilità venissero assicurati il trasporto, l'accesso agli edifici scolastici mediante il superamento delle barriere architettoniche, l'assistenza durante gli orari scolastici degli alunni più gravi.

Ma fu presto evidente che l'inserimento costituiva solo una parziale applicazione del principio costituzionale di eguaglianza, che era esercitato dagli alunni in questione solo nel suo aspetto formale. L'inserimento non costituì la realizzazione dell'eguaglianza sostanziale che dovette invece essere costruita con ulteriori strumenti e iniziative della Repubblica, orientati a rimuovere gli ostacoli prodotti dal deficit e, in particolare, attraverso l'istituzione dell'insegnante specializzato per il sostegno e di piani educativi adeguati alla crescita e allo sviluppo dell'alunno con disabilità.

E' questo essenzialmente il contenuto della Legge 517/77, che a differenza della L. 118/71, limitata all'affermazione del principio dell'inserimento, stabilisce con chiarezza presupposti e condizioni, strumenti e finalità per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, da attuarsi mediante la presa in carico del progetto di integrazione da parte dell'intero Consiglio di Classe e attraverso l'introduzione dell'insegnante specializzato per le attività di sostegno.

La Corte Costituzionale, a partire dalla Sentenza n. 215/87, ha costantemente dichiarato il diritto pieno e incondizionato di tutti gli alunni con disabilità, qualunque ne sia la minorazione o il grado di complessità della stessa, alla frequenza nelle scuole di ogni ordine e grado. Tale sentenza, oggetto della C M n. 262/88, può considerarsi la "magna Charta" dell'integrazione scolastica ed ha orientato tutta la successiva normativa primaria e secondaria.

1.3 Legge 104/92 Una notevole quantità di interventi legislativi di diverso grado è dunque seguita alla promulgazione della Legge 517/77, al fine di completare la normazione della materia in questione, tanto per il versante socio-sanitario quanto per quello più specificamente rivolto all'integrazione scolastica. La Legge del 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" raccoglie ed integra tali interventi

legislativi divenendo il punto di riferimento normativo dell'integrazione scolastica e sociale delle persone con disabilità.

La Legge in parola ribadisce ed amplia il principio dell'integrazione sociale e scolastica come momento fondamentale per la tutela della dignità umana della persona con disabilità, impegnando lo Stato a rimuovere le condizioni invalidanti che ne impediscono lo sviluppo, sia sul piano della partecipazione sociale sia su quello dei deficit sensoriali e psico-motori per i quali prevede interventi riabilitativi.

Il diritto soggettivo al pieno sviluppo del potenziale umano della persona con disabilità non può dunque essere limitato da ostacoli o impedimenti che possono essere rimossi per iniziativa dello Stato (Legislatore, Pubblici poteri, Amministrazione).

Questo principio, caratterizzante la Legge in questione, si applica anche all'integrazione scolastica, per la quale la Legge citata prevede una particolare attenzione, un atteggiamento di "cura educativa" nei confronti degli alunni con disabilità che si esplica in un percorso formativo individualizzato, al quale partecipano, nella condivisione e nell'individuazione di tale percorso, più soggetti istituzionali, scardinando l'impianto tradizionale della scuola ed inserendosi nel proficuo filone dell'individualizzazione e dell'attenzione all'apprendimento piuttosto che all'insegnamento. Il Profilo Dinamico Funzionale e il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) sono dunque per la Legge in questione i momenti concreti in cui si esercita il diritto all'istruzione e all'educazione dell'alunno con disabilità. Da ciò il rilievo che ha la realizzazione di tali documenti, attraverso il coinvolgimento dell'amministrazione scolastica, degli organi pubblici che hanno le finalità della cura della persona e della gestione dei servizi sociali ed anche delle famiglie. Da ciò, inoltre, l'importante previsione della loro verifica in itinere, affinché risultino sempre adeguati ai bisogni effettivi dell'alunno.

Sulla base del PEI, i professionisti delle singole agenzie, ASL, Enti Locali e le Istituzioni scolastiche formulano, ciascuna per proprio conto, i rispettivi progetti personalizzati:

- il progetto riabilitativo, a cura dell'ASL (L. n. 833/78 art 26);
- il progetto di socializzazione, a cura degli Enti Locali (L. n. 328/00 art 14);
- il Piano degli studi personalizzato, a cura della scuola (D.M. 141/99, come modificato dall'art. 5, comma 2, del D.P.R. n. 81/09).

1.4 DPR 24 febbraio 1994 - Il DPR 24 febbraio 1994 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alcuni portatori di handicap" individua i soggetti e le competenze degli Enti Locali, delle attuali Aziende Sanitarie Locali e delle istituzioni scolastiche nella definizione della Diagnosi Funzionale, del Profilo Dinamico Funzionale e del Piano Educativo Individualizzato, documento conclusivo e operativo in cui "vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno in condizione di handicap, in un determinato periodo di tempo, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione", come integrato e modificato dal DPCM n. 185/06.

Successivamente, sia il Regolamento sull'Autonomia scolastica, D.P.R. n. 275/99, sia la Legge di riforma n. 53/03 fanno espresso riferimento all'integrazione scolastica. Inoltre, la L. n. 296/06, all'art 1 comma 605 lettera "b", garantisce il rispetto delle "effettive esigenze" degli alunni con disabilità, sulla base di accordi interistituzionali.

2. Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità - Con la Legge n. 18 del 3 marzo 2009, il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità. Tale ratifica vincola l'Italia, qualora l'ordinamento interno avesse livelli di tutela dei diritti delle persone con disabilità inferiori a quelli indicati dalla Convenzione medesima, a emanare norme ispirate ai principi ivi espressi.

Non è comunque la prima volta che il tema della disabilità è oggetto di attenzione di documenti internazionali volti alla tutela dei diritti umani, sociali e civili degli individui.

La Dichiarazione dei Diritti del Bambino dell'ONU, varata nel 1959, recita: "Il bambino che si trova in una situazione di minorazione fisica, mentale o sociale, ha diritto di ricevere il trattamento, l'educazione e le cure speciali di cui abbisogna per il suo stato o la sua condizione".

La Dichiarazione dei diritti della persona con ritardo mentale dell'ONU, pubblicata nel 1971, reca scritto: "Il subnormale mentale deve, nella maggiore misura possibile, beneficiare dei diritti fondamentali dell'uomo alla stregua degli altri esseri umani. Il subnormale mentale ha diritto alle cure mediche e alle terapie più appropriate al suo stato, nonché all'educazione, all'istruzione, alla



formazione, alla riabilitazione, alla consulenza che lo aiuteranno a sviluppare al massimo le sue capacità e attitudini”.

La Conferenza Mondiale sui diritti umani dell'ONU, i cui esiti sono resi noti nel 1993, precisa che “tutti i diritti umani e le libertà fondamentali sono universali e includono senza riserve le persone disabili”. Le Regole standard per il raggiungimento delle pari opportunità per i disabili, adottate dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 20 dicembre 1993, ricordano come “l'ignoranza, la negligenza, la superstizione e la paura sono fattori sociali che attraverso tutta la storia della disabilità hanno isolato le persone con disabilità e ritardato la loro evoluzione”.

Ciò che tuttavia caratterizza la Convenzione ONU in questione è di aver decisamente superato un approccio focalizzato solamente sul deficit della persona con disabilità, accogliendo il “modello sociale della disabilità” e introducendo i principi di non discriminazione, parità di opportunità, autonomia, indipendenza con l'obiettivo di conseguire la piena inclusione sociale, mediante il coinvolgimento delle stesse persone con disabilità e delle loro famiglie.

Essa infatti recepisce una concezione della disabilità che, oltre a ribadire il principio della dignità delle persone con disabilità, individua nel contesto culturale e sociale un fattore determinante l'esperienza che il soggetto medesimo fa della propria condizione di salute. Il contesto è una risorsa potenziale che, qualora sia ricca di opportunità, consente di raggiungere livelli di realizzazione e autonomia delle persone con disabilità che, in condizioni contestuali meno favorite, sono invece difficilmente raggiungibili.

La definizione di disabilità della Convenzione è basata sul modello sociale centrato sui diritti umani delle persone con disabilità, ed è la seguente: “la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri” (Preambolo, punto e).

La centralità del contesto socio-culturale nella determinazione del livello di disabilità impone che le persone con disabilità non siano discriminate, intendendo “discriminazione fondata sulla disabilità (...) qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo. Essa include ogni forma di discriminazione, compreso il rifiuto di un accomodamento ragionevole (Art. 2).

A questo scopo è necessario che il contesto (ambienti, procedure, strumenti educativi ed ausili) si adatti ai bisogni specifici delle persone con disabilità, attraverso ciò che la Convenzione in parola definisce “accomodamento ragionevole”: “Accomodamento ragionevole indica le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un carico sproporzionato o eccessivo, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per assicurare alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e libertà fondamentali” (Art. 2). L'art 24, infine, dedicato all'educazione riconosce “il diritto all'istruzione delle persone con disabilità (...) senza discriminazioni e su base di pari opportunità” garantendo “un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita, finalizzati: (a) al pieno sviluppo del potenziale umano, del senso di dignità e dell'autostima ed al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali e della diversità umana; (b) allo sviluppo, da parte delle persone con disabilità, della propria personalità, dei talenti e della creatività, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali, sino alle loro massime potenzialità; (c) a porre le persone con disabilità in condizione di partecipare effettivamente a una società libera”.

3. ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento. Dalla prospettiva sanitaria alla prospettiva bio-psico-sociale - Nel 2001, l'Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS ha approvato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), raccomandandone l'uso negli Stati parti. L'ICF recepisce pienamente il modello sociale della disabilità, considerando la persona non soltanto dal punto di vista “sanitario”, ma promuovendone un approccio globale, attento alle potenzialità complessive, alle varie risorse del soggetto, tenendo ben presente che il contesto, personale, naturale, sociale e culturale, incide decisamente nella possibilità che tali risorse hanno di esprimersi.

Fondamentale, dunque, la capacità di tale classificatore di descrivere tanto le capacità possedute quanto le performance possibili intervenendo sui fattori contestuali.

*Nella prospettiva dell'ICF, la partecipazione alle attività sociali di una persona con disabilità è determinata dall'interazione della sua condizione di salute (a livello di strutture e di funzioni corporee) con le condizioni ambientali, culturali, sociali e personali (definite fattori contestuali) in cui essa vive. Il modello introdotto dall'ICF, bio-psico-sociale, prende dunque in considerazione i molteplici aspetti della persona, correlando la condizione di salute e il suo contesto, pervenendo così ad una definizione di "disabilità" come ad "una condizione di salute in un ambiente sfavorevole".*

*Nel modello citato assume valore prioritario il contesto, i cui molteplici elementi possono essere qualificati come "barriera", qualora ostacolino l'attività e la partecipazione della persona, o "facilitatori", nel caso in cui, invece, favoriscano tali attività e partecipazione.*

*L'ICF sta penetrando nelle pratiche di diagnosi condotte dalle AA.SS.LL., che sulla base di esso elaborano la Diagnosi Funzionale. E' dunque opportuno che il personale scolastico coinvolto nel processo di integrazione sia a conoscenza del modello in questione e che si diffonda sempre più un approccio culturale all'integrazione che tenga conto del nuovo orientamento volto a considerare la disabilità interconnessa ai fattori contestuali.*

## **II PARTE: L'ORGANIZZAZIONE**

### **1. Il ruolo degli Uffici Scolastici Regionali**

*Il decentramento avvenuto nell'ultimo decennio e la conseguente assunzione di responsabilità da parte degli organi decentrati - nell'ambito delle materie ad essi attribuite - fa assumere agli Uffici Scolastici Regionali un ruolo strategico ai fini della pianificazione/programmazione/"governo" delle risorse e delle azioni a favore dell'inclusione scolastica degli alunni disabili.*

