



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
DIREZIONE GENERALE DEL VENETO  
UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE DI VERONA  
IC n. 17 – Montorio - Verona



# VADEMECCUM



## **Note di orientamento per una buona integrazione**

Aggiornato nel 2009 a cura del Gruppo di Lavoro Referenti CTI, Centro Territoriale per l'Integrazione - Verona Est  
Bertagnoli M.- Giotta R.- Roncolato E.- Scalet R.- Spataro R.- Pavanello V.- Monaco M. – Rovito D.  
Pagani M.- Rizzotti C.- Scandola G.- Turra G.- Zenari A.L.- Guarrera R. - Coordinatore Gruppo prof. F. De Marco

## **Prefazione**

La cultura dell'integrazione scolastica e sociale di alunni e alunne diversamente abili è patrimonio consolidato degli operatori della scuola. Come ogni dimensione complessa necessita però di essere continuamente sostenuta affinché progredisca, si confermi, trovi elementi strategici e operativi che meglio la traducano nel senso di una rinnovata efficacia.

Ogni individualità è riferibile a categorie ma proprio come individualità è in se stessa autentica e va conosciuta. Ciò è vero in particolare per il soggetto diversamente abile che continua ad interrogare la scuola nei termini di atteggiamenti, strategie formative, modalità didattiche, strumentazioni, che possono garantire all'individualità il pieno, concreto e non solo formale diritto allo studio.

Il gruppo di lavoro dei docenti referenti del Centro Territoriale per l'Integrazione Verona Est, interrogandosi professionalmente e culturalmente con disincanto e senso pragmatico circa il processo di sostegno alla reale integrazione scolastica, ha prodotto il presente documento che, unendo esperienza e conoscenza, vuole essere **un compagno di viaggio** per tutti gli insegnanti che raccolgono, professionalmente e umanamente, la sfida dell'integrazione scolastica dei soggetti diversamente abili.

Per coloro, in particolare, che si trovano come insegnanti privi di specifica formazione ad operare come insegnante di sostegno, può diventare anche **una guida** che li accompagna nel difficile compito, li orienta, li può far sentire meno soli e più competenti.

Il percorso di elaborazione ha rappresentato per gli attori/autori occasione di conferma, approfondimento, ri-organizzazione di esperienze e conoscenze.

Il prodotto vuole essere sostegno ai processi per continuare il cammino dell'integrazione scolastica, attraverso il modello inclusivo, intrapreso coraggiosamente 30 anni fa (1977-2007) dalla società italiana.

Esso rappresenta anche un trasferimento di competenze tra colleghi, una modalità tra le più efficaci di formazione professionale che in questo caso esce dall'implicito quotidiano nel quale è di solito relegata per diventare proposta esplicita.

Buon lavoro quindi a tutte e a tutti gli insegnanti che si incontrano sulla difficile ma affascinante strada della diversità!

Una strada dove ogni