



**Centro Regionale**  
di documentazione  
per l'infanzia e l'adolescenza

# I servizi educativi come **luoghi di accoglienza** della diversità

**Pisa, 19 aprile 2012**

## **Aspetti normativi**

*Roberto Leonetti,*

*Responsabile dell'Unità Funzionale*

*di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, ASL 10 Firenze*



Regione Toscana  
Dritti Valori Innovazione Sostenibilità



Istituto  
degli  
Innocenti

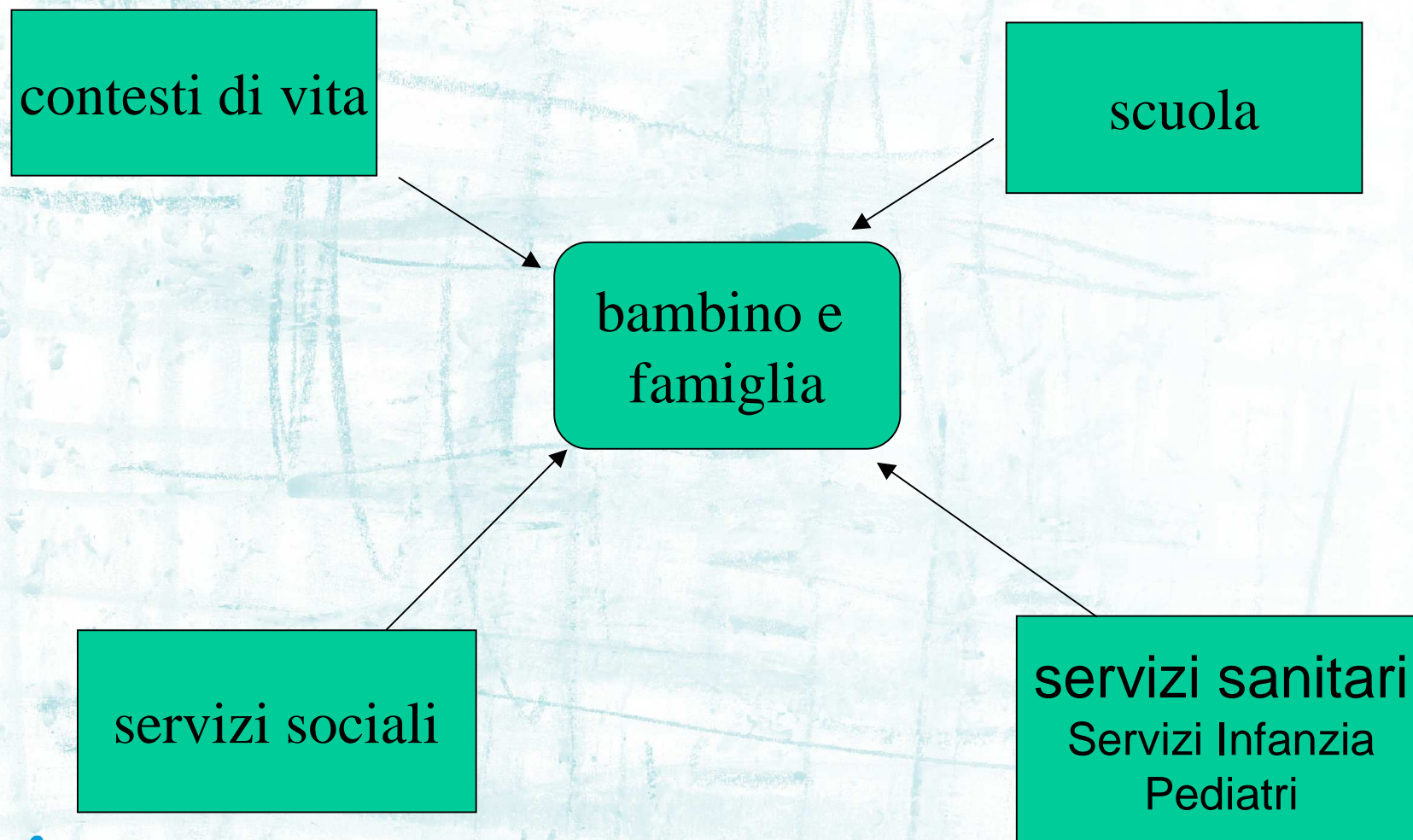
I servizi educativi come **luoghi di accoglienza** della diversità



**FAMIGLIAE**



# I servizi educativi come luoghi di accoglienza della diversità



L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza è una struttura organizzativa territoriale, afferente al Dipartimento Salute Mentale, che produce ed eroga prestazioni sanitarie di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia e Riabilitazione Funzionale con lo scopo di prevenire, diagnosticare, curare e riabilitare la popolazione in età 0-17 anni.

I servizi educativi come **luoghi di accoglienza** della diversità

## **L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza è costituita da un'èquipe multidisciplinare integrata**

In rapporto con gli Assistenti sociali provenienti dai SIAST di riferimento.