*L'azione di coordinamento ed indirizzo di loro competenza fa prevedere che:*

- attivino ogni possibile iniziativa finalizzata alla stipula di Accordi di programma regionali per il coordinamento, l'ottimizzazione e l'uso delle risorse, riconducendo le iniziative regionali ad un quadro unitario compatibile con i programmi nazionali d'istruzione e formazione e con quelli socio - sanitari;*
- promuovano la costituzione di G.L.I.R. (Gruppo di Lavoro Interistituzionale Regionale), al quale demandare la realizzazione dell'obiettivo sopra individuato. Fermo restando l'attuale ruolo istituzionale dei G.L.I.P., appare opportuno che quest'ultimi, nella prospettiva della costituzione dei citati G.L.I.R., vengano intesi come organismi attuativi, in sede provinciale, delle linee di indirizzo e coordinamento stabilite a livello regionale;*
- organizzino attività di formazione per dirigenti scolastici e personale della scuola (ivi compreso il personale ATA) al fine di implementare e diffondere la cultura dell'inclusione e della "presa in carico" complessiva dell'alunno disabile da parte del sistema scuola;*
- favoriscano la costituzione di reti territoriali per la realizzazione sia delle attività formative sia di ogni altra azione a favore dell'inclusione, al fine di renderla più rispondente alle realtà di contesto e alle esperienze di vita dei soggetti. La "rete" di scuole, inserita all'interno dei tavoli di concertazione / coordinamento territoriali, appare essere lo strumento operativo più funzionale per la realizzazione di interventi mirati, aderenti al contesto, compatibili con le opportunità e le risorse effettivamente disponibili. Le "reti" consentono l'incremento di azioni volte a favorire la piena valorizzazione delle persone, la crescita e lo sviluppo educativo, cognitivo e sociale del singolo discente mediante percorsi individualizzati interconnessi con la realtà sociale del territorio, nella prospettiva di creare legami forti e senso di appartenenza;*
- potenzino il ruolo e il funzionamento dei Centri di Supporto Territoriale istituiti dal Progetto "Nuove Tecnologie e Disabilità", nonché quello dei Centri di Documentazione /Consulenza/Ascolto in quanto luoghi "dedicati" per realizzare e far circolare esperienze, disporre di consulenze esperte, costituire effettive comunità di pratiche.*

### **2. Rapporti interistituzionali**

*Nella logica del decentramento e del compimento del processo attuativo del titolo V della Costituzione, il concetto di Governance è il paradigma di riferimento per i rapporti interistituzionali, in quanto inteso come la capacità delle istituzioni di coordinare e orientare l'azione dei diversi attori del sistema sociale e formativo valorizzando le attività di regolazione e orientamento.*

*Il termine Governance è sempre più utilizzato come categoria- guida nell'ambito delle politiche pubbliche, per sottolineare la prevalenza di logiche di tipo negoziale e relazionale, coordinative, piuttosto di quelle di vero e proprio Government basate esclusivamente sulla normazione e sulla programmazione. Si tratta, quindi, di stabilire azioni di raccordo fra gli enti territoriali (Regione,*

USR, province, comuni), i servizi (ASL, cooperative, comunità), le istituzioni scolastiche, per la ricognizione delle esigenze e lo sviluppo della relativa offerta sul territorio.

Lo strumento operativo più adeguato a tal fine sembra essere quello rappresentato dai Tavoli di concertazione costituiti in ambiti territoriali che coincidano possibilmente con i Piani di Zona.

Si delinea, in tal modo, un sistema di co-decisioni e "cooperazioni interistituzionali" che realizza un policentrismo decisionale declinato, di volta in volta, secondo l'oggetto della decisione da assumere in cooperazione o collaborazione, accordi o intese, coordinamento.

Gli ambiti territoriali diventano il luogo privilegiato per realizzare il sistema integrato di interventi e servizi e lo snodo di tutte le azioni, tramite la costituzione di tavoli di concertazione/ coordinamento – all'interno dei quali c'è la "rete" di scuole- composti dai rappresentanti designati da ciascun soggetto (istituzionale o meno) che concorre all'attuazione del progetto di vita costruito per ciascun alunno disabile.

E', infatti, proprio nella definizione del progetto di vita che si realizza l'effettiva integrazione delle risorse, delle competenze e delle esperienze funzionali all'inclusione scolastica e sociale.

I prioritari ambiti di intervento sono riconducibili a:

1. formazione (poli specializzati sulle diverse tematiche connesse a specifiche disabilità /banche dati/anagrafe professionale/consulenze esperte);
2. distribuzione/allocazione/dotazione risorse professionali (insegnanti specializzati, assistenti ad personam, operatori, educatori, ecc.);
3. distribuzione/ottimizzazione delle risorse economiche e strumentali (fondi finalizzati all'integrazione scolastica, sussidi e attrezzature, tecnologie, ecc.);
4. adozione di iniziative per l'accompagnamento dell'alunno alla vita adulta mediante esperienze di alternanza scuola-lavoro, stage, collaborazione con le aziende del territorio.

### III PARTE - LA DIMENSIONE INCLUSIVA DELLA SCUOLA

Con l'autonomia funzionale di cui alla Legge 59/1997, le istituzioni scolastiche hanno acquisito la personalità giuridica e dunque è stato loro attribuito, nei limiti stabiliti dalla norma, il potere discrezionale tipico delle Pubbliche Amministrazioni. Ne consegue che la discrezionalità in parola, relativa alle componenti scolastiche limitatamente alle competenze loro attribuite dalle norme vigenti, ed in particolare nell'ambito dell'autonomia organizzativa e didattica, dovrà essere esercitata tenendo debitamente conto dei principi inerenti le previsioni di legge concernenti gli alunni con disabilità. La citata discrezionalità dovrà altresì tenere conto del principio di logicità congruità, il cui giudizio andrà effettuato in considerazione dell'interesse primario da conseguire, ma naturalmente anche degli interessi secondari e delle situazioni di fatto.

Si ribadisce, inoltre, che le pratiche scolastiche in attuazione dell'integrazione degli alunni con disabilità, pur nella considerazione dei citati interessi secondari e delle citate situazioni di fatto, nel caso in cui non si conformassero immotivatamente all'interesse primario del diritto allo studio degli alunni in questione, potrebbero essere considerati atti caratterizzati da disparità di trattamento.

Tale violazione è inquadrabile in primo luogo nella mancata partecipazione di tutte le componenti scolastiche al processo di integrazione, il cui obiettivo fondamentale è lo sviluppo delle competenze dell'alunno negli apprendimenti, nella comunicazione e nella relazione, nonché nella socializzazione, obiettivi raggiungibili attraverso la collaborazione e il coordinamento di tutte le componenti in questione nonché dalla presenza di una pianificazione puntuale e logica degli interventi educativi, formativi, riabilitativi come previsto dal P.E.I.

In assenza di tale collaborazione e coordinamento, mancanza che si esplica in ordine ad atti determinati da una concezione distorta dell'integrazione, verrebbe a mancare il menzionato corretto esercizio della discrezionalità.

#### 1. Il ruolo del dirigente scolastico

Le seguenti indicazioni non intendono ripetere gli adempimenti previsti per il Dirigente scolastico nel processo di integrazione, tra l'altro già presenti in molti documenti che definiscono Accordi di programma o in Linee Guida per l'integrazione degli alunni con disabilità realizzate da Uffici Scolastici Regionali o Provinciali. Si intende invece dare delle direttive generali sulla base delle quali assicurare, pur in presenza di situazioni territoriali diverse e complesse, l'effettività del diritto allo studio degli alunni con disabilità, mediante risposte adeguate ai loro bisogni educativi speciali.

##### 1.1. Leadership educativa e cultura dell'integrazione

Il Dirigente scolastico è il garante dell'offerta formativa che viene progettata ed attuata dall'istituzione scolastica: ciò riguarda la globalità dei soggetti e, dunque, anche gli alunni con disabilità.

Il Piano dell'Offerta Formativa (POF) è inclusivo quando prevede nella quotidianità delle azioni da compiere, degli interventi da adottare e dei progetti da realizzare la possibilità di dare risposte precise ad esigenze educative individuali; in tal senso, la presenza di alunni disabili non è un incidente di percorso, un'emergenza da presidiare, ma un evento che richiede una riorganizzazione del sistema già individuata in via previsionale e che rappresenta un'occasione di crescita per tutti.

L'integrazione/inclusione scolastica è, dunque, un valore fondativo, un assunto culturale che richiede una vigorosa leadership gestionale e relazionale da parte del Dirigente Scolastico, figura chiave per la costruzione di tale sistema. La leadership dirigenziale si concretizza anche mediante la promozione e la cura di una serie di iniziative da attuarsi di concerto con le varie componenti scolastiche atte a dimostrare l'effettivo impegno del Dirigente e dell'istituzione scolastica in tali tematiche (come per esempio corsi di formazione, programmi di miglioramento del servizio scolastico per gli alunni con disabilità, progetti, iniziative per il coinvolgimento dei genitori e del territorio, costituzioni di reti di scuole per obiettivi concernenti l'inclusione, partecipazione agli incontri di GLHO, istituzione del GLH di Istituto, favorire la continuità educativo-didattica, programmi di miglioramento del servizio scolastico per gli alunni con disabilità, partecipazione alla stipula di Accordi di programma a livello dei piani di zona, di cui all'art 19 L.n. 328/00, direttamente o tramite reti di scuole, ecc.).

L'autonomia funzionale delle istituzioni scolastiche ha ridotto il peso delle indicazioni normative ed istituzionali, favorendo una maggiore discrezionalità nell'elaborazione della progettazione educativa rivolta al successo formativo di tutti gli alunni. Tale dimensione richiede però un buon livello organizzativo, inteso come definizione di una serie di "punti fermi", definiti sulla base di principi garantiti per legge, entro i quali sviluppare la progettualità aperta della scuola autonoma. Il contributo del Collegio dei docenti e del Consiglio di istituto deve assicurare l'elaborazione del Piano dell'Offerta Formativa che descrive, fra l'altro, le decisioni assunte in ordine all'integrazione scolastica. Il Dirigente ha il compito di rendere operative tali indicazioni, che ha condiviso con gli Organi collegiali, con proprie azioni, finalizzate all'attuazione del Piano in questione. Resta fermo il ruolo del Dirigente come stimolo, promotore di iniziative e di attività educative, anche alla luce della responsabilità dirigenziale in ordine ai risultati del servizio di istruzione.

Per la realizzazione operativa delle attività concernenti l'integrazione scolastica, il Dirigente Scolastico può individuare una figura professionale di riferimento (figura strumentale), per le iniziative di organizzazione e di cura della documentazione, delle quali tale figura è responsabile e garante.

In via generale, dunque, al Dirigente scolastico è richiesto di:

- promuovere e incentivare attività diffuse di aggiornamento e di formazione del personale operante a scuola (docenti, collaboratori, assistenti) anche tramite corsi di aggiornamento congiunti di cui all'art 14 comma 7 L.n. 104/92, al fine di sensibilizzare, informare e garantire a tutte le componenti il conseguimento di competenze e indispensabili "strumenti" operativo-concettuali (per intervenire sul contesto e modificarlo);
- valorizzare progetti che attivino strategie orientate a potenziare il processo di inclusione;
- guidare e coordinare le azioni/iniziativae/attività connesse con le procedure previste dalle norme di riferimento: presidenza del GLH d'istituto, formazione delle classi, utilizzazione degli insegnanti per le attività di sostegno;
- indirizzare l'operato dei singoli Consigli di classe/interclasse affinché promuovano e sviluppino le occasioni di apprendimento, favoriscano la partecipazione alle attività scolastiche, collaborino alla stesura del P.E.I.;
- coinvolgere attivamente le famiglie e garantire la loro partecipazione durante l'elaborazione del PEI;
- curare il raccordo con le diverse realtà territoriali (EE.LL., enti di formazione, cooperative, scuole, servizi socio-sanitari, ecc.);
- attivare specifiche azioni di orientamento per assicurare continuità nella presa in carico del soggetto da parte della scuola successiva o del percorso post-scolastico prescelto;



□ intraprendere le iniziative necessarie per individuare e rimuovere eventuali barriere architettoniche e/o senso-percettive.

## 1.2 La programmazione

Al fine dell'inclusione scolastica degli alunni con disabilità è indispensabile ricordare che l'obiettivo fondamentale della Legge 104/92, art. 12, c. 3, è lo sviluppo degli apprendimenti mediante la comunicazione, la socializzazione e la relazione interpersonale. A questo riguardo, infatti, la Legge in questione recita: "L'integrazione nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione"; il c. 4 stabilisce inoltre che "l'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap". La progettazione educativa per gli alunni con disabilità deve, dunque, essere costruita tenendo ben presente questa priorità.

Qualora, per specifiche condizioni di salute dell'alunno (di cui deve essere edotto il Dirigente Scolastico) o per particolari situazioni di contesto, non fosse realmente possibile la frequenza scolastica per tutto l'orario, è necessario che sia programmato un intervento educativo e didattico rispettoso delle peculiari esigenze dell'alunno e, contemporaneamente, finalizzato al miglioramento delle abilità sociali, al loro potenziamento e allo sviluppo degli apprendimenti anche nei periodi in cui non è prevista la presenza in classe.

