P. E. I.

Piano Educativo Individualizzato

**Anno Scolastico 2021 / 2022**

**Istituto ( sede associata di………….)**

**Dirigente Scolastico** Prof.ssa Maria Grazia De Francisci

**Docenti del Consiglio di Classe Discipline**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Docente delle attività di sostegno |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Operatori A.S.P. n.3 CT- U.O.** NPIA

Dirigente : dott.ssa Marianna Ragusa

Pedagogista : dott. Ezio Pernice

**Terapisti della riabilitazione** ……………………………………………………………

…………………………………………………………….

**Assistente igienico-personale**  …..………………………….

**Assistente alle autonomie e comunicazione ………………………...**

**Altri operatori** …………………………………………………………………………………….

**Genitori** …..………………………….

…..………………………….

**Città …**………………

ALUNNO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Data di Nascita |
|  |  |  |
| Luogo di Nascita | Residenza / Domicilio | Telefono |
|  |  |  |
| A.S.P. di riferimento | Diagnosi funzionale sintetica e curriculum sanitario | Interventi effettuati in aggiunta a quelli indicati nella d.f. |
| ASP 3 di Catania UONPI Distretto di Caltagirone (CT) Dirigente: Dott.ssa M. Ragusa | art. 3 co. \_\_ L. 104/1992 |  |

**DOCUMENTAZIONE CONOSCITIVA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Documento | Si/No | Data rilascio | Scadenza/rivedibilità |
| Diagnosi funzionale |  |  |  |
| Verbale di individuazione dell’handicap |  |  |  |
| Profilo dinamico funzionale |  |  |  |
| Valutazione finale PEI |  |  |  |

**BISOGNI DELL’ALUNNO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| S/N | INTERVENTI TERAPEUTICI INDICATI NELLA D.F. | (specificare nella voce se l’intervento è in ambito scolastico o extrascolastico, con figure private o pubbliche) |
|  | Sostegno didattico per l’a.s. ……. … | Numero ore …….. |
|  | Operatore al servizio di assistenza igienico-personale, in ambito scolastico | ovvero con rapporto assistente (1/1) (1/2) (1/3) (1/4) |
|  | Assistente all’autonomia e alla comunicazione | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Educatore professionale | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Assistente educativo | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Traduttore LIS | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Operatore specializzato minorati della vista | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Personale paramedico e psico-sociale | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Richiesta trasporto | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Altre figure ……………………., | per n………….ore giornaliere/settimanali |

# Relazione iniziale - Quadro informativo

* Situazione familiare / descrizione dello Studente o della Studentessa (Elementi desunti dalla descrizione di sé dello Studente o della Studentessa, attraverso interviste o colloqui con la stessa e la famiglia)
* Elementi desunti dall’osservazione del contesto classe (eventuali barriere o elementi di facilitazione)
* Situazione di partenza degli aspetti educativo didattici

**OBIETTIVI EDUCATIVI**

Fase di programmazione

|  |
| --- |
|  |

**OBIETTIVI DIDATTICI GENERALI**

Fase di programmazione

|  |
| --- |
|  |

**OBIETTIVI AFFETTIVO-RELAZIONALI E DELL’AUTONOMIA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Obiettivi Formativi | 2.Modifiche degli obiettivi (in itinere) |
|  |  | |
| 3.Contenuti | 4.Attività | |
|  |  | |

**Interventi sul percorso curricolare – DISCIPLINA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **8.1 Progettazione disciplinare - DOCENTE :** | |
| **Disciplina:** | ⬜ A – Segue la progettazione didattica della classe e si applicano gli stessi criteri di valutazione  ⬜ B – Rispetto alla progettazione didattica della classe sono applicate le seguenti personalizzazioni in relazione agli obiettivi specifici di apprendimento (conoscenze, abilità, competenze) e ai criteri di valutazione: …  con verifiche identiche [ ] equipollenti [ ]  ⬜ C – Segue un percorso didattico differenziato  con verifiche [ ] non equipollenti  [indicare la o le attività alternative svolte in caso di differenziazione della didattica………………..] |
| **OBIETTIVI SPECIFICI:** | **Modalità di sostegno didattico e ulteriori interventi di inclusione** |
| **CONTENUTI:** |  |
| **ATTIVITA’:** |  |
| **VERIFCA DEGLI OBIETTIVI :** |  |

