

ISTITUTO COMPRENSIVO DI MARCELLINA

VIA MANZONI, 3 - 00010 MARCELLINA TEL. 0774 424464 - FAX 0774 429868 - DISTRETTO 33
 CODICE MECCANOGRAFICO RMIC8AS009 - CODICE FISCALE 86000200583 - CODICE UNIVOCO UF8Y3G
 RMIC8AS009@PEC.ISTRUZIONE.IT - RMIC8AS009@ISTRUZIONE.IT - WWW.ICMARCELLINA.EDU.IT

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

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

Anno Scolastico _____

ALUNNO/A _____

codice sostitutivo personale _____

Classe _____ Plesso o sede _____

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

Data scadenza o rivedibilità: _____ Non indicata

PROFILO DI FUNZIONAMENTO redatto in data _____

Nella fase transitoria:

 PROFILO DI FUNZIONAMENTO NON DISPONIBILE

DIAGNOSI FUNZIONALE REDATTA IN DATA _____

PROFILO DINAMICO FUNZIONALE IN VIGORE APPROVATO IN DATA _____

PROGETTO INDIVIDUALE redatto in data _____ non redatto

PEI PROVVISORIO	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. _____
APPROVAZIONE DEL PEI E PRIMA SOTTOSCRIZIONE	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. 1
VERIFICA INTERMEDIA	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. _____
VERIFICA FINALE	DATA _____ VERBALE ALLEGATO N. _____

Firma del Dirigente Scolastico¹:.....⁽¹⁾ o suo delegato

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

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

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

1. Quadro informativo

1.1 Dati relativi alla persona

Cognome e Nome:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo e data di nascita:		
Residente a (indirizzo completo):		
Cittadinanza:	Validità permesso di soggiorno (facoltativo)	
Telefono:	E-mail:	
Diagnosi:		<input type="checkbox"/> gravità ¹
Codici ICD 10:	Data certificazione invalidità L.104/92:	

1.2 Nucleo familiare

Relazione di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Professione	Telefono	Non convivente
Padre					<input type="checkbox"/>
Madre					<input type="checkbox"/>
Fratello/ sorella					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Altre informazioni utili sulla famiglia e sul contesto sociale in cui vive (vicinato, associazioni, etc.)

¹ Clicca due volte sulla casella per selezionarla in caso di situazione di gravità (L. 104/92, art.3, c.3). Tutte le caselle presenti nel modulo possono essere selezionate allo stesso modo.

...

1.3 Descrizione dell'alunno/a

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

...

Altri elementi significativi che caratterizzano la sua personalità e la sua storia:

A cura degli insegnanti

...

Problematiche di salute e/o comportamentali di cui tener conto (es. crisi epilettiche, problemi particolari, allergie, ...) e modalità di gestione di eventuali emergenze:	
Assunzione di farmaci: <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare tipo e frequenza:
Assunzione di farmaci a scuola: <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI specificare tipo e frequenza e chi ne è responsabile:
Intolleranze alimentari e diete particolari:	
Utilizzo di ausili tecnici per la comunicazione o la mobilità:	

Interventi e attività extrascolastiche attive scolastico

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

Curriculum scolastico

Anno scolastico	Istituto	Scuola/Plesso	Classe	Ore sostegno	Ore altro operatore

Eventuali non ammissioni alla classe successiva (specificare):					

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

Tabella orario settimanale*

ora	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
Indicare quando presente: IS=Ins. Sostegno; IS2= secondo Ins. Sostegno; OSS=Assistente/educatore personale; IP=docente di potenziamento; ASC=Assistente alla comunicazione; L=lettore; CP=Compresenza						

* E' possibile che l'orario subisca variazioni in base a necessità didattiche e/o organizzative che emergono durante l'anno.

Uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione	Interventi previsti per consentire all'alunno/a di partecipare alle uscite didattiche, visite guidate e viaggi di istruzione organizzati per la classe ...
Attività o progetti per l'inclusione rivolti alla classe	
Modalità in cui l'alunno/a raggiunge la scuola	(trasporto pubblico, accompagnatore abituale/occasionale)

Risorse disponibili per l'anno scolastico corrente²

Supporto educativo/assistenziale a scuola:			
Cognome e Nome	ruolo	ore settimanali	assegnato da
	insegnante per il sostegno		UAT di
	operatore/educatore personale		
	assistente alla comunicazione/lettore		
	altro (specificare)		

² Nel modello ministeriale gli *Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza* si collocano dopo la verifica finale

	collaboratore scolastico	per i bisogni	
Altre risorse professionali presenti nella scuola/classe	<input type="checkbox"/> docenti del team o della scuola in possesso del titolo di specializzazione per le attività di sostegno <input type="checkbox"/> docenti dell'organico dell'autonomia coinvolti/e in progetti di inclusione o in specifiche attività rivolte all'alunno/a e/o alla classe <input type="checkbox"/> altro ...		
Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc.	Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo		

Professionisti extra scolastici di riferimento:				
Cognome e Nome	ruolo/ente di appartenenza	telefono/e-mail	intervento	
			a casa	presso
	Pediatra/medico di base		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ambulatorio
	<i>Es.: NPI, Psicologo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Es. Assistente sociale</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riferimenti dell'ente/cooperativa da cui dipendono eventuali operatori extrascolastici che intrattengono un rapporto privato con la famiglia ³ :				

2. Elementi generali desunti dal Profilo di Funzionamento o dalla Diagnosi Funzionale, se non disponibile

Scrivere una sintetica descrizione del quadro clinico e funzionale

.....