Sulla base di tale assunto, è contraria alle disposizioni della Legge 104/92, la costituzione di laboratori che accolgano più alunni con disabilità per quote orarie anche minime e per prolungati e reiterati periodi dell'anno scolastico.

E' vero, comunque, che talvolta si tende a considerare esaurito il ruolo formativo della scuola nella socializzazione. Una considerazione corretta di questo concetto, tuttavia, porta ad interpretare la socializzazione come uno strumento di crescita da integrare attraverso il miglioramento degli apprendimenti con buone pratiche didattiche individualizzate e di gruppo. Riemerge qui la centralità della progettazione educativa individualizzata che sulla base del caso concreto e delle sue esigenze dovrà individuare interventi equilibrati fra apprendimento e socializzazione, preferendo in linea di principio che l'apprendimento avvenga nell'ambito della classe e nel contesto del programma in essa attuato.

Una progettazione educativa che scaturisca dal principio del diritto allo studio e allo sviluppo, nella logica anche della costruzione di un progetto di vita che consente all'alunno di "avere un futuro", non può che definirsi all'interno dei Gruppi di lavoro deputati a tale fine per legge. L'istituzione di tali Gruppi in ogni istituzione scolastica è obbligatoria, non dipendendo dalla discrezionalità dell'autonomia funzionale. Per tale motivo il Dirigente Scolastico ha l'onere di intraprendere ogni iniziativa necessaria affinché i Gruppi in questione vengano istituiti, individuando anche orari compatibili per la presenza di tutte le componenti chiamate a parteciparvi.

Si è integrati/inclusi in un contesto, infatti, quando si effettuano esperienze e si attivano apprendimenti insieme agli altri, quando si condividono obiettivi e strategie di lavoro e non quando si vive, si lavora, si siede gli uni accanto agli altri. E tale integrazione, nella misura in cui sia sostanziale e non formale, non può essere lasciata al caso, o all'iniziativa degli insegnanti per le attività di sostegno, che operano come organi separati dal contesto complessivo della classe e della comunità educante. È necessario invece procedere secondo disposizioni che coinvolgano tutto il personale docente, curricolare e per le attività di sostegno, così come indicato nella nota ministeriale prot. n. 4798 del 25 luglio 2005, di cui si ribadisce la necessità di concreta e piena attuazione.

Per non disattendere mai gli obiettivi dell'apprendimento e della condivisione, è indispensabile che la programmazione delle attività sia realizzata da tutti i docenti curricolari, i quali, insieme all'insegnante per le attività di sostegno e definiscono gli obiettivi di apprendimento per gli alunni con disabilità in correlazione con quelli previsti per l'intera classe.

Date le finalità della programmazione comune fra docenti curricolari e per le attività di sostegno per la definizione del Piano educativo dell'alunno con disabilità, finalità che vedono nella programmazione comune una garanzia di tutela del diritto allo studio, è opportuno ricordare che la cooperazione e la corresponsabilità del team docenti sono essenziali per le finalità previste dalla legge. A tal riguardo, è compito del Dirigente Scolastico e degli Organi collegiali competenti attivare, nell'ambito della programmazione integrata, le necessarie iniziative per rendere effettiva la cooperazione e la corresponsabilità di cui sopra, attraverso il loro inserimento nel P.O.F.

La documentazione relativa alla programmazione in parola deve essere resa disponibile alle famiglie, al fine di consentire loro la conoscenza del percorso educativo concordato e formativo pianificato.

A questo riguardo è importante sottolineare l'importanza, in particolare nel momento del passaggio fra un grado e l'altro d'istruzione, del fascicolo individuale dell'alunno con disabilità, che dovrà essere previsto a partire dalla Scuola dell'Infanzia e comunque all'inizio del percorso di scolarizzazione, al fine di documentare il percorso formativo compiuto nell'iter scolastico.

Si precisa infine che dal punto di vista concettuale e metodologico è opportuno distinguere fra la programmazione personalizzata che caratterizza il percorso dell'alunno con disabilità nella scuola dell'obbligo e la programmazione differenziata che, nel II ciclo di istruzione, può condurre l'alunno al conseguimento dell'attestato di frequenza.

### 1.3 La flessibilità

La flessibilità organizzativa e didattica prevista dall'autonomia funzionale delle istituzioni scolastiche consente di articolare l'attività di insegnamento secondo le più idonee modalità per il raggiungimento del successo formativo di tutti gli alunni, finalità ultima dell'intero servizio nazionale di istruzione, fermo restando il rispetto dei principi inerenti la normativa di legge. Così, per esempio, l'insegnante per le attività di sostegno non può essere utilizzato per svolgere altro tipo di funzioni se non quelle strettamente connesse al progetto d'integrazione, qualora tale diverso utilizzo riduca anche in minima parte l'efficacia di detto progetto.

Le opportunità offerte dalla flessibilità organizzativa per il raggiungimento del diritto allo studio degli alunni con disabilità sono molteplici.

Relativamente al passaggio dal primo al secondo ciclo di istruzione o nei passaggi intermedi, è opportuno che i Dirigenti Scolastici coinvolti prevedano forme di consultazione obbligatorie fra gli insegnanti della classe frequentata dall'alunno con disabilità e le figure di riferimento per l'integrazione delle scuole coinvolte, al fine di consentire continuità operativa e la migliore applicazione delle esperienze già maturate nella relazione educativo-didattica e nelle prassi di integrazione con l'alunno con disabilità.

I Dirigenti scolastici impegnati nel passaggio in questione possono inoltre avviare progetti sperimentali che, sulla base di accordi fra le istituzioni scolastiche e nel rispetto della normativa vigente anche contrattuale, consentano che il docente del grado scolastico già frequentato partecipi alle fasi di accoglienza e di inserimento nel grado successivo.

Particolare importanza ha in tale ambito la consegna della documentazione riguardante l'alunno con disabilità al personale del ciclo o grado successivo. Tale documentazione dovrà essere completa e sufficientemente articolata per consentire all'istituzione scolastica che prende in carico l'alunno di progettare adeguatamente i propri interventi. Talvolta, semplicemente la carenza documentale può rallentare il raggiungimento del successo formativo richiesto dalle disposizioni legislative.

È inoltre opportuno valutare attentamente se il principio tutelato costituzionalmente del diritto allo studio e interpretato dalla Legge 59/97 come diritto al successo formativo per tutti gli alunni, possa realizzarsi, fermo restando le deroghe previste dalla normativa vigente, attraverso la permanenza nel sistema di istruzione e formazione fino all'età adulta (21 anni) o attraverso rallentamenti eccessivi in determinati gradi scolastici. Il sistema di istruzione, infatti, risponde ai bisogni educativi e formativi dei giovani cittadini, rendendosi alla fine necessario, anche attraverso la piena attuazione di norme che garantiscono il diritto al lavoro delle persone con disabilità, il passaggio della presa in carico ad altri soggetti pubblici.

A questo scopo, per quanto di competenza del sistema nazionale di istruzione è fondamentale l'organizzazione puntuale del passaggio al mondo del lavoro e dell'attuazione del progetto di vita.

### 1.4 Il progetto di vita

Il progetto di vita, parte integrante del P.E.I., riguarda la crescita personale e sociale dell'alunno con disabilità ed ha quale fine principale la realizzazione in prospettiva dell'innalzamento della qualità della vita dell'alunno con disabilità, anche attraverso la predisposizione di percorsi volti sia a sviluppare il senso di autoefficacia e sentimenti di autostima, sia a predisporre il conseguimento delle competenze necessarie a vivere in contesti di esperienza comuni.

Il progetto di vita, anche per il fatto che include un intervento che va oltre il periodo scolastico, aprendo l'orizzonte di "un futuro possibile", deve essere condiviso dalla famiglia e dagli altri soggetti coinvolti nel processo di integrazione.



Risulta inoltre necessario predisporre piani educativi che prefigurino, anche attraverso l'orientamento, le possibili scelte che l'alunno intraprenderà dopo aver concluso il percorso di formazione scolastica. Il momento "in uscita", formalizzato "a monte" al momento dell'iscrizione, dovrà trovare una sua collocazione all'interno del Piano dell'Offerta Formativa, in particolare mediante l'attuazione dell'alternanza scuola lavoro e la partecipazione degli alunni con disabilità nell'ambito del sistema IFTS. Ai fini dell'individuazione di forme efficaci di relazione con i soggetti coinvolti nonché con quelli deputati al servizio per l'impiego e con le associazioni, il Dirigente scolastico predispone adeguate misure organizzative.

#### 1.5 La costituzione delle reti di scuole

Al fine di una più efficace utilizzazione dei fondi per l'integrazione scolastica, di una condivisione di risorse umane e strumentali, nei limiti delle disposizioni normative vigenti anche contrattuali, e per rendere più efficace ed efficiente l'intervento delle istituzioni scolastiche nel processo di crescita e sviluppo degli alunni con disabilità, il Dirigente Scolastico promuove la costituzione di reti di scuole, anche per condividere buone pratiche, promuovere la documentazione, dotare il territorio di un punto di riferimento per i rapporti con le famiglie e con l'extra-scuola nonché per i momenti di aggiornamento degli insegnanti.

### 2. La corresponsabilità educativa e formativa dei docenti

E' ormai convinzione consolidata che non si dà vita ad una scuola inclusiva se al suo interno non si avvera una corresponsabilità educativa diffusa e non si possiede una competenza didattica adeguata ad impostare una fruttuosa relazione educativa anche con alunni con disabilità.

La progettazione degli interventi da adottare riguarda tutti gli insegnanti perché l'intera comunità scolastica è chiamata ad organizzare i curricoli in funzione dei diversi stili o delle diverse attitudini cognitive, a gestire in modo alternativo le attività d'aula, a favorire e potenziare gli apprendimenti e ad adottare i materiali e le strategie didattiche in relazione ai bisogni degli alunni. Non in altro modo sarebbe infatti possibile che gli alunni esercitino il proprio diritto allo studio inteso come successo formativo per tutti, tanto che la predisposizione di interventi didattici non differenziati evidenzia immediatamente una disparità di trattamento nel servizio di istruzione verso coloro che non sono compresi nelle prassi educative e didattiche concretamente realizzate.

Conseguentemente il Collegio dei docenti potrà provvedere ad attuare tutte le azioni volte a promuovere l'inclusione scolastica e sociale degli alunni con disabilità, inserendo nel Piano dell'Offerta Formativa la scelta inclusiva dell'Istituzione scolastica e indicando le prassi didattiche che promuovono effettivamente l'inclusione (gruppi di livello eterogenei, apprendimento cooperativo, ecc.). I Consigli di classe si adopereranno pertanto al coordinamento delle attività didattiche, alla preparazione dei materiali e a quanto può consentire all'alunno con disabilità, sulla base dei suoi bisogni e delle sue necessità, la piena partecipazione allo svolgimento della vita scolastica nella sua classe.

Tutto ciò implica lavorare su tre direzioni:

#### 2.1 Il clima della classe

Gli insegnanti devono assumere comportamenti non discriminatori, essere attenti ai bisogni di ciascuno, accettare le diversità presentate dagli alunni disabili e valorizzarle come arricchimento per l'intera classe, favorire la strutturazione del senso di appartenenza, costruire relazioni socio-affettive positive.

#### 2.2 Le strategie didattiche e gli strumenti

La progettualità didattica orientata all'inclusione comporta l'adozione di strategie e metodologie favorevoli, quali l'apprendimento cooperativo, il lavoro di gruppo e/o a coppie, il tutoring, l'apprendimento per scoperta, la suddivisione del tempo in tempi, l'utilizzo di mediatori didattici, di attrezzature e ausili informatici, di software e sussidi specifici.

Da menzionare la necessità che i docenti predispongano i documenti per lo studio o per i compiti a casa in formato elettronico, affinché essi possano risultare facilmente accessibili agli alunni che utilizzano ausili e computer per svolgere le proprie attività di apprendimento. A questo riguardo risulta utile una diffusa conoscenza delle nuove tecnologie per l'integrazione scolastica, anche in vista delle potenzialità aperte dal libro di testo in formato elettronico. E' importante allora che i docenti curricolari attraverso i numerosi centri dedicati dal Ministero dell'istruzione e dagli Enti Locali a tali tematiche acquisiscano le conoscenze necessarie per supportare le attività dell'alunno con disabilità anche in assenza dell'insegnante di sostegno.