L'Unità Funzionale Salute Mentale e Adolescenza agisce in collegamento con i Medici di medicina Generale e Pediatri di libera scelta, il personale docente di asili nido, scuole materne, scuole elementari, medie inferiori e superiori, Comune di Firenze(Direzione 18, U.O.Minori), Tribunale per i minorenni.

**L'attività dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza si articola in attività di prevenzione, diagnosi e cura nell'ambito del disturbo neuropsichiatrico in età evolutiva (dalla nascita a diciotto anni).**

Tutti gli interventi possono essere richiesti direttamente dagli utenti (genitori) con richiesta del medico curante, delle strutture specialistiche ospedaliere o territoriali o della scuola.

**Costituzione di un front office unico cittadino: 0556934438**

## CHI ARRIVA AI SERVIZI

### **Disturbi neuropsichiatrici gravi**

bambini e ragazzi conosciuti e seguiti dai Servizi nella quasi totalità

**Altri disturbi meno gravi e invalidanti** percentuali di accesso nettamente inferiori e variabili e maggiore discrepanza tra soggetti seguiti e ***popolazione sommersa***

## ATTIVITA'

Le principali attività cliniche svolte all'interno dell'UFSMIA e per le quali vengono erogate giornalmente prestazioni sono:

- Diagnosi, cura e riabilitazione (attività ambulatoriale) con presa in carico di tutte le situazioni cliniche che lo richiedono
- Controllo e presa in carico di patologie già diagnosticate presso centri di 3° livello (Careggi-Meyer, Ist. Stella Maris,).
- Interventi nelle scuole di ogni ordine e grado ai sensi della L. 104/92

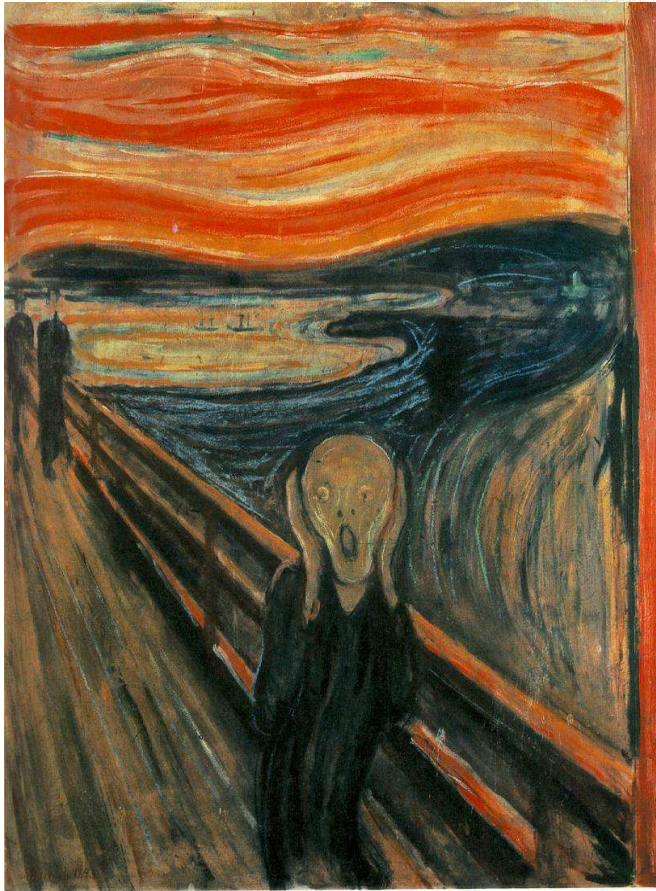
## **Metodologia:**

**I casi sono seguiti in ambito clinico, scolastico e sociale dal gruppo di lavoro multidisciplinare ed elabora un Progetto Terapeutico, che viene aggiornato, periodicamente tramite verifiche. Il progetto viene formulato e condiviso con la famiglia.**

**La presa in carico è multiprofessionale con integrazione degli operatori assegnati (NPI, Psicologo, Terapisti della riabilitazione-logopedisti, fisioterapisti, educatori professionali- Assistenti Sociali del SIAST).**



## Cosa vuol dire presa in carico ?



Sul piano diagnostico-riabilitativo l'èquipe può avvalersi di consulenze da parte di altri professionisti (ortopedico, oculista, Strutture ospedaliere -Careggi, Meyer, Stella Maris). Vengono prescritti ausili e protesi utilizzando l'apposito modulo, che deve essere autorizzato.