**PERCORSI PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E L’ORIENTAMENTO**

**Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, cc. 784-787**

**(a partire dalla classe III)**

**Tipologia di percorso per le competenze trasversali e l’orientamento**

|  |  |
| --- | --- |
| **A PERCORSO AZIENDALE:** | ESTREMI DELLA CONVENZIONE stipulata :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOME E TIPOLOGIA AZIENDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TUTOR AZIENDALE (ESTERNO): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TUTOR SCOLASTICO (INTERNO), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se diverso dal docente di sostegno  DURATA E ORGANIZZAZIONE TEMPORALE DEL PERCORSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Modalità di raggiungimento della struttura ospitante o di rientro a scuola, mezzi di trasporto e figure coinvolte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **B PERCORSO SCOLASTICO:** | FIGURE COINVOLTE e loro compiti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DURATA E ORGANIZZAZIONE TEMPORALE PERCORSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C ALTRA TIPOLOGIA DI PERCORSO:** |  |
|  | □ attività condivise con l’Ente locale ai fini del Progetto individuale di cui al D. Lgs. 66/2017, art. 6. |

**Progettazione del percorso**

|  |  |
| --- | --- |
| OBIETTIVI DI COMPETENZA DEL PROGETTO FORMATIVO |  |
| TIPOLOGIA DEL CONTESTO CON L’INDICAZIONE DELLE BARRIERE E DEI FACILITATORI  nello specifico contesto ove si realizza il percorso |  |
| TIPOLOGIE DI ATTIVITÀ (es: incontro con esperti, visite aziendali, impresa formativa simulata, project work in e con l’impresa, tirocini, progetti di imprenditorialità ecc.) e MODALITÀ/FASI di svolgimento delle attività previste |  |
| MONITORAGGIO E VALUTAZIONE |  |
| COINVOLGIMENTO DELLA RETE DI COLLABORA­ZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI per la prosecuzione del percorso di studi o per l’inserimento nel mondo del lavoro |  |
| Osservazioni dello Studente o della Studentessa |  |

**Revisione** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Verifica finale** Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| VERIFICA FINALE, con particolare riferimento: 1. al livello di riduzione dei vincoli di contesto e alla loro eventuale permanenza; 2. alla replicabilità dell’attività e alle misure di miglioramento da assumere, sulla base del riscontro dei tutor |  |

**PROGETTO DI RIABILITAZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| FASE DI PROGRAMMAZIONE | FASE di VERIFICA IN ITINERE |

|  |
| --- |
| **Metodologia** |
|  |
| **Strumenti e tecnologie educative** |
|  |
| **Spazi utilizzati, laboratori, palestre aule attrezzate** |
|  |
| **Strumenti e tempi di verifica e valutazione** |
|  |
| Lo Studente/la Studentessa segue un percorso didattico di tipo:  ⬜  **1 - ordinario**  ⬜ **2 - personalizzato (con prove equipollenti)**  ⬜ **3 -** **differenziato** |
| **Rapporti ed attività comuni: Famiglie-Agenzie-Operatori extrascolastici** |
|  |

**Interventi necessari per garantire il diritto allo studio e la frequenza**

**Assistenza**

|  |  |
| --- | --- |
| Assistenza di base (**per azioni di mera assistenza materiale, non riconducibili ad interventi educativi**)  *igienica* ◻  *spostamenti* ◻  *mensa* ◻  *altro* ◻ *(specificare………………………….)*  Dati relativi all’assistenza di base (nominativi collaboratori scolastici, organizzazione oraria ritenuta necessaria) | Assistenza specialistica all’autonomia e/o alla comunicazione (**per azioni riconducibili ad interventi educativi**):  Comunicazione:  *assistenza a studenti/esse con disabilità visiva* ◻  *assistenza a studenti/esse con disabilità uditiva* ◻  *assistenza a studenti/esse con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo* ◻  Educazione e sviluppo dell'autonomia, nella:  *cura di sé* ◻  *mensa* ◻  *altro* ◻ *(specificare ……………………………………………….)*  Dati relativi agli interventi educativi all’autonomia e alla comunicazione (nominativi educatori, organizzazione oraria ritenuta necessaria) |