### 2.3 L'apprendimento-insegnamento

*Un sistema inclusivo considera l'alunno protagonista dell'apprendimento qualunque siano le sue capacità, le sue potenzialità e i suoi limiti. Va favorita, pertanto, la costruzione attiva della conoscenza, attivando le personali strategie di approccio al "sapere", rispettando i ritmi e gli stili di apprendimento e "assecondando" i meccanismi di autoregolazione. Si suggerisce il ricorso alla metodologia dell'apprendimento cooperativo.*

### 2.4 La valutazione

*La valutazione in decimi va rapportata al P.E.I., che costituisce il punto di riferimento per le attività educative a favore dell'alunno con disabilità. Si rammenta inoltre che la valutazione in questione dovrà essere sempre considerata come valutazione dei processi e non solo come valutazione della performance.*

*Gli insegnanti assegnati alle attività per il sostegno, assumendo la contitolarità delle sezioni e delle classi in cui operano e partecipando a pieno titolo alle operazioni di valutazione periodiche e finali degli alunni della classe con diritto di voto, disporranno di registri recanti i nomi di tutti gli alunni della classe di cui sono contitolari.*

### 2.5 Il docente assegnato alle attività di sostegno

*L'assegnazione dell'insegnante per le attività di sostegno alla classe, così come previsto dal Testo Unico L. 297/94 rappresenta la "vera" natura del ruolo che egli svolge nel processo di integrazione. Infatti è l'intera comunità scolastica che deve essere coinvolta nel processo in questione e non solo una figura professionale specifica a cui demandare in modo esclusivo il compito dell'integrazione. Il limite maggiore di tale impostazione risiede nel fatto che nelle ore in cui non è presente il docente per le attività di sostegno esiste il concreto rischio che per l'alunno con disabilità non vi sia la necessaria tutela in ordine al diritto allo studio. La logica deve essere invece sistemica, ovvero quella secondo cui il docente in questione è "assegnato alla classe per le attività di sostegno", nel senso che oltre a intervenire sulla base di una preparazione specifica nelle ore in classe collabora con l'insegnante curricolare e con il Consiglio di Classe affinché l'iter formativo dell'alunno possa continuare anche in sua assenza.*

*Questa logica deve informare il lavoro dei gruppi previsti dalle norme e la programmazione integrata.*

*La presenza nella scuola dell'insegnante assegnato alle attività di sostegno si concreta quindi, nei limiti delle disposizioni di legge e degli accordi contrattuali in materia, attraverso la sua funzione di coordinamento della rete delle attività previste per l'effettivo raggiungimento dell'integrazione.*

## 3. Personale ATA e assistenza di base

*In merito alle funzioni e al ruolo nel processo di integrazione rappresentato dall'assistenza di base, si rimanda alla nota del MIUR Prot. n. 339 del 30 novembre 2001, ove si indicavano chiaramente finalità dell'assistenza di base, le competenze delle istituzioni scolastiche e delle ASL. Si ritiene utile ricordare che la responsabilità di predisporre le condizioni affinché tutti gli alunni, durante la loro esperienza di vita scolastica, dispongano di servizi qualitativamente idonei a soddisfare le proprie esigenze, è di ciascuna scuola, la quale, mediante i propri organi di gestione, deve adoperarsi attraverso tutti gli strumenti previsti dalla legge e dalla contrattazione, compresa la formazione specifica degli operatori, per conseguire l'obiettivo della piena integrazione degli alunni disabili.*

*Fermo restando che le mansioni in parola rientrano tra le funzioni aggiuntive per l'attivazione delle quali il Dirigente Scolastico dovrà avviare le procedure previste dalla contrattazione collettiva, si rammenta che il medesimo, nell'ambito degli autonomi poteri di direzione, coordinamento e valorizzazione delle risorse umane, assicurerà in ogni caso il diritto all'assistenza, mediante ogni possibile forma di organizzazione del lavoro (nel rispetto delle relazioni sindacali stabilite dalla contrattazione), utilizzando a tal fine tutti gli strumenti di gestione delle risorse umane previsti dall'ordinamento.*

*Si rammenta infine l'art. 47 del CCNL relativo al comparto Scuola per il quadriennio normativo 2006-2009.*

## 4. La collaborazione con le famiglie

*La partecipazione alle famiglie degli alunni con disabilità al processo di integrazione avviene mediante una serie di adempimenti previsti dalla legge. Infatti ai sensi dell'art 12 comma 5 della L. n. 104/92, la famiglia ha diritto di partecipare alla formulazione del Profilo Dinamico Funzionale e del PEI, nonché alle loro verifiche.*

*Inoltre, una sempre più ampia partecipazione delle famiglie al sistema di istruzione caratterizza gli orientamenti normativi degli ultimi anni, dall'istituzione del Forum Nazionale delle Associazioni dei Genitori della Scuola, previsto dal D.P.R. 567/96, al rilievo posto dalla Legge di riforma n. 53/2003, Art. 1, alla collaborazione fra scuola e famiglia.*

*E' allora necessario che i rapporti fra istituzione scolastica e famiglia avvengano, per quanto possibile, nella logica del supporto alle famiglie medesime in relazione alle attività scolastiche e al processo di sviluppo dell'alunno con disabilità.*

*La famiglia rappresenta infatti un punto di riferimento essenziale per la corretta inclusione scolastica dell'alunno con disabilità, sia in quanto fonte di informazioni preziose sia in quanto luogo in cui avviene la continuità fra educazione formale ed educazione informale.*

*Anche per tali motivi, la documentazione relativa all'alunno con disabilità deve essere sempre disponibile per la famiglia e consegnata dall'istituzione scolastica quando richiesta. Di particolare importanza è l'attività rivolta ad informare la famiglia sul percorso educativo che consente all'alunno con disabilità l'acquisizione dell'attestato di frequenza piuttosto che del diploma di scuola secondaria superiore.*

*Per opportune finalità informative, risulta fondamentale il ricorso al fascicolo personale dell'alunno con disabilità, la cui assenza può incidere negativamente tanto sul diritto di informazione della famiglia quanto sul più generale processo di integrazione.*

*Il Dirigente scolastico dovrà convocare le riunioni in cui sono coinvolti anche i genitori dell'alunno con disabilità, previo opportuno accordo nella definizione dell'orario.*

**\* L. 102/2009 – art. 20 Contrasto alle frodi in materia di invalidita' civile**

*1. A decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidita' civile, cecita' civile, sordita' civile, handicap e disabilita' le Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo. In ogni caso l'accertamento definitivo e' effettuato dall'INPS. Ai fini dell'attuazione del presente articolo l'INPS medesimo si avvale delle proprie risorse umane, finanziarie e strumentali, anche attraverso una razionalizzazione delle stesse, come integrate ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 marzo 2007, concernente il trasferimento delle competenze residue dal Ministero dell'economia e delle finanze all'INPS.*

*2. L'INPS accerta altresì la permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidita' civile, cecita' civile, sordita' civile, handicap e disabilita'. In caso di comprovata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, si applica l'art. 5, comma 5 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698.*

*3. A decorrere dal 1° gennaio 2010 le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidita' civile, cecita' civile, sordita' civile, handicap e disabilita', complete della certificazione medica attestante la natura delle infermita' invalidanti, sono presentate all'INPS, secondo modalita' stabilite dall'ente medesimo. L'Istituto trasmette, in tempo reale e in via telematica, le domande alle Aziende Sanitarie Locali.*

*4. Con accordo quadro tra il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da concludere entro e non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono disciplinate le modalita' attraverso le quali sono affidate all'INPS le attivita' relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidita' civile, cecita' civile, sordita' civile, handicap e disabilita'. Nei sessanta giorni successivi, le regioni stipulano con l'INPS apposita convenzione che regola gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi necessari per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidita' civile*

**-L.122/2010, art. 10, Riduzione della spesa in materia di invalidità , c. 5**

*“La condizione di alunno disabile - come previsto dall'art.3, comma 1, della L. n. 104/92 - ai fini dell'attuazione del diritto allo studio mediante l'integrazione scolastica nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado (artt. 12 e 13 della L. 104/92) viene accertata dalle Aziende Sanitarie mediante accertamenti collegiali in conformità a quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della L.104/92). Il verbale che accerta la sussistenza della situazione di handicap deve: indicare la patologia*

*stabilizzata o progressiva e l'eventuale carattere di gravità, in presenza dei presupposti previsti dall'art. 3, comma 3, della L. n. 104/92 tener conto delle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità'. I componenti del collegio che accerta la sussistenza della condizione di handicap sono responsabili di ogni eventuale danno erariale per il mancato rispetto di quanto previsto dall'articolo 3, commi 1 e 3, della L.n.104/92. I soggetti di cui all'articolo 12, comma 5, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (GLH), in sede di formulazione del piano educativo individualizzato, elaborano proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie, ivi compresa l'indicazione del numero delle ore di sostegno, che devono essere esclusivamente finalizzate all'educazione e all'istruzione, restando a carico degli altri soggetti istituzionali la fornitura delle altre risorse professionali e materiali necessarie per l'integrazione e l'assistenza dell'alunno disabile richieste dal piano educativo individualizzato”*

- **L.n. 111/2011, art. 19 Razionalizzazione della spesa relativa all'organizzazione scolastica c. 11**

*“L'organico dei posti di sostegno è determinato secondo quanto previsto dai commi 413 e 414 dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, fermo restando che è possibile istituire posti in deroga, allorchè si renda necessario per assicurare la piena tutela dell'integrazione scolastica. L'organico di sostegno è assegnato complessivamente alla scuola o a reti di scuole allo scopo costituite, tenendo conto della previsione del numero di tali alunni in ragione della media di un docente ogni due alunni disabili; la scuola provvede ad assicurare la necessaria azione didattica e di integrazione per i singoli alunni disabili, usufruendo tanto dei docenti di sostegno che dei docenti di classe. A tale fine, nell'ambito delle risorse assegnate per la formazione del personale docente, viene data priorità agli interventi di formazione di tutto il personale docente sulle modalità di integrazione degli alunni disabili. Le commissioni mediche di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nei casi di valutazione della diagnosi funzionale costitutiva del diritto all'assegnazione del docente di sostegno all'alunno disabile, sono integrate obbligatoriamente con un rappresentante dell'INPS, che partecipa a titolo gratuito”*

- **DGR Piemonte n. 34-13176 /2010 + Allegati** *“Linee di indirizzo integrate per 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.”*

*A relazione degli Assessori Artesio, Pentenero:*

*La legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" ha previsto agli artt. 12 e 13 il diritto all'educazione ed istruzione per gli alunni con disabilità.*

*Con D.P.R. 24 febbraio 1994 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali in materia di alunni portatori di handicap" sono stati delineati i compiti propri delle Aziende U.S.L. in attuazione degli artt. 12 e 13 della legge 104/92. In particolare era previsto che le Aziende U.S.L. assicurassero l'intervento medico e clinico-psicologico per gli alunni con disabilità da articolarsi attraverso la compilazione di una diagnosi funzionale, di un profilo dinamico-funzionale e di un piano educativo individualizzato, per quanto di competenza (art. 1 del D.P.R. 24 febbraio 1994).*

*Alla luce della suddetta normativa, la Regione Piemonte con circolare n.11/SAP del 10 aprile 1995 ha definito le modalità e le procedure, a carico delle Aziende Sanitarie Locali, utili ad assicurare il diritto all'educazione, all'istruzione ed all'integrazione scolastica delle persone con disabilità garantendo un'uniformità di procedure e di interventi su tutto il territorio regionale ed avviando una collaborazione fra le diverse istituzioni coinvolte a livello locale nel processo di integrazione scolastica, avendo come riferimento attivo la famiglia.*

*L'esperienza maturata dall'applicazione della circolare 11/SAP ha evidenziato sia l'emergere di esigenze educative speciali (EES) che non trovavano la giusta collocazione nella normativa in vigore, sia la necessità di definire un approccio più attento alle molteplici variabili contestuali e relazionali che partecipano al progetto di integrazione in una dimensione dinamica e non statica.*

Alla luce delle precedenti considerazioni, la Regione Piemonte con propria DGR n.1-4197 del 6 novembre 2006 ha formalizzato un gruppo di lavoro interistituzionale per consentire un costante confronto e coordinamento tra i diversi interventi della Regione Piemonte (Assessorati Sanità, Istruzione, Formazione Professionale, Welfare e Lavoro) e dell'Ufficio Scolastico Regionale del Ministero della Pubblica Istruzione.