**Gli operatori partecipano ai PEI (Piani educativi individualizzati) ,previsti dall'accordo di programma, per ogni soggetto disabile coinvolto. Si sottolinea come per casi complessi ci siano ulteriori incontri di lavoro con gli insegnanti.**

## **Il Processo di presa in carico ed il Percorso riabilitativo devono prevedere :**

**Chi è intervenuto prima**

**Diagnosi: processo del fare diagnosi e consegna della diagnosi**

**Bambino-genitori-famiglia-ambiente**

**Prognosi**

**Rete tra i servizi che intervengono nei vari momenti**

# *Presupposti del percorso riabilitativo*

Conoscenza della  
situazione: famiglia  
bambino, contesto

-Osservazione  
-Processo diagnostico  
e consegna della  
diagnosi

Competenze  
del Gruppo  
Multidisciplinare  
integrato e  
coordinato

Accompagnamento  
Promuovere la capacità  
di tollerare il dolore

## **Percorso riabilitativo**

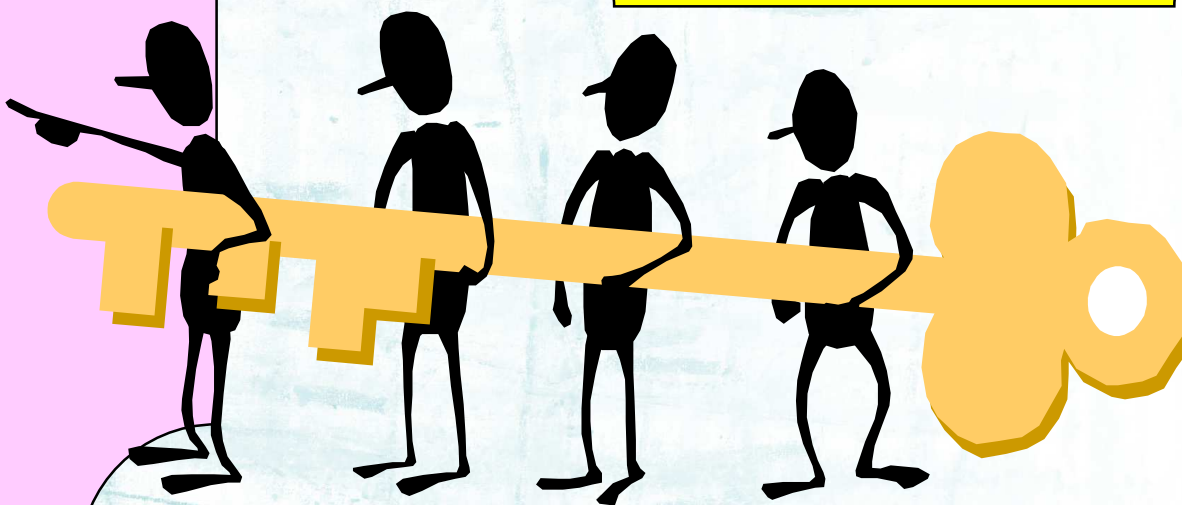
- globalità**: non si può pensare di riabilitare una sola funzione staccata da tutto il resto
- coniugare la qualità delle cure** con la tutela della salute e dello sviluppo del bambino
- inscindibilità dell'integrazione mente-corpo**
- **tenere conto degli aspetti** strettamente connessi con gli aspetti psicologici relazionali familiari ed ambientali

**“L’intervento riabilitativo deve far parte di un progetto terapeutico pluridimensionale e non è solo un momento tecnico riparativo, mira a considerare e ricomporre, avendo la conoscenza del contesto socio-culturale in cui il bambino vive, cercando di comprendere il suo mondo interiore, le modalità personali con cui organizza il suo ambiente.**

**La riabilitazione va vista quindi come promozione di normalità, ricorrendo il meno possibile al tecnicismo che va sostituito con competenze”**

**Presenza in carico precoce,  
tempestiva, integrata,  
non della malattia ,  
ma del bambino e dei  
suoi genitori**

**Integrazione tra gli  
operatori e continuità  
nel tempo**



**In Toscana si è consolidata una lunga esperienza di “intese interistituzionali,” finalizzate ad assicurare una corretta integrazione scolastica ai ragazzi disabili. Tale prassi certamente ha prodotto effetti positivi in quanto ha precisato e valorizzato le specifiche competenze dei vari Soggetti che operano nel settore ed ha consentito di armonizzare ed integrare gli interventi che vengono effettuati a favore dell’integrazione scolastica. Alcune intese interistituzionali, realizzate diversi anni fa, sono tuttora vigenti e mantengono la loro funzione di riferimento per gli operatori. Sembra opportuno, quindi, proseguire con analoghe strategie anche per il futuro. È evidente, però, che il modello, positivamente sperimentato, rischia di perdere la propria efficacia e l’utilità che lo ha contraddistinto in passato, se non viene adeguato al contesto nel quale trova applicazione.**



## **Legge Quadro Handicap n. 104 del 5/2/1992:**

- a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;**
- b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività”**

## ***Handicap - Legge 104 del 5 febbraio 1992***

Altro grande capitolo di intervento delle commissioni mediche delle AUSL è rappresentato dall'accertamento dell'handicap. La Legge 104/92 ha aperto una strada nuova, indicando alla medicina legale una via di tutela del menomato, che si appoggia sulla sequenza valutativa:

- **Minorazione (impairment):** ogni perdita o anomalia strutturale o funzionale, fisica o psichica. Si manifesta a livello di organo o apparato.
- **Disabilità:** ogni limitazione della persona nello svolgimento di una attività nello stesso modo o secondo parametri considerati normali per un essere umano. Si manifesta a livello di persona.
- **Handicap:** Svantaggio che limita o impedisce il raggiungimento di una condizione sociale normale (in relazione all'età, al sesso ed agli specifici fattori sociali e culturali). Si manifesta a livello di società.

## **Art. 3 L.104/92**

**“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.”**

Il sistema valutativo dell'Handicap nelle AUSL si è sviluppato in base alla legge 104/92 sulla base di una forte iniziativa esperienziale. Infatti, appoggiandosi sul patrimonio culturale e legislativo del capitolo secondo della Nuova Tabella di Invalidità Civile (D.M. 5/2/92), dedicato alla fisiopatologia d'organo o di apparato, si è realizzato un sistema di valutazione dell'Handicap, che valorizzava la correlazione già esistente in invalidità civile tra minorazione e difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età, intesa come difficoltà di relazione, attraverso apprezzamenti di livelli qualitativi di difficoltà di apprendimento, relazione ed integrazione lavorativa che hanno permesso, con la considerazione di fattori soggettivi od ambientali, di giungere al riconoscimento dell'handicap o dell'handicap in condizione di gravità a fine di erogazione di prestazioni a carattere sociale.

In ambito scolastico il **DPCM del 23 febbraio 2006, n. 185** ha fissato, come fonte legislativa, il regolamento per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, fermo restando i criteri della legge 104/1992, accertamento questo propedeutico alla successiva diagnosi funzionale.

Il riconoscimento dello stato di handicap grave è indicato, come necessario, nell'art. 4 del DPCM per l'attivazione di posti di sostegno in deroga al rapporto insegnanti/alunni a norma dell'art. 35 della legge 289/2002.

All'art. 2 del DPCM si prevede che ai fini dell'individuazione dell'alunno, come soggetto in situazione di handicap, provvedono le commissioni di cui all'art. 4 della legge 104/92, integrate dagli specialisti della patologia fisica, psichica o sensoriale segnalata, mentre alla redazione della diagnosi funzionale dell'alunno provvede l'unità multidisciplinare ai sensi art. 3, comma 2° de I DPR 24/2/94.

**Le modalità con le quali effettuare la diagnosi funzionale sono poi state fissate dall'Intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 20 marzo 2008 con richiamo ai criteri del modello bio-psico-sociale dell'ICF dell'OMS. In particolare la circolare n. 4 MIURA00DGOS prot. n. 381/R.U.U. del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 15/01/2009 alla "indicazione specifica" n. 9 ha ribadito che "le iscrizioni di alunni con disabilità avvengono con la presentazione, da parte della famiglia, della certificazione rilasciata dalla Asl di competenza, a seguito degli appositi accertamenti collegiali previsti dal DPCM 23 febbraio 2006, n. 185. Sulla base di tale certificazione, la scuola attiva l'unità multidisciplinare di cui all'art. 4 del DPR 24 febbraio 1994 al fine di predisporre il profilo dinamico dell'alunno iscritto e di tracciare le basi del Piano educativo individualizzato, anche per procedere alla richiesta di personale docente di sostegno e di eventuali assistenti educativi a carico dell'Ente locale".**

Il rilascio dell' accertamento di handicap avviene nella Regione Toscana in base alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 209 del 1 marzo 1999 che fa riferimento per la composizione della commissione di accertamento all'art 4 della Legge 5/2/1992 n. 104 e all'art. 3 della stessa legge per la procedura da seguire ai fini dell'accertamento della minorazione, delle conseguenti difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione scolastico-lavorativa.

## **Percorso per la Commissione Handicap**

**Il percorso riguarda le situazioni di disabilità già conosciute dalla nascita o dai primi anni di vita dai servizi territoriali o ospedalieri delle Aziende Sanitarie oppure situazioni di disabilità nelle quali la famiglia del bambino voglia accedere a tutti i benefici previsti dalla legge 104/92.**

**La famiglia presenta la domanda di accertamento alla Commissione Handicap corredata dalla specifica modulistica compilata dal medico curante o dal pediatra e dalla documentazione specialistica necessaria. Nel caso in cui il bambino sia già conosciuto dalla UFSMIA o dalla U.O. delle Aziende Sanitarie è importante che vi sia anche una relazione del gruppo multidisciplinare che ha in carico il bambino da trasmettere alla Commissione.**

**La Commissione attesta la situazione di handicap e la sua eventuale gravità e l'accesso ai benefici previsti per legge, stabilendo anche un termine di rivedibilità dell'attestazione, ove necessario.**



La famiglia consegna l'attestazione alla scuola che attiva le procedure previste e, nel caso il bambino non sia conosciuto dalla UFSMIA del territorio competente, si mette in contatto con gli operatori del gruppo multidisciplinare che avranno poi la responsabilità, insieme alla scuola, del percorso di integrazione scolastica.

La certificazione degli operatori UFSMIA va presentata alla scuola entro i termini previsti per le iscrizioni e comunque non oltre il mese di maggio, tranne per i casi insorti entro l'anno.

## ***Diagnosi Funzionale/Profilo di Funzionamento del soggetto***

La Diagnosi Funzionale viene redatta secondo i criteri del modello bio-psico-sociale alla base del sistema di classificazione ICF ed include anche il Profilo Dinamico Funzionale o Profilo di Funzionamento del soggetto. Serve cioè a individuare le aree ed i livelli di funzionamento del soggetto in relazione ai suoi contesti di vita. E' prevista la stesura della D.F. in tempi utili per la predisposizione del piano educativo individualizzato.

Essa viene rivista ad ogni passaggio di grado di istruzione o in presenza di condizione di salute e di adattamento diverse rispetto a quelle della formulazione iniziale.

La Diagnosi funzionale è redatta dal gruppo multidisciplinare (UFSMIA) che ha in carico il bambino, con la collaborazione dell'assistente sociale per definire gli ostacoli o i facilitatori della disabilità all'interno dell'ambiente di vita. Il gruppo riempie il modello della Diagnosi Funzionale e lo porta al primo incontro istituzionale previsto tra ASL scuola e famiglia.

## ***Il Piano Educativo Individualizzato o Piano di Inclusione Scolastica: procedure e tempi***

Avvio di un nuovo Piano Educativo

Le riunioni del P.E.I., il cui calendario è concordato con l'UFISMIA, vengono convocate e presiedute dal dirigente scolastico. Ad esse partecipano gli insegnanti del Consiglio di classe (o team docenti), l'insegnante di sostegno, gli eventuali operatori assistenziali (collaboratore scolastico e/o assistente specializzato), gli operatori socio sanitari ed i genitori. Il P.E.I. è finalizzato ad integrare le informazioni che provengono dagli operatori socio sanitari, dagli insegnanti e dalla famiglia per definire un progetto scolastico ed extrascolastico, centrato sui bisogni dell'alunno, in base alle opportunità presenti nella scuola e nell'extrascuola che concorrono al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Alla fine di un grado di scuola, nell'ultimo incontro previsto, il gruppo prevede obiettivi e strategie per l'inserimento nel successivo grado di scuola.

Nell'accompagnare lo sviluppo dell'alunno, rispondere ai bisogni e favorire l'emergere di competenze, il PEI si colloca sempre più nella prospettiva di un progetto di vita che prevede anche l'avvicinamento e l'eventuale inserimento nel mondo del lavoro.

Si ritiene opportuna altresì la costituzione di un tavolo misto per l'elaborazione di un processo di integrazione lavorativa e sociale della persona con disabilità in fase post scolastica.

I servizi educativi come **luoghi di accoglienza** della diversità

## ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'

Classification Assessment Surveys & Terminology Group



La Classificazione Internazionale del  
Funzionamento, della Disabilità e della  
Salute dell'OMS

[www.who.int/classification/icf](http://www.who.int/classification/icf)

[www.icfinitaly.it](http://www.icfinitaly.it)

## COSA è l'ICF?

- **L'ICF è lo strumento dell'OMS per classificare salute e disabilità**

## **Prospettiva dell'OMS**

- **La salute è la chiave dello sviluppo delle Nazioni. Se non misuriamo la salute non possiamo migliorare i sistemi sanitari. L'ICF, la Classificazione del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, è lo standard col quale possiamo misurare salute e disabilità.**

ICF

## Perché si chiama ICF?

- L'attenzione è su SALUTE e FUNZIONAMENTO, non su disabilità. La disabilità iniziava dove finiva la salute, quando eri disabile appartenevi ad un gruppo separato.
- L'ICF si allontana da questo modello di pensiero. E' un cambio radicale: dall'enfasi sulla disabilità delle persone ora focalizziamo sulla salute delle persone



# Da ICD a ICF in breve

**1893 : Classification of causes of death**

**1946 : ICD / Classification of diseases**

**1980 : ICIDH / Classification of disabilities as  
consequences of disease**

**2001 : ICF / Classification of human functioning**



# Interazione di Concetti ICF 2001



## Principi base del modello ICF

### Il Modello ICF è

**Universale:** *un continuum fra salute e disabilità  
e interessa tutti*

**Integrativo** *Biopsicosociale*

**Interattivo:** *complesso, interazioni multiple fra  
le persone la loro salute e il loro ambiente*

## Fondamenti dell' ICF

Funzionamento Umano	- <u>non</u> <i>la sola disabilità</i>
Modello Universale	- <u>non</u> <i>modello di minoranza</i>
Modello Integrato	- <u>non</u> <i>solo medico o sociale</i>
Modello Interattivo	- <u>non</u> <i>progressivo-lineare</i>
Equivalenza	- <u>non</u> <i>causalità eziologica</i>
Contesto-inclusivo	- <u>non</u> <i>la sola persona</i>
Applicabilità Culturale	- <u>non</u> <i>concezione occidentale</i>
Operazionale	- <u>non</u> <i>solo teorico</i>
Per tutte le classi di età	- <u>non</u> <i>centrato sull'adulto</i>