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

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

.....

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

.....

4. Osservazioni sistematiche sull'alunno/a per progettare gli interventi di sostegno educativo

Analisi dei punti di forza e di debolezza (con l'ausilio del questionario ICF-Scuola)

a. Dimensione della relazione, dell'interazione e della socializzazione (rif. ICF: D7, D9):

.....

b. Dimensione della comunicazione e del linguaggio (D3):

³ Nominativo del Responsabile, recapiti, modalità di contatti, modalità di richiesta di eventuale partecipazione dell'operatore a uscite esterne, laboratori, ecc.): queste informazioni è bene che siano allegate al P.E.I., anche in funzione del passaggio della documentazione tra i diversi gradi di istruzione o tra diverse scuole e personale scolastico.

.....
c. Dimensione dell'autonomia e dell'orientamento (D4, D5, D6):

.....
d. Dimensione cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento (D1, D2, D8):

.....

5. Interventi per l'alunno/a: obiettivi educativi, strumenti, strategie e modalità

In relazione all'osservazione sistematica dell'alunno/a, tenendo conto di quanto emerge dal Profilo di Funzionamento/Diagnosi Funzionale, si individuino gli obiettivi di natura educativa su cui è necessario intervenire

Obiettivo n. ...				
Riguarda la dimensione: <input type="checkbox"/> Relazione/interazione/socializzazione <input type="checkbox"/> Comunicazione/linguaggio <input type="checkbox"/> Autonomia/orientamento <input type="checkbox"/> Cognitiva, neuropsicologica e dell'apprendimento				
Descrizione:			da raggiungere entro:	
Comportamenti attesi alla scadenza (esiti)			dati attesi	
Item ICF (Attività & Partecipazione, eventualmente Funzioni) implicati nell'obiettivo (possono essere considerati come sotto-obiettivi)	Codici ICF	Valori iniziali profilo di funzionamento		
		PERF	CAP	FUNZ ⁴
1.				
2.				
3.				
Interventi, strategie e strumenti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi ⁵				
1.				
2.				
3.				
Risorse necessarie (Fattori ambientali)				cod. ICF ⁶
Punti di forza, interessi dell'alunno (fattori personali rilevanti per l'obiettivo)				

Gli esiti saranno verificati attraverso gli indicatori di comportamento definiti e l'osservazione dei livelli di performance e capacità degli item richiamati nell'obiettivo. Le verifiche di monitoraggio e conclusiva saranno riportate negli specifici verbali.

⁴ può essere omissso se non attinente. Il miglioramento delle funzioni, propriamente obiettivo della riabilitazione, potrebbe essere perseguito parallelamente al lavoro scolastico attraverso terapia farmacologica e trattamenti specialistici.

⁵ specificare le diverse azioni da realizzare a scuola, a casa, da parte di eventuali specialisti.

⁶ Può essere omissso.

6. Osservazioni sul contesto: barriere e facilitatori

Analisi dell'ambiente di apprendimento (con l'ausilio del questionario ICF-Scuola)

	barriere	facilitatori	note e specificazioni
E1. Prodotti e tecnologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E2. Ambiente naturale, artificiale, culturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e310. Famiglia ristretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e315. Famiglia allargata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e320. Amici e compagni di scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e325. Conoscenti e vicinato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e330. Insegnanti (autorità)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e340. Educatori, operatori sociali e di assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e355. Terapisti ed altri operatori sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E4. Atteggiamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E5. Sistemi, servizi e politiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fattori personali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Interventi conseguenti all'analisi del riquadro 6, che possono riguardare l'introduzione di nuovi facilitatori, il potenziamento di quelli esistenti e la rimozione delle barriere individuate, sia per l'intera classe (progettazione universale) o in modo personalizzato per l'alunno

.....

8. Interventi sul percorso curricolare (programmazione didattica)

Progettazione disciplinare

L'alunno/a segue un percorso didattico di tipo:

- A. ordinario
 B. personalizzato

Nello specifico:

A – Segue la progettazione didattica della classe e si applicano gli stessi criteri di valutazione	Discipline:
B – Rispetto alla progettazione didattica della classe sono applicate personalizzazioni in relazione agli obiettivi specifici di apprendimento e ai criteri di valutazione	Discipline/Aree disciplinari:

Declinare per ogni disciplina che ha una programmazione personalizzata

DISCIPLINA/AREA DISCIPLINARE⁷:		
Riferimenti alla programmazione della classe (obiettivi e/o traguardi e/o competenze):		
conoscenze e abilità già acquisite	conoscenze e abilità da raggiungere (obiettivi apprendimento)	entro il
Attività e strategie didattiche		
Strumenti compensativi, misure dispensative, mediatori didattici		
Modalità di verifica degli apprendimenti		
<input type="checkbox"/> Sincrone rispetto la classe	<input type="checkbox"/> Asincrone rispetto la classe	<input type="checkbox"/> Con tempi più lunghi
<input type="checkbox"/> Verifiche ridotte	<input type="checkbox"/> Verifiche orali VS scritte	<input type="checkbox"/> Verifiche assistite
<input type="checkbox"/> Verifiche strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche semi strutturate	<input type="checkbox"/> Verifiche non strutturate
<input type="checkbox"/> Osservazioni descrittive	<input type="checkbox"/> Osservazioni sistematiche	<input type="checkbox"/> Prova graduata
<input type="checkbox"/> Compito collaborativo	<input type="checkbox"/> Portfolio	<input type="checkbox"/> Risoluzione di situazioni problema (prove di realtà)
<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>)		

Criteria di valutazione del comportamento ed eventuali obiettivi specifici

A - Il comportamento è valutato in base agli stessi criteri adottati per la classe

B - Il comportamento è valutato in base ai seguenti criteri personalizzati e al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

Modalità di svolgimento della prova tipo INVALSI

L'alunno/a svolgerà la prova sulla fattispecie di quella nazionale Invalsi secondo le seguenti modalità:

	Svolge la prova	Tipo di prova	Se differenziata, la prova è:	Sintetizza-tore vocale	Tempi aggiuntivi
ITALIANO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> differenziata	<input type="checkbox"/> su carta <input type="checkbox"/> CBT <input type="checkbox"/> CBT con supp. cartaceo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
MATEMATICA	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> differenziata	<input type="checkbox"/> su carta <input type="checkbox"/> CBT <input type="checkbox"/> CBT con supp. cartaceo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

⁷ Da compilare per tutte le discipline con programmazione di tipo B

INGLESE (lettura)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> differenziata	<input type="checkbox"/> su carta <input type="checkbox"/> CBT <input type="checkbox"/> CBT con supp. cartaceo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
INGLESE (ascolto)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> differenziata		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

La sezione 9, prevista dal modello ministeriale, è stata anticipata all'inizio.

Approvazione del PEI

Il presente Piano Educativo Individualizzato è stato concordato e viene sottoscritto dal Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione - Art. 15, commi 10 e 11 della L. 104/1992 (come modificato dal D.Lgs 96/2019).

Insegnanti (cognome e nome)	firma
sostegno	
Il padre:	
La madre:	
<p>Nel caso uno dei due genitori non sia presente:</p> <p><i>Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver dato il proprio assenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.</i></p> <p style="text-align: center;">Firma</p>	
Rappresentante ASL:	
Professionista:	
Il Dirigente scolastico (o suo delegato)	

Verifica intermedia

Sono da verificare in particolare gli aspetti su cui si fonda la parte progettuale del PEI. In particolare:

- a) Variazione delle condizioni di salute/nuova Diagnosi Funzionale (sezione 2)
- b) Revisione delle osservazioni sulle dimensioni (sezione 4)
- c) Revisione degli interventi educativi sulle dimensioni (sezione 5)
- d) Revisione delle osservazioni sul contesto (sezione 6)
- e) Revisione degli interventi sul contesto (sezione 7)
- f) Ridefinizione della programmazione didattica (sezione 8)

In caso di modifica del PEI sottoscritto è necessario formalizzare le modifiche mediante un verbale che sarà allegato al PEI.

10. CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE

con eventuali note esplicative (D.M. 742/2017) [solo per alunni/e in uscita dalle classi quinte]

Per la valutazione dei livelli di competenza, si veda il grafico prodotto attraverso il questionario ICF-Scuola

Competenze chiave europee	Competenze dal Profilo dello studente
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

11. Verifica finale

Verifica finale del PEI

Si propone una traccia di relazione per la valutazione globale dei risultati raggiunti (con riferimento agli elementi di verifica delle varie Sezioni del PEI)

- a) Verifica conclusiva degli esiti degli interventi sugli obiettivi educativi (sezione 5)
- b) Verifica conclusiva degli esiti degli interventi sul contesto/ambiente di apprendimento (sezione 7) con verifica dei risultati conseguiti e valutazione sull'efficacia di interventi, strategie e strumenti

Per la verifica degli esiti si considerino anche gli indicatori complessivi ICF-Scuola (livello complessivo di funzionamento, Indice di sostegno sociale, Indice di inclusione) raffrontati alla situazione iniziale.

La verifica finale, è stata approvata dal GLO in data _____ come risulta da verbale n. ____ allegato.

Insegnanti (cognome e nome)	firma
sostegno	
Il padre:	
La madre:	
Nel caso uno dei due genitori non sia presente: <i>Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver dato il proprio assenso in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.</i>	
Firma	
Rappresentante ASL:	
Professionista:	
Il Dirigente scolastico (o suo delegato)	