Contestualmente all'avvio del citato gruppo di lavoro, l'Assessorato alla Sanità ha promosso, con nota n.13642/28.1 dell'8 novembre 2006, la sperimentazione sull'utilizzo della classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) al fine di definire nuove procedure per l'individuazione dell'alunno/a studente/studentessa (d'ora in poi alunno/a) con disabilità o con esigenze educative speciali.

L'ICF è strumento utile a comprendere, studiare e promuovere lo stato di salute delle persone evidenziandone le capacità e le potenzialità e consentendo un approccio non solo sanitario, ma globale. Nella prospettiva dell'ICF riveste particolare rilievo il soggetto con le sue potenzialità complessive e le sue risorse, tenendo ben presente che il contesto personale, naturale, sociale e culturale incide decisamente sulla possibilità che tali risorse hanno di esprimersi. Inoltre l'utilizzo dell'ICF rende più chiara la comunicazione fra i soggetti coinvolti e facilita la definizione di un progetto individualizzato che identifichi gli obiettivi conseguibili e le risorse certe ed attivabili.

La sperimentazione, che ha coinvolto sette ex ASL della Regione, ha trovato un riferimento nel progetto nazionale di sperimentazione ICF coordinato dall'Agenzia Regionale Sanità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute. I risultati positivi della sperimentazione hanno quindi evidenziato la necessità di definire un nuovo atto di indirizzo tra gli Assessorati regionali coinvolti e l'USR del MIUR, che aggiorni le procedure per l'individuazione finalizzata all'integrazione scolastica degli alunni con disabilità o con esigenze educative speciali anche con riferimento alla normativa nel frattempo intervenuta. Con propria D.G.R. n. 70-3506 del 24 luglio 2006 la Regione Piemonte ha stabilito che l'accertamento della situazione di handicap ed eventuale carattere di gravità avvenga con indicazione della patologia stabilizzata o progressiva accertata con classificazione alfanumerica ICD 10 OMS.

In modo particolare la L.R. 28/2007 art. 15, ed il successivo piano triennale di interventi, hanno individuato, fra i beneficiari degli interventi per l'integrazione scolastica, sia gli alunni disabili, sia quelli con esigenze educative speciali, di cui alle D.G.R. 18-10723 del 9 febbraio 2009 e 13-10889 del 2 aprile 2009, richiamando la necessità di realizzare l'integrazione scolastica attraverso una programmazione coordinata dei servizi socio sanitari e delle attività scolastiche in collaborazione con la famiglia.

In questo senso l'avvio di una comune modalità di lettura, di un linguaggio condiviso e quindi di un rinnovato modello culturale ha evidenziato la necessità di avviare uno specifico percorso formativo integrato per gli operatori della scuola, della formazione professionale, del sociale e della sanità. La delibera n. 58-10037 del 10 novembre 2008, approvando un protocollo di intenti tra la Regione Piemonte e l'Ufficio Scolastico Regionale, ha previsto la realizzazione di un percorso formativo multiprofessionale integrato, finalizzato alla diffusione ed al consolidamento del modello bio-psico-sociale che è alla base dell'ICF e che vedrà coinvolti 2500 operatori della scuola,

350 operatori sanitari e 350 operatori sociali, i quali svilupperanno la condivisione di un nuovo percorso di individuazione degli alunni con disabilità ed esigenze educative speciali, attraverso l'uso delle matrici informative finalizzate alla definizione di specifici indicatori di processo e possibilmente di esito. Obiettivo del percorso formativo è stato anche quello di creare un gruppo di "consulenti esperti" ICF avente il compito di collaborare con i vari organi istituzionali alla progettazione, realizzazione e verifica della formazione di altri operatori sanitari, della scuola, dei servizi sociali e della formazione professionale sia nell'ambito del progetto sopra citato che in momenti futuri e che supportano l'introduzione delle presenti linee di indirizzo.

La normativa nazionale intervenuta in materia (D.P.C.M. n. 185/2006, Atto d'Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali in merito alle modalità ed ai criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità del 20 marzo 2008, D.P.R. n. 81 del 20 marzo 2009 art. 5 comma 4) nonché le Linee Guida per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, emanate

dal MIUR in data 4 agosto 2009, consentono di definire un nuovo percorso di integrazione scolastica che ha come elementi chiave sia la necessità di individuare gli alunni con disabilità attraverso un accertamento collegiale, sia la predisposizione di un profilo di funzionamento (d'ora in poi denominato profilo) con relativo progetto multidisciplinare che ricomprende sia la diagnosi funzionale che il profilo dinamico funzionale da parte di un'unità multidisciplinare con la presenza ed il coinvolgimento di tutti gli attori del percorso di integrazione. In tal senso l'utilizzo dello strumento ICF garantisce la costruzione del profilo di funzionamento e una modalità di condivisione della responsabilità del processo di integrazione.

La circolare regionale 11SAP/1995, intervenendo in attuazione della Legge n.104/92 e del D.P.R. 24.2.1994, già aveva anticipato le indicazioni previste dal D.P.C.M. 185/2006 in particolare l'istituzione dell'unità multidisciplinare socio-sanitaria, la redazione della diagnosi funzionale, del profilo dinamico funzionale e del piano educativo individualizzato (PEI), con la predisposizione di apposita modulistica .

Il presente atto di indirizzo riguarda le modalità organizzative ed operative di applicazione degli artt. 12 e 13 della legge 104/92 e della successiva normativa intervenuta in materia sia per la parte che attiene le competenze delle Aziende Sanitarie Regionali, che per la parte relativa alle competenze degli Enti Locali, degli enti gestori delle funzioni socio assistenziali e, per quanto di competenza, della scuola e della formazione professionale, anche in riferimento all'istruzione domiciliare (D.G.R. 7-12495 del 9 novembre 2009 "Approvazione protocollo di intesa"Scuola in ospedale e servizio di istruzione domiciliare").

Le disposizioni contenute nel presente provvedimento dovranno essere adottate a partire dall'anno scolastico 2011/2012 dalle Aziende Sanitarie Regionali che hanno partecipato alla sperimentazione regionale ICF (ASL TO1, ASL TO2, ASL TO3, ASL TO 5, ASL CN1 ASL BI) e dagli Enti dei loro territori, esclusivamente per le situazioni nuove o per quelle che necessitano di una revisione/aggiornamento del profilo. Nel restante territorio regionale nell' anno scolastico 2011/2012 continueranno ad applicarsi le indicazioni contenute nella circolare 11SAP/1995. Dall'anno scolastico 2012/2013 saranno applicate in tutto il territorio regionale le procedure previste dal presente provvedimento per i casi nuovi e per gli aggiornamenti.

Si ritiene pertanto opportuno approvare le nuove indicazioni circa il diritto all'educazione ed istruzione degli alunni con disabilità o con EES così come specificate nell'Allegato 1), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Nelle more dell'individuazione delle linee di indirizzo relative al ruolo ed al funzionamento delle Unità Multidisciplinari di Valutazione Disabilità previste dal PSSR 2007-2010, il presente provvedimento stabilisce che:

- è istituita l' Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità-Minori (d'ora in poi UMVDminori) nell'ambito del Distretto socio-sanitario - che rappresenta il livello di governo territoriale per il monitoraggio dello svolgimento del processo valutativo e del progetto individuale in relazione alla sua sostenibilità;
- l' UMVD-minori esercita le proprie competenze valutative in relazione ai minori con disabilità e con esigenze educative speciali;
- L' UMVD-minori è presieduta congiuntamente dal Direttore di Distretto dell'ASL e da uno dei Direttori degli Enti Gestori delle Funzioni Socio-Assistenziali territorialmente competenti per sede distrettuale (definiti Co-Presidenti della UMVM) o da loro delegati;trattandosi di minori il Direttore del Distretto può delegare un professionista del Dipartimento materno infantile a svolgere la funzione di presidente. Deve essere garantita la presenza del Responsabile della S.C. neuropsichiatria infantile o suo delegato. E' opportuna a titolo consultivo la presenza del referente del caso, il PLS/MMG o di altre figure professionali afferenti all'ambito sanitario e socio-assistenziale competenti in relazione alla casistica trattata;
- l'UMVD-minori con l'integrazione del Medico legale, svolge le funzioni di organo per gli "accertamenti collegiali" per l'individuazione dell'alunno con disabilità ai sensi dell'art. 2 del D.P.C.M. n. 185 del 23.2.2006. Ai fini di tale accertamento saranno individuate, a livello di ASL, tutte le modalità atte ad evitare ai minori la ripetizione di visite o valutazioni.

Considerata la necessità di dare seguito ai necessari accordi con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte del MIUR per la realizzazione su tutto il territorio regionale delle disposizioni contenute nel presente provvedimento, si ritiene opportuno demandare tale funzione all'Assessorato Istruzione e Formazione.



Vista la L. 5 febbraio 1992, n. 104;  
visto il D.P.R. 24 febbraio 1994;  
vista la circolare n.11/SAP del 10 aprile 1995;  
visto il D.P.C.M. n. 185/2006;  
vista la D.G.R. n. 70-3506 del 24 luglio 2006;  
vista la D.G.R. n. 1-4197 del 6 novembre 2006;  
vista la L.R. n.18 del 6 agosto 2007;  
vista la D.C.R. 137-40212 del 24 ottobre 2007;  
vista la L.R. n.28 del 28 dicembre2007;  
visto l'Atto d'Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali del 20 marzo 2008;  
vista la D.G.R. n. 58-10037 del 10 novembre 2008;  
vista la D.G.R. n.18-10723 del 9 febbraio 2009;  
visto il D.P.R. n. 81 del 20 marzo 2009;  
vista la D.G.R. n. 13-10889 del 2 aprile 2009;  
viste le Linee Guida emanate dal MIUR in data 4 agosto 2009;  
vista la D.G.R. 7-12495 del 9 novembre 2009;  
visto il parere positivo espresso dal CORESA in data 21 gennaio 2010;  
la Giunta Regionale unanime,  
delibera

- di approvare l'Allegato 1) relativo alle "Linee di indirizzo integrate per 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" quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare atto che le disposizioni contenute nel presente provvedimento dovranno essere adottate a partire dall'anno scolastico 2011/2012 dalle Aziende Sanitarie Regionali che hanno partecipato alla sperimentazione regionale ICF (ASL TO1, ASL TO2, ASL TO3, ASL TO 5, ASL CN1 ASL BI) e dagli Enti dei loro territori, esclusivamente per le situazioni nuove o per quelle che necessitano di una revisione/aggiornamento del profilo. Nel restante territorio regionale nell'anno scolastico 2011/2012 continueranno ad applicarsi le indicazioni contenute nella circolare 11SAP/1995. Dall'anno scolastico 2012/2013 saranno applicate in tutto il territorio regionale le procedure previste dal presente provvedimento per i casi nuovi e per gli aggiornamenti;
- di stabilire che, nelle more dell'individuazione delle linee di indirizzo relative al ruolo ed al funzionamento delle Unità Multidisciplinari di Valutazione Disabilità previste dal PSSR 2007-2010:

o è istituita l' Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità-Minori nell'ambito del Distretto - che rappresenta il livello di governo territoriale per il monitoraggio dello svolgimento del processo valutativo e del progetto individuale in relazione alla sua sostenibilità;

o l' UMVD-minori esercita le proprie competenze valutative in relazione ai minori con disabilità e con esigenze educative speciali;

o L' UMVD-minori è presieduta congiuntamente dal Direttore di Distretto dell'ASL e da uno dei Direttori degli Enti Gestori delle Funzioni Socio-Assistenziali territorialmente competenti per sede distrettuale (definiti Co-Presidenti della UMVM) o da loro delegati;trattandosi di minori il Direttore del Distretto può delegare un professionista del Dipartimento materno infantile a svolgere la funzione di presidente. Deve essere garantita la presenza del Responsabile della S.C. neuropsichiatria infantile o suo delegato. E' opportuna la presenza, a titolo consultivo, del referente del caso, il PLS/MMG o di altre figure professionali afferenti all'ambito sanitario e socio-assistenziale competenti in relazione alla casistica trattata;

o l'UMVD-minori con l'integrazione del Medico legale, svolge le funzioni di organo per gli "accertamenti collegiali" per l'individuazione dell'alunno con disabilità ai sensi dell'art. 2 del D.P.C.M. n. 185 del 23.2.2006. Ai fini di tale accertamento saranno individuate, a livello di ASL, tutte le modalità atte ad evitare ai minori la ripetizione di visite o valutazioni;

- di dare mandato all'Assessorato Istruzione e Formazione di dare seguito ai necessari accordi

con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte del MIUR per la realizzazione su tutto il territorio regionale delle disposizioni contenute nel presente provvedimento;

- di stabilire che la nuova procedura sarà oggetto di monitoraggio e valutazione da parte del gruppo di lavoro interistituzionale di cui alla D.G.R. n. 1-4197 del 6 novembre 2006, che avrà anche il compito di proporre gli eventuali adeguamenti alla modulistica allegata che saranno adottati con Determinazione Dirigenziale della Direzione Sanità;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa.