*Per le esigenze di tipo sanitario si rimanda alla relativa documentazione presente nel Fascicolo del/dello studente/essa.*

|  |  |
| --- | --- |
| Arredi speciali, Ausili didattici, informatici, ecc. | Specificare la tipologia e le modalità di utilizzo |

**RELAZIONE FINALE**

La verifica finale, con la proposta del numero di ore di sostegno e delle risorse da destinare agli interventi di assistenza igienica e di base, nonché delle tipologie di assistenza/figure professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e/o alla comunicazione e relativo fabbisogno, per l'anno scolastico successivo, è stata approvata dal GLO

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come risulta da verbale n. \_\_\_ allegato

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nome e Cognome | FIRMA |
| 1. Genitore |  |  |
| 1. Genitore |  |  |
| 1. Operatore ASL |  |  |
| 1. Operatore ASL |  |  |
| 1. Assistenti…………………….. |  |  |
| 1. Assistenti…………………….. |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |
| 1. Docente |  |  |

Città ………………….. Firma

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Grazia De Francisci

………………………………………

**Prospetto riepilogativo**

1. **DATI ANAGRAFICI DELL’ALUNNO/A:**

**Cognome Nome Luogo e data di nascita**

|  |
| --- |
|  |

**Residente a in via n.**

|  |
| --- |
|  |

**Domiciliato in presso**  **Casa famiglia**  **Istituto**  **altro (specificare)**

1. **A.S.P. DI RIFERIMENTO:**

**ASP 3 di Catania UONPI Distretto di Caltagirone (CT) Dirigente: Dott.ssa M. Ragusa**

1. **DIAGNOSI FUNZIONALE SINTETICA E CURRICULUM SANITARIO:**

**ICD 10 Gravità**: 󠆑

|  |
| --- |
|  art. 3 co. 3 L. 104/1992 art. 3 co.1 L.104/1992 |

**DOCUMENTAZIONE CONOSCITIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosi funzionale | NO SI  data ………. |
| Verbale di individuazione dell’handicap | NO SI  data ………. |
| Profilo dinamico funzionale | NO  SI  data ………………. |
| Valutazione finale PEI | NO  SI  (Consiglio di Classe del………………) |

**BISOGNI DELL’ALUNNO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| S/N | INTERVENTI TERAPEUTICI INDICATI NELLA D.F. | (specificare nella voce se l’intervento è in ambito scolastico o extrascolastico, con figure private o pubbliche) |
|  | Sostegno didattico per l’a.s. ……. … | Numero ore …….. |
|  | Operatore al servizio di assistenza igienico-personale, in ambito scolastico | per n. ……….ore giornaliere/settimanali,  ovvero con rapporto assistente - alunno di  1/1; 1/2;  1/3; 1/4; 1/5 |
|  | Assistente all’autonomia e alla comunicazione | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Educatore professionale | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Assistente educativo | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Traduttore LIS | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Operatore specializzato minorati della vista | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Personale paramedico e psico-sociale | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Richiesta trasporto | per n. ………..ore giornaliere/settimanali |
|  | Altre figure ……………………., | per n………….ore giornaliere/settimanali |

INTERVENTI EFFETTUATI IN AGGIUNTA A QUELLI INDICATI NELLA D.F.

 Snoezelen Room Piscina  Centro Brain AIAS altro …………

**Si richiede che tutti gli interventi sopra specificati per il prossimo anno scolastico vengano:**

* **reiterati** oppure
* **……………….** (indicare le eventuali modifiche per il prossimo anno scolastico)

Luogo e data …………………………. **I Componenti del GLHO**:

Medico neuropsichiatra …………………………… Ass. sociale………………….………..………..

Genitori ………………………………………….. Docente specializzato………………………….. Operatore/i……….……………………………. ……………………………………………………..