## La classificazione ICF dell'OMS è lo strumento per classificare funzionamento, disabilità e salute

- Focalizzando su come le persone funzionano e di cosa han bisogno per vivere al meglio le loro potenzialità, la classificazione può porre fine all'isolamento ed alla discriminazione e può promuovere l'integrazione

# La rivoluzione dell'ICF: un cambio culturale

Qualunque persona in qualunque  
momento della vita può avere una  
condizione di salute che in un  
ambiente sfavorevole diventa  
**DISABILITA'**

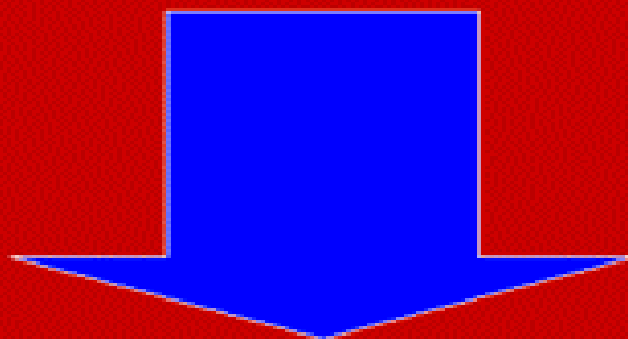
# Linguaggio comune

**Stabilendo un linguaggio comune per  
descrivere il FUNZIONAMENTO,  
l'ICF**

- Può essere usato e capito da persone che operano in campi differenti
- Può essere usato e capito da persone in Paesi diversi

I servizi educativi come **luoghi di accoglienza** della diversità

Da **HANDICAPPATO**  
(ICIDH 1980 )



a **PERSONA con disabilità**  
(ICF 2001)

## Criticismi dell' ICIDH

### Critiche concettuali

- Basato sul « modello medico di disabilità »
- Causalità lineare da menomazione a handicap
- Insufficiente descrizione degli handicaps
- Assenza della dimensione ambientale
- Descrizione delle situazioni con termini negativi

### Critiche tecniche

- Complesso e pesante
- Utilizzo di termini obsoleti
- Sovrapposizione di categorie



# Cosa è la disabilità?

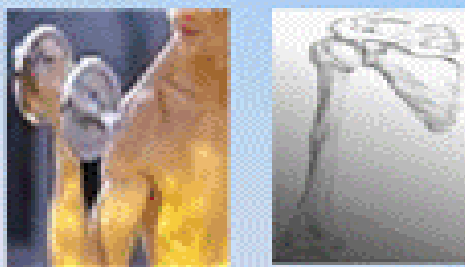
- Risultato della interazione tra **condizione di salute + fattori ambientali =**  
**DISABILITA'**

**Descritta a 3 livelli nell'ICF**

- 1. Corpo**
- 2. Persona**
- 3. ambiente**

# Componenti dell' ICF

**Funzioni  
&  
Strutture  
Corporee**



*Funzioni*  
*Strutture*

**Attività  
&  
Partecipazione**



*Capacità*  
*Performance*

**Fattori  
Ambientali**



*Barriere*  
*Facilitatori*

## Attività e Partecipazione

- 1 Apprendimento e applicazione delle conoscenze
- 2 Compiti e richieste generali
- 3 Comunicazione
- 4 Mobilità
- 5 Cura della propria persona
- 6 Vita domestica
- 7 Interazioni e relazioni interpersonali
- 8 Attività di vita principali
- 9 Vita sociale, civile e di comunità

## PERFORMANCE e CAPACITA'

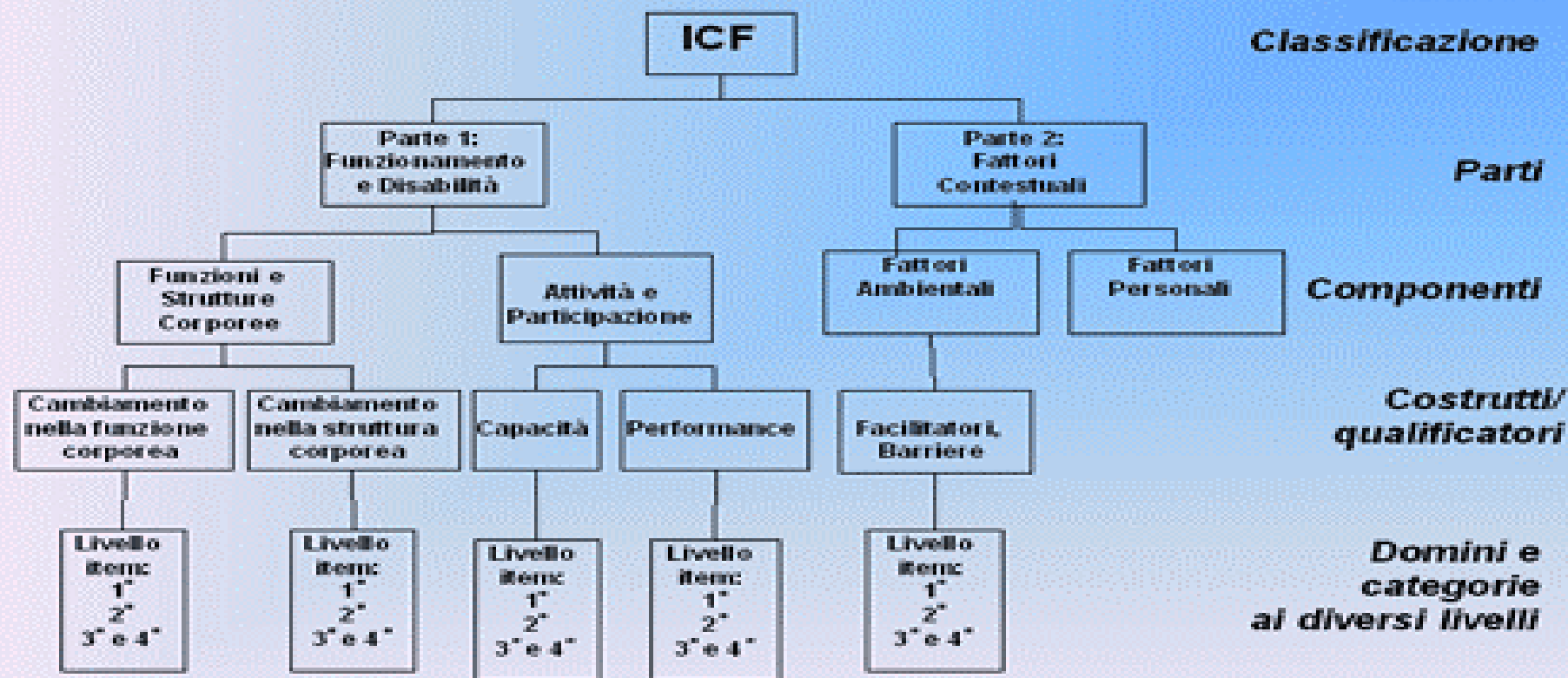
- La **PERFORMANCE** è quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale/reale e descrive il coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita.
- La **CAPACITA'** indica il più alto livello probabile di funzionamento in un ambiente considerato come standard o uniforme.

# Fattori ambientali

1. **Prodotti e tecnologie**
2. **Ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo**
3. **Relazioni e sostegno sociale**
4. **Atteggiamenti**
5. **Servizi, sistemi e politiche**

I servizi educativi come **luoghi di accoglienza** della diversità

## STRUTTURA DELL'ICF



## Disabile e sano

- La disabilità è parte del più ampio concetto di salute e poiché tutti possiamo avere una condizione di salute, la disabilità è un problema di tutti e come tale va affrontato in tutti i Paesi.
- Rispetto ai classici indicatori di morbidità o mortalità l'ICF quindi si occupa della **VITA** delle persone: come queste vivono la loro condizione di salute e come il loro funzionamento può essere migliorato per vivere una vita migliore