- **DGR Piemonte n. 15-6181/29.07.2013 + Allegati** *“Tutela del diritto allo studio degli alunni e studenti con disabilità: indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap. Linee di indirizzo in merito all'accoglienza e presa in carico dell'alunno/studente con disabilità: modifiche e integrazioni alla D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010.*

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Premesso che con la D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010, avente ad oggetto “Linee di indirizzo integrate per 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”, la Giunta Regionale aveva provveduto a definire le modalità, le procedure e la documentazione necessaria a permettere l'accoglienza e la presa in carico degli alunni con disabilità in attuazione della normativa nazionale intervenuta in materia.

In particolare, erano stati definiti la composizione ed i compiti delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità con competenza in età evolutiva (UMVD-Minori) in materia di diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale degli alunni con disabilità o con esigenze educative speciali ed era stata adottata la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).

Successivamente anche la D.G.R. 26-13680 del 29 marzo 2010, avente ad oggetto “Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)” aveva ribadito il ruolo delle UMVD-Minori in materia di diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale degli alunni con disabilità o con esigenze educative speciali. La normativa nazionale intervenuta successivamente rende necessarie alcune modifiche alle DD.G.R. sopra citate rispetto alle procedure previste sia per i disturbi specifici di apprendimento (DSA) sia per gli alunni con disabilità.

Relativamente ai disturbi specifici di apprendimento (DSA) è intervenuta la legge n. 170 dell'8 ottobre 2010 “Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico” e il recente Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2012 “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)”.

La Regione Piemonte con le DD.G.R n. 18-10723 del 9.2.2009 n. 13-10889 del 2.3.2009 aveva già provveduto a collocare i DSA all'interno delle categorie diagnostiche definite Esigenze Educative Speciali (EES) al fine di consentire un più appropriato percorso di integrazione scolastica, mentre con la Determinazione Dirigenziale n. 547 del 21 luglio 2011 aveva fornito indicazioni in merito all'acquisizione delle diagnosi di DSA provenienti da professionisti privati di fiducia della famiglia. Alla luce dell'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2012, è stato costituito un gruppo di lavoro interistituzionale Regione Piemonte (Assessorati Sanità, Istruzione, Formazione Professionale) e Ufficio Scolastico Regionale del Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca con l'obiettivo di predisporre una proposta di provvedimento di recepimento dello stesso che consenta un costante confronto e coordinamento tra i diversi interventi in materia.

Relativamente agli alunni con disabilità sono intervenuti il decreto legge 31 maggio 2010 n.78 (art.10 ), convertito con la legge 122 del 30 luglio 2010, e la legge 111 del 15 luglio 2011 (art. 19 comma 11) che affrontano la materia del diritto allo studio degli studenti disabili, attribuendo la competenza sulla valutazione della condizione utile al riconoscimento del diritto all'insegnante di sostegno, alle commissioni mediche di cui all'art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, integrate

obbligatoriamente con un rappresentante dell'INPS.

In seguito alla suddetta normativa nazionale ed in attesa di ulteriori circolari esplicative, con nota congiunta INPS - Regione Piemonte (Direzione Sanità) del 26 giugno 2012, sono state fornite alle ASL ed ai direttori delle sedi territoriali dell'INPS le prime indicazioni utili a ridefinire il percorso per l'ottenimento del diritto allo studio di cui agli artt.12 e 13 della L.104/92.

Alla luce delle disposizioni normative nazionali intervenute e sopra indicate ed in seguito al monitoraggio della procedura avviata nel 2010 con la DGR 34-13176 del 1 febbraio 2010, occorre procedere ad una revisione della stessa. In particolare occorre modificare:

- la modalità dell'individuazione dell'alunno/studente disabile;
- l'organizzazione del gruppo locale coinvolto nella presa in carico dell'alunno/studente disabile istituendo il Gruppo Disabilità Minori e le Unità Multidisciplinari Integrate.

Con il presente provvedimento viene riproposta la modulistica formulata sulla base delle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ICD10 e ICF, che è stata aggiornata sulla base del principio di semplificazione procedurale. Tale modulistica diventa lo strumento conoscitivo complessivo sul minore al fine dell'integrazione scolastica e di altri eventuali progetti individuabili in suo favore.

La famiglia, salvo i casi eccezionali di specifiche valutazioni del Tribunale per i Minorenni, è titolare di ogni scelta, pertanto:

- dà inizio alle procedure per il diritto all'educazione ed istruzione del proprio/a figlio/a,
- esprime in forma scritta il consenso informato (Allegato C parte integrante e sostanziale del presente provvedimento),
- partecipa alla definizione del profilo e percorso educativo-formativo.

Si ritiene opportuno recepire le indicazioni contenute nell'allegato A) relative all'individuazione dell'alunno come persona con disabilità al fine della programmazione delle ore di sostegno, quale schema di protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e l'INPS (Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento). Tale allegato aggiorna la nota congiunta INPS - Regione Piemonte (Direzione Sanità) del 26 giugno 2012.

Inoltre, presso ogni ASL è istituito, con specifico provvedimento, il Gruppo Disabilità Minori (GDM), cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità. Ogni ASL può valutare di istituire anche più GDM qualora l'ambito territoriale sia troppo esteso. Il GDM è composto dai seguenti profili professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, operatori della riabilitazione (logopedista, terapeuta della riabilitazione), che lavorano secondo il principio dell'integrazione multi-professionale e concorrono alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del profilo di funzionamento ciascuno per quanto di competenza. Il coordinamento del GDM è affidato al Neuropsichiatria infantile cui spetta l'avvio della procedura medico-legale.

Per i minori presi in carico, il GDM territorialmente competente predispone e presenta in sede di Commissione Integrata (legge 104/1992, art. 4) il Profilo descrittivo di funzionamento - Parte 1 (Diagnosi funzionale - aspetti sanitari), allegato al presente provvedimento (Allegato B parte 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento). Il Profilo descrittivo di funzionamento - Parte 1 (Diagnosi funzionale - aspetti sanitari) deve contenere una descrizione quali-quantitativa della patologia che consenta di evidenziare in modo chiaro il livello di compromissione delle funzionalità (ad es. come nel caso del Ritardo mentale). La certificazione diagnostica è firmata dal medico neuropsichiatria infantile e dallo psicologo, per quanto di competenza, inoltre, essendo l'ICF una classificazione che si basa sull'integrazione di competenze multiprofessionali si prevede che il Profilo descrittivo di funzionamento - Parte 1 contenga la firma di tutti gli altri operatori eventualmente coinvolti nell'accertamento diagnostico.

L'alunno/studente riconosciuto come persona con disabilità dalla Commissione integrata (legge 104/1992, art. 4), necessita al fine della sua integrazione scolastica del Profilo descrittivo di funzionamento completo (Allegato B parte 2, che è parte integrante e sostanziale del presente provvedimento). Detto Profilo descrittivo di funzionamento è completato dall'Unità

Multidisciplinare Integrata (UMI), che si avvale dei contributi di ogni altro soggetto coinvolto nella cura o nell'educazione o sostegno del minore, ivi inclusa la famiglia e il soggetto fruitore del diritto ed è formata da : il GDM, i rappresentanti designati dal consiglio di classe o dall'agenzia formativa; l'operatore dei servizi sociali nel caso in cui il minore sia seguito dall'ente gestore delle funzioni socio assistenziali/ente locale; la famiglia.

L'Unità Multidisciplinare Integrata individua, altresì, il referente del caso.

Il Profilo descrittivo di funzionamento completo contiene anche il Progetto Multidisciplinare per l'inclusione scolastico/formativa dell'alunno/studente, concordato all'interno delle Unità Multidisciplinari Integrate.

Il Progetto Multidisciplinare dovrà contenere azioni mirate all'inclusione dell'alunno/studente nei differenti contesti (sanitario, sociale, scolastico, formativo) e concordate in modo sinergico dai rispettivi operatori all'interno dell'Unità Multidisciplinare Integrata.

Nel caso l'alunno/studente sia in carico ai servizi socio-sanitari il progetto multidisciplinare riprende ed integra il progetto individuale definito in sede di UMVD-Minori (Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità – Minori).

Sulla base del Profilo descrittivo di funzionamento gli ambiti territoriali dell'ufficio scolastico regionale (ex uffici scolastici territoriali) provvederanno ad assegnare le ore di sostegno.

Qualora se ne evidenzia la necessità il referente del caso, i docenti e la famiglia potranno redigere congiuntamente eventuali integrazioni o modifiche al Progetto Multidisciplinare. Lo sviluppo e la stesura del Piano Educativo Individualizzato (PEI) e del Progetto Formativo Individualizzato (PFI) sono strettamente connessi a quanto indicato nel Profilo Descrittivo del Funzionamento e nel Progetto Multidisciplinare che vanno, quindi, intesi come guida e riferimento. Il Piano Educativo Individualizzato (PEI) o il Progetto Formativo Individualizzato (PFI) verranno redatti, secondo i tempi definiti dalla scuola e dalle agenzie formative, dai soggetti dell'Unità Multidisciplinare Integrata (compresa la famiglia), con il supporto del referente del caso.

Il riferimento all'ICF, in quanto modello concettuale che concepisce il funzionamento e le competenze delle persone con disabilità in relazione all'ambiente di vita, consente di descrivere e ridefinire l'impatto dei fattori ambientali in termini di facilitatori e/o barriere rispetto alle attività e alla partecipazione dell'alunno con disabilità.

L'Ufficio Scolastico Regionale predisporrà le indicazioni per il Piano Educativo Individualizzato (PEI), mentre, con successivo provvedimento della Direzione Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro, sarà adottato lo schema tipo di Piano Formativo Individualizzato (PFI) utilizzando la classificazione ICF.

Le disposizioni contenute nel presente provvedimento dovranno essere adottate a partire dal 1 settembre 2013 con riferimento agli allievi che dovranno essere certificati per l'assegnazione del docente di sostegno nell'anno scolastico 2014/2015. Tali disposizioni dovranno essere adottate da tutte le Aziende Sanitarie Regionali e dagli Enti dei loro territori, esclusivamente per le situazioni nuove o per quelle che necessitano di una revisione/aggiornamento del profilo. Per l'anno scolastico 2013/14, sono fatte salve le indicazioni già fornite con la nota congiunta INPS - Regione Piemonte di cui all'allegato A)

I tempi per la predisposizione della documentazione di cui al seguente provvedimento utili per l'avvio delle procedure di sostegno scolastico sono i seguenti:

- entro il 5 marzo la famiglia presenta alla scuola il verbale di accertamento provvisorio rilasciato dalla Commissione Integrata (legge 104/1992, art. 4) e, qualora l'alunno/studente sia conosciuto dai servizi di NPI dell'ASL competente, il Profilo descrittivo di funzionamento - Parte 1 (Diagnosi funzionale - aspetti sanitari);
- entro il 15 giugno la famiglia presenterà alla scuola il Profilo descrittivo di funzionamento (Allegato B parte 2).

Resta inteso che, condizioni eccezionali (quali ad es. diagnosi di eventi acuti e improvvisi e trasferimenti di residenza o domicilio) intervenuti successivamente potranno comportare una deroga alle scadenze suddette.

Il Profilo descrittivo di funzionamento (Allegato B parte 2) deve essere rivisto nel passaggio di ciclo scolastico, fatte salve eventuali precedenti revisioni del giudizio medico-legale.

Il Profilo descrittivo di funzionamento - Parte 1 (Diagnosi funzionale - aspetti sanitari) e il Profilo descrittivo di funzionamento allegati al presente provvedimento (Allegato B, parte 1 e Allegato B, parte 2) nonché una proposta di consenso informato (Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento) sono disponibili esclusivamente attraverso il sistema informativo NPI Net. Tale sistema consentirà, altresì, il monitoraggio dei dati epidemiologici.

Visto il Protocollo di Intesa tra il Ministero della salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca "Per la tutela del diritto alla salute e del diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disabilità", sottoscritto in data 12 luglio 2012, che invita ad attuare il coordinamento degli interventi sanitari e scolastici al fine di garantire l'integrazione degli alunni/studenti disabili.

Vista la L. 5 febbraio 1992, n. 104;

visto il D.P.R. 24 febbraio 1994;

vista la circolare n.11/SAP del 10 aprile 1995;

visto il D.P.C.M. n. 185/2006;

vista la D.G.R. n. 70-3506 del 24 luglio 2006;

vista la D.G.R. n.1-4197 del 6 novembre 2006;

vista la L.R. n.18 del 6 agosto 2007;

vista la D.C.R. 137-40212 del 24 ottobre 2007;

vista la L.R. n.28 del 28 dicembre 2007;

visto l'Atto d'Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali del 20 marzo 2008;

vista la D.G.R. n. 58-10037 del 10 novembre 2008;

vista la D.G.R. n.18-10723 del 9 febbraio 2009;

visto il D.P.R. n. 81 del 20 marzo 2009;

vista la D.G.R. n.13-10889 del 2 aprile 2009;

viste le Linee Guida emanate dal MIUR in data 4 agosto 2009;

vista la D.G.R. 7-12495 del 9 novembre 2009;

vista D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010;

vista la D.G.R. 26-13680 del 29 marzo 2010;

vista la legge n. 170 dell'8 ottobre 2010;

vista la legge 122 del 30 luglio 2010;

vista la legge 111 del 15 luglio 2011;

vista la DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012;

visto l'Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2012;

vista la nota congiunta INPS - Regione Piemonte (Direzione Sanità) del 26 giugno 2012;

LA GIUNTA REGIONALE unanime,

*delibera*

- di approvare le indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap e le modifiche e integrazioni alla D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010 ed alla D.G.R. n. 26-1368 del 29 marzo 2010, descritte in premessa;

- di approvare l'Allegato A) relativo allo schema di "Protocollo di Intesa tra la Regione Piemonte e l'INPS" finalizzato ad adeguare il percorso di individuazione dell'alunno/studente con disabilità alle indicazioni nazionali quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di approvare l'Allegato B) parte 1 - Profilo descrittivo di funzionamento (Diagnosi funzionale - aspetti sanitari) - e parte 2 - Profilo descrittivo di funzionamento e progetto multidisciplinare- , parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di approvare l'Allegato C) - Consenso informato;

- di istituire, in ogni ASL il Gruppo Disabilità Minori e le Unità Multidisciplinari Integrate così come descritto in premessa;

- di dare atto che le disposizioni contenute nel presente provvedimento dovranno essere adottate a

partire dal 1 settembre 2013, con riferimento agli allievi che dovranno essere certificati per l'assegnazione del docente di sostegno nell'anno scolastico 2014/2015, da tutte le Aziende Sanitarie Regionali e di stabilire che per l'anno scolastico 2013/14 sono adottate le indicazioni fornite con la nota congiunta INPS - Regione Piemonte di cui all'allegato A)

- di dare mandato alla Direzione Sanità di procedere alla stipula del Protocollo di Intesa con l'INPS;

- di dare atto che con successivo provvedimento della Direzione Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro, sarà adottato lo schema tipo di Piano Formativo Individualizzato (PFI) utilizzando la classificazione ICF;

- di stabilire che la nuova procedura sarà oggetto di monitoraggio e valutazione da parte del gruppo di lavoro interistituzionale di cui alla D.G.R. n.1-4197 del 6 novembre 2006, che avrà anche il compito di proporre gli eventuali adeguamenti alla modulistica allegata che saranno adottati con Determinazione Dirigenziale della Direzione Sanità;

- di confermare quanto disposto dalla D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010 e s.m.i. con riferimento alle altre funzioni attribuite all'unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità-Minori;

- di sostituire l'Allegato 1 della D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010, in tutte le sue parti, con gli allegati di cui al presente provvedimento.

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della l.r.22/2010.

(omissis)

#### **ALLEGATO A) *PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE PIEMONTE E L'INPS PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ALUNNO COME SOGGETTO IN SITUAZIONE DI HANDICAP AL FINE DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE ORE DI SOSTEGNO*** **TRA**

*La Regione Piemonte, (omissis), di seguito denominata Regione, rappresentata dal Dirigente del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali competente in materia nonché Vice Direttore della Direzione Sanità Daniela Nizza, (omissis) e domiciliato ai fini del presente protocollo presso la sede dell'Assessorato regionale alla Tutela della Salute e Sanità, Politiche sociali e Politiche per la Famiglia in Torino – C.so Regina Margherita 153/bis,*

*E*

*L'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, (omissis) di seguito denominato INPS, rappresentato dal Direttore regionale per il Piemonte Gregorio Tito, (omissis),*

**PREMESSO CHE**

□ *Il verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge n. 104/1992 costituisce il presupposto per l'attribuzione all'alunno con disabilità delle misure di sostegno e di integrazione.*

□ *Il D.P.C.M. 185/2006 prevede che i genitori o gli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno, presentino il verbale di accertamento dell'handicap ai sensi della legge 104/1992 e il documento relativo alla diagnosi funzionale all'istituzione scolastica cui l'alunno va iscritto, in tempo utile rispetto all'inizio dell'anno scolastico per consentire la programmazione, da parte del competente Ufficio Scolastico Regionale, delle ore di sostegno.*

□ *Il legislatore ha innovato la materia stabilendo - nell'art. 19 comma 11 della legge n. 111/2011 - che le Commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge n. 104/1992, nei casi di valutazione della diagnosi funzionale costitutiva del diritto all'assegnazione del docente di sostegno all'alunno disabile, siano integrate obbligatoriamente con un rappresentante dell'INPS, che partecipa a titolo gratuito.*

□ *L'intervento normativo rende necessario individuare l'iter procedurale per la redazione del verbale di accertamento dell'handicap, anche ai fini dell'attribuzione delle ore di sostegno, in modo che venga assicurata la partecipazione del medico Inps alla Commissione medica di cui all'art. 4 della legge n. 104/1992.*

□ *Il procedimento volto all'accertamento dell'invalidità civile è distinto da quello riguardante l'accertamento dell'handicap ai sensi della Legge 104/1992 e non è richiesto ai fini dell'integrazione scolastica, fermo restando che i genitori o gli esercenti la potestà parentale o la*



tutela dell'alunno hanno la facoltà di presentare contestualmente domanda di invalidità civile e domanda di legge 104/1992.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1 - (Oggetto del protocollo d'intesa)

*Le premesse e le considerazioni di cui sopra formano parte integrante e sostanziale del presente protocollo che disciplina i rapporti tra Regione Piemonte e INPS per l'attivazione dell'iter di individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap al fine della programmazione delle ore di sostegno.*

Art. 2 - (Presentazione della domanda)

*In presenza di un alunno che potrebbe aver bisogno di un insegnante di sostegno, i Servizi Socio sanitari, le scuole/insegnanti invitano i genitori o gli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno a rivolgersi al Servizio di Neuropsichiatria infantile dell'ASL territorialmente competente.*

*Qualora il neuropsichiatra accerti la sussistenza di condizioni patologiche che necessitano di insegnante di sostegno, invita i genitori o gli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno ad avviare l'iter per il riconoscimento dello stato di handicap (L. 104/92). Ciò comporta una corretta informazione circa le modalità di presentazione della domanda, secondo le seguenti procedure già consolidate:*

*a) compilazione e invio del certificato medico telematico;*

*b) inoltro della domanda tramite Patronato/Associazione di categoria o direttamente tramite pin dispositivo, avendo cura di segnare "si" alla voce "Insegnante di sostegno D.P.C.M. 185/2006" e di inserire il numero di telefono (cellulare/n. fisso) al quale essere contattati.*

Art. 3 - (Attività delle AA.SS.LL. e dell'INPS)

*In base al flusso delle domande in entrata, il responsabile della Medicina Legale dell'ASL concorda con il Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS territorialmente competente e con il Responsabile della Neuropsichiatria Infantile le procedure per l'esame delle pratiche, nonché la data e la sede in cui si svolgeranno le sedute.*

*Il personale amministrativo ASL configura in INVCIV2010 le Commissioni per le domande ex lege n. 104/1992 con richiesta di insegnante di sostegno.*

*In caso di indisponibilità o di assenza di Commissioni costituite ad hoc per le domande in parola, il personale amministrativo ASL preleva periodicamente le domande senza appuntamento tramite la specifica funzione in procedura INVCIV2010 e le assegna in apposite Commissioni concordate da ASL e INPS nel rispetto del dettato normativo.*

*In casi particolari, su parere concorde del Responsabile della Medicina Legale e del Responsabile del CML dell'INPS, la visita potrà essere effettuata agli atti. In tali casi, i genitori o gli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno saranno avvertiti dal personale amministrativo ASL della modalità di svolgimento della visita (agli atti) e della data di ritiro del verbale provvisorio.*

*Il personale amministrativo ASL si raccorda con il personale amministrativo INPS al fine dell'inserimento degli alunni nella seduta concordata, laddove l'ambulatorio sia diverso da quello presso cui la procedura aveva assegnato in automatico la visita. Il personale amministrativo ASL avvisa quindi per le vie brevi i genitori o gli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno del giorno e dell'ora della visita, specificando altresì che la seconda convocazione annulla quella precedentemente assegnata dal sistema.*

Art. 4 - (Diagnosi Funzionale – aspetti sanitari)

*Il Gruppo Disabilità Minori territorialmente competente, con l'apporto di tutti gli operatori coinvolti nell'accertamento diagnostico, predispone e presenta, in sede di Commissione Integrata (legge 104/1992, art. 4), il Profilo descrittivo di funzionamento (Diagnosi funzionale - Aspetti sanitari) relativo agli alunni in esame presi in carico, che è firmato anche dallo psicologo per la parte di competenza.*

Art. 5 - (Commissione)

*La Commissione, integrata con medico INPS, con medico della Neuropsichiatria infantile o psicologo se di competenza, effettua la visita dell'alunno nella seduta concordata, pronunciandosi su legge 104/1992 ed eventuale invalidità civile, riportando il Profilo*

descrittivo di funzionamento (Diagnosi funzionale - Aspetti sanitari) nel campo Diagnosi del verbale 104/92.

Art. 6 - (Consegna del verbale provvisorio)

*Il verbale provvisorio con riconoscimento di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 viene redatto in procedura PABI e consegnato al termine della visita o, successivamente, alla data comunicata a conclusione della stessa.*

*Tenuto conto che l'attribuzione dell'insegnante di sostegno si può conseguire anche con il riconoscimento dell'handicap senza connotazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 1 della legge n. 104/1992, ai fini del rilascio del verbale provvisorio, si procede comunque alla stampa di un verbale "criptato" che riporterà l'annotazione della provvisorietà dello stesso.*

*Il verbale segue poi l'iter ordinario di validazione a cura dell'Inps.*

*Il Profilo descrittivo di funzionamento – (Diagnosi funzionale aspetti sanitari) viene consegnato alle famiglie nei modi consueti.*

*Ciascuna A.S.L., a seconda delle proprie potenzialità organizzative, potrà predisporre le sedute su una o più sedi, ferma restando la comunicazione ai componenti della commissione stessa.*

ALLEGATO B) parte 1

REGIONE PIEMONTE ASL

PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO (DIAGNOSI FUNZIONALE - ASPETTI SANITARI)

Al \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Scuola frequentata \_\_\_\_\_

BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA

CODIFICA ICD 10

\_\_\_\_\_ ICD 10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ICD 10 \_\_\_\_\_

FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

*Descrivete solo le menomazioni e/o degli eventuali punti di forza delle funzioni corporee quando significativi, attraverso una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo del qualificatore. Utilizzate come traccia la "checklist PMT"*

STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

*Descrivete le caratteristiche solo delle menomazioni significative di cui si ha documentata evidenza. Utilizzate una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo dei suoi qualificatori. Utilizzate come traccia la "checklist PMT"*

Firme

ALLEGATO B) parte 2

REGIONE PIEMONTE ASL/UMI

PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA E PROGETTO MULTIDISCIPLINARE