*Da introduzione ICF in italiano, Maïlde Leonardi, 2002*

# Salute e disabilità

*Introduzione ICF versione Italiana*

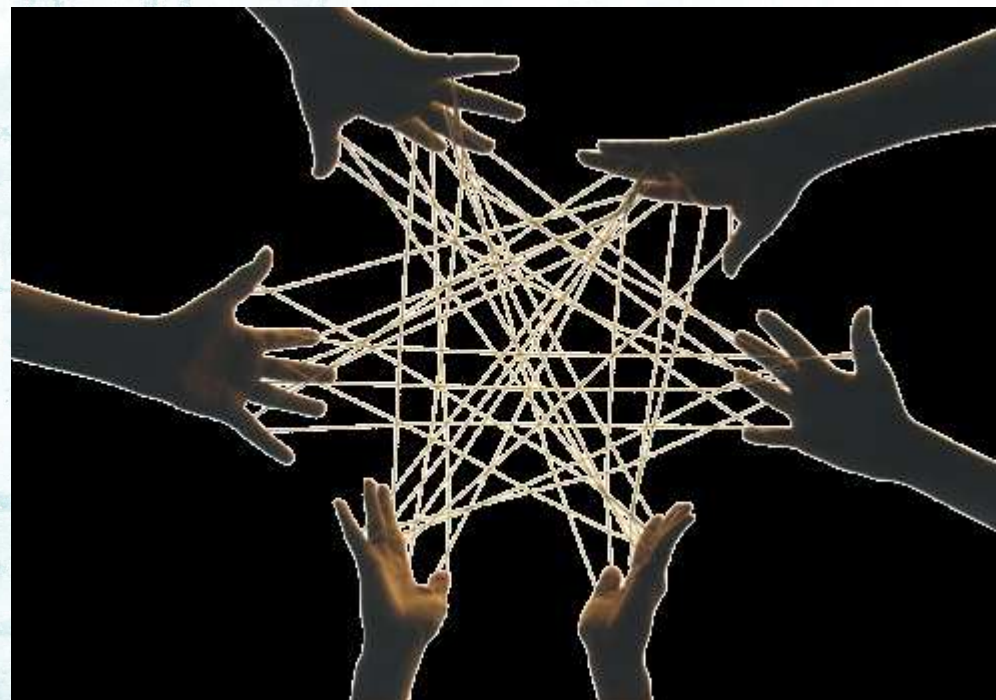
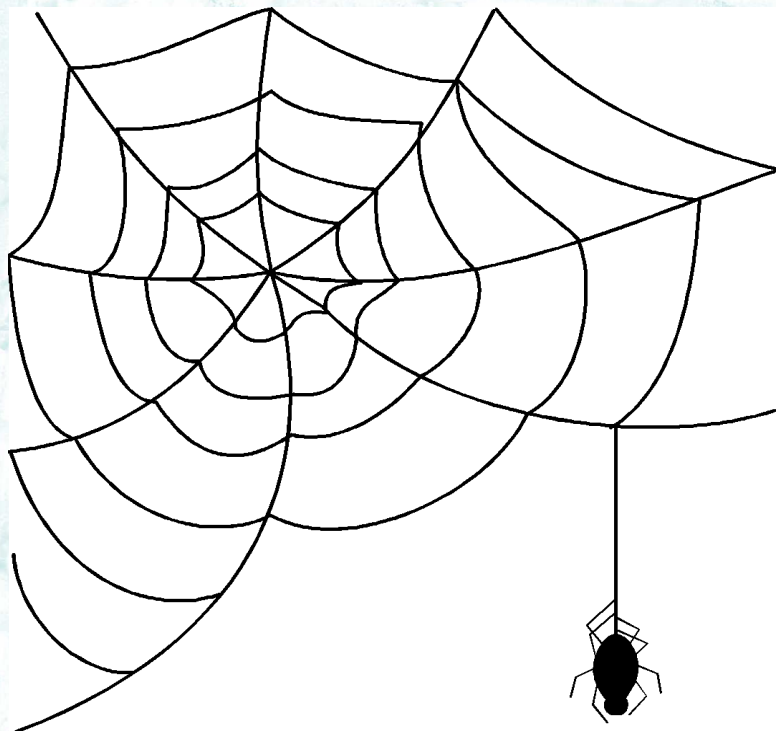
**Il problema della salute e della disabilità, due aspetti dello stesso fenomeno, sta nel riconoscere la nostra condizione umana che, per alcuni, comporta disabilità nel presente ma che, per tutti, può comportarla nel futuro**

**L'enfatizzare ciò che abbiamo in comune, come esseri umani, rende più facile il rispetto e l'adattamento alle cose che ci rendono diversi**

*Matilde Leonardi, 2002*



## La rete, ma..... quale????



## **Territorio**

**territorio come rete gruppale e istituzionale della quale la famiglia e il servizio pubblico sono parte integrante,**

**diagnosi e interventi che devono comprendere conoscenza delle risorse e delle barriere ambientali/culturali entro cui il bambino si muove**

**Quale sarà il “disegno” del  
Territorio intorno a  
quel bambino con disabilità?  
Cosa manca a quel Territorio per  
favorire maggiormente  
l’integrazione?  
cosa deve privilegiare quel  
Servizio territoriale in termini  
diagnostici e di  
intervento?**

***Fattori di rischio e fattori protettivi entrano in gioco nei contesti educativi e di accudimento e, di conseguenza, nei processi di crescita e di sviluppo***

Tra i ***fattori protettivi*** si possono comunque elencare componenti individuali, familiari, educative e sociali

***Fattori Protettivi e Resilienza***

## Strumenti di lavoro

-Formazione

Lavoro in équipe

Multiprofessionalità ed interdisciplinarietà

Discussione e supervisione casi

Costruire la rete

## CONCLUSIONI

- Pensare ad una riorganizzazione dei servizi per percorsi assistenziali individuando le aree di forte problematicità***
- Impegno nelle aree della prevenzione, della presa in carico e del trattamento.***
- Flessibilità e innovazione di un servizio che mette al centro la tutela dei minori***

**Esistono molti fattori di protezione, spesso nascosti, nelle famiglie e nei bambini: i destini dei bambini sono difficili da orientare**

**I genitori ed i professionisti potrebbero modificare molti destini prestando attenzione ai fattori di rischio ma anche a quelli che aiutano a reagire**

I servizi educativi come **luoghi di accoglienza** della diversità