Aggiornato al \_\_\_\_\_

DA ALLEGATO B) PARTE 1 - PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO (DIAGNOSI FUNZIONALE -ASPETTI SANITARI)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Scuola frequentata \_\_\_\_\_

## BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA

---

### CODIFICA ICD 10

ICD 10 \_\_\_\_\_

ICD 10 \_\_\_\_\_

#### FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

*Descrivete solo le menomazioni e/o degli eventuali punti di forza delle funzioni corporee quando significativi, attraverso una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo del qualificatore. Utilizzate come traccia la “checklist PMT”*

#### STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

*Descrivete le caratteristiche solo delle menomazioni significative di cui si ha documentata evidenza. Utilizzate una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo dei suoi qualificatori. Utilizzate come traccia la “checklist PMT”*

### Parte 2: profilo descrittivo di funzionamento (a cura dell'UMI)

#### A CURA DELL'UNITA' MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA

#### ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE (ICF)

*Descrivete solo l'entità delle limitazioni e gli eventuali punti di forza delle attività e della partecipazione che appaiono significative per la persona.*

*La descrizione deve essere fatta in forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo dei suoi qualificatori in termini di Performance (ciò che la persona fa nel suo ambiente - facilitatori e barriere compresi –), Performance 1 (ciò che la persona fa con facilitatori e barriere strumentali, senza l'influenza delle persone) e Capacità (ciò che la persona sarebbe in grado di fare da sola, senza facilitatori né barriere di alcun tipo).*

*In caso di differenze tra Performance, Performance 1, e Capacità descrivete i Fattori Ambientali che ne sono responsabili e la loro modalità di interazione con la persona.*

*Utilizzate come traccia la “checklistPMT” e l'allegato “breve elenco dei fattori ambientali”*

#### d1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE

#### d2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI

#### d3. COMUNICAZIONE

#### d4. MOBILITA'

#### d5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA

#### d6. VITA DOMESTICA

#### d7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI

#### d8. AREE DI VITA PRINCIPALI

#### d9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'

#### FATTORI CONTESTUALI PERSONALI

*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 sul funzionamento (es. stili di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, ecc) non descrivibili nelle dimensioni precedentemente prese in esame.*

#### A cura dell'interessato e/o della famiglia

#### Punto di vista della persona

#### *Mi presento*

1. I miei punti di forza ( cosa so fare, cosa mi piace fare, gli aspetti positivi del mio carattere, cosa devi conoscere di me, modi con i quali posso comunicare con te, ecc)

2. Cose che trovo difficili (cosa proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo aiuto, ecc)

3. Ciò che è più importante fare per aiutarmi e come

Punto di vista di chi rappresenta la persona

1. I suoi punti di forza ( cosa sa fare, cosa gli piace fare, gli aspetti positivi del suo carattere, ecc)

2. Cose che trova difficili (cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve aiuto, gli aspetti problematici del suo carattere, ecc)

3. Ciò che è più importante fare per aiutarlo e come

ELEMENTI PER LA DEFINIZIONE DEL PROGETTO MULTIDISCIPLINARE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICO-FORMATIVA.

A) LE COSE PIÙ IMPORTANTI DA PROGRAMMARE

B) AZIONI SOCIALI ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA (riportare AD ESEMPIO le azioni attivate).

C) AZIONI SANITARIE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA (riportare AD ESEMPIO i trattamenti o le azioni attivate)

D) AZIONI SCOLASTICHE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA (riportare AD ESEMPIO le azioni attivate)

L'ALUNNO NECESSITA

Assistenza sanitaria a scuola  Sì  No

Specificare

Utilizzo di prodotti, adattamenti ambientali e tecnologie  Sì  No

Specificare

Assistenza di base (CCNL Comparto Scuola)  Sì  No

Specificare

Assistenza Specialistica (nota 30/XI/2001 prot. 3390)  Sì  No

Specificare

REFERENTI/RESPONSABILI PER I VARI INTERVENTI

---

IDONEITA' ALLA FREQUENZA DELLE STRUTTURE FORMATIVE IN CUI SIANO PREVISTE ATTIVITA' DI LABORATORI(Istituti Tecnici Professionali ed Artistici e Formazione Professionale)

(richiesta in relazione all'incolumità dell'alunno/a -CM 400 del 31/12/91):

IDONEO NON IDONEO

Firme

Questo documento è sottoposto al segreto professionale (art. 622 C. P.)

ALLEGATO C)

REGIONE PIEMONTE bASL

Il sottoscritto.....padre (o tutore) di.....

Nato a.....il.....

La sottoscritta.....madre (o tutrice) di.....

Nata a.....il.....

DICHIARANO

DI ESSERE STATI INFORMATI circa le procedure per l'individuazione del proprio figlio/a (o della persona su cui si esercita la funzione di tutore) come alunno/a con:

Disabilità

DI DARE IL CONSENSO (oltre a quanto già dichiarato in sede di primo accesso al Servizio sanitario):

All' utilizzo dei dati sanitari emersi in fase di accertamento, nei momenti di redazione del Profilo di funzionamento e del progetto multidisciplinare alla presenza di operatori di altri Servizi o Enti

Al coinvolgimento del figlio/a (o della persona su cui si esercita la funzione di tutore), nelle modalità da concordare, nella compilazione del Profilo di Funzionamento e del Progetto Multidisciplinare

Alla registrazione del Profilo di Funzionamento

- Circ. UST Torino n. 31/21.02.2014 Prot. n. 2555/A.36.b

Oggetto: *Indicazioni operative per la presentazione all'UST delle nuove certificazioni sanitarie degli alunni disabili*

La Delibera della Giunta Regionale Piemonte (D.G.R.) n. 15-6181 del 29 Luglio 2013 "*Tutela del diritto allo studio degli alunni e studenti con disabilità: indicazioni per l'individuazione dell'alunno studente come soggetto in situazione di handicap. Linee di indirizzo in merito all'accoglienza e presa in carico dell'alunno/studente con disabilità: modifiche e integrazioni alla D.G.R 34 – 13176 del 1 Febbraio 2010*", il cui testo, allegato alla presente nota, necessita di un'attenta lettura da parte dei D.S. e dei Docenti Referenti per l'inclusione scolastica, introduce alcune modifiche/integrazioni in merito alle nuove certificazioni sanitarie per allievi e allieve disabili.

Esse riguardano:

- le modalità dell'individuazione dell'alunno/studente con disabilità;
- l'organizzazione dei gruppi locali coinvolti nella presa in carico dell'alunno/studente disabile con l'istituzione presso l'ASL del Gruppo Disabilità Minori (GDM) e delle Unità Multidisciplinari Integrate (UMI);

Il provvedimento conferma l'adozione delle classificazioni internazionali proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ICD10 e ICF, che costituiscono lo strumento conoscitivo fondamentale per dare avvio alle procedure di inclusione scolastica. La DGR n. 15/2013 riconosce alla famiglia, ad eccezione di situazioni particolari valutabili dal Tribunale dei Minori, la titolarità di ogni scelta che si esplicita nel:

- dare inizio alle procedure per il diritto all'educazione ed istruzione del proprio/figlio/a;
- esprimere in forma scritta il consenso informato (Allegato C DGR n. 15);
- partecipare alla definizione del profilo descrittivo di funzionamento e del percorso educativo-formativo.

Pertanto, la DGR 15/2013 prevede che ASL, famiglia, e scuola agiscano secondo le seguenti modalità:

1. Su segnalazione del medico di base o del pediatra o della scuola, la famiglia si rivolge al Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'ASL territorialmente competente, per richiedere l'attivazione del percorso diagnostico e compila il modulo del consenso informato (allegato C); qualora il NPI rilevi la presenza di condizioni patologiche che necessitano del supporto a scuola dell'insegnante di sostegno invita la famiglia ad attivare il percorso per il riconoscimento dello stato di handicap (L. 104/92), secondo le procedure indicate dall'art.2 della DGR 15.
2. Il responsabile della Medicina Legale dell'ASL concorda con il responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS territorialmente competente e con il Responsabile della Neuropsichiatria Infantile le procedure per l'esame delle pratiche, la data e la sede in cui si svolgeranno le sedute finalizzate alla redazione del verbale di accertamento provvisorio e del Profilo Descrittivo di Funzionamento – Parte 1.
3. Il Gruppo Disabilità Minori (GDM), presente in ogni ASL, avvia la procedura medico-legale. Il GDM, composto dal Neuropsichiatra infantile, dallo Psicologo, dagli Operatori della riabilitazione e coordinato dalla NPI predispone e presenta in sede di Commissione integrata (Legge 104/1992, art.4) il Profilo Descrittivo di Funzionamento di ogni alunno preso in carico (Diagnosi funzionale – aspetti sanitari. All. B parte 1) che è anche firmato, per la parte di competenza, da tutti i membri della Commissione.

4. La Commissione, integrata con il medico dell' INPS, effettua la visita dell'alunno nella seduta concordata pronunciandosi sulla Legge 104/1992 ed eventuale invalidità civile.
5. Al fine di avviare il processo di inclusione scolastica con l'assegnazione delle ore di sostegno da parte dell' Ambito Territoriale dell'Ufficio Scolastico, l'alunno riconosciuto dalla Commissione Integrata come persona disabile necessita del Profilo Descrittivo di Funzionamento completo ( Allegato B parte 2.), che viene redatto dall 'Unità Multidisciplinare Integrata ( UMI), formata dal GDM, dai docenti indicati dal Consiglio di classe, dall'operatore dei servizi sociali, se coinvolto, e dalla famiglia.

Si ricorda che il Profilo Descrittivo di Funzionamento è completo quando è stata redatta la parte 2 dell'All.B ed il Progetto Multidisciplinare da parte delle diverse figure professionali componenti l'UMI, che, in modo sinergico, concordano azioni mirate all'inclusione dello studente nei diversi contesti di vita.

6) In base a quanto previsto dal D.P.C.M. 185/2006 i genitori o gli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno presenteranno alla scuola prescelta, secondo il calendario sotto riportato, la seguente documentazione necessaria all'avvio delle procedure per la richiesta delle ore di sostegno scolastico:

- a) entro il 5 marzo la famiglia deve consegnare alla scuola il verbale di accertamento provvisorio rilasciato dalla Commissione integrata ( Legge 104/1992, art. 4) e, se l'alunno è già seguito dai servizi di NPI dell'ASL competente, il Profilo Descrittivo di Funzionamento – Parte 1 ( Diagnosi funzionale –aspetti sanitari);

A tale proposito, per le nuove certificazioni, ai fini della definizione dell'organico di diritto di sostegno, l' Ufficio Inclusione, potrà prendere in considerazione esclusivamente gli allievi in possesso del verbale di accertamento e del Profilo Descrittivo di Funzionamento di cui all'allegato B parte 1 della DGR 15/2013 – (diagnosi funzionale- aspetti sanitari) . Tale documentazione dovrà essere inviata in forma cartacea dalla scuola all'Uff. Inclusione presso l'UST di Torino, via Coazze 18, entro e non oltre il 21 marzo.

Si sottolinea che, qualora la documentazione a disposizione della scuola fosse già completa di tutte le sue parti ( Verbale di Accertamento dell'Handicap e Profilo Descrittivo di Funzionamento parte 1 e 2), l'invio cartaceo, entro il 21 marzo, sarà unico.

- b) entro il 15 giugno la famiglia deve presentare alla scuola il Profilo Descrittivo di Funzionamento All B – parte 2 della DGR 15 (profilo descrittivo della persona e progetto multidisciplinare).

Sarà quindi compito della scuola inviare a questo Ufficio, in forma cartacea, entro il 30 giugno la seconda parte della documentazione del Profilo Descrittivo di Funzionamento.

7) Il PEI (Piano Educativo Individualizzato – allegato E - DGR 34/2010) deve essere orientato a costruire un "*progetto di vita*" riguardante la crescita personale e sociale dell'alunno disabile, prevedendo attività educativo-didattiche scolastiche ed extrascolastiche. Esso deve essere stilato all'inizio e verificato al termine di ogni anno scolastico dall'equipe composta dagli insegnanti del Consiglio di Classe in cui l'alunno è integrato, dagli operatori socio-sanitari che seguono il minore, dalla famiglia e da eventuali altri operatori, che partecipano al progetto scolastico d'inclusione.

Si precisa che il percorso sopra esposto riguarda tutte le certificazioni rilasciate dalle ASL in adempimento alla DGR 15/2013 a partire dal 1 Settembre 2013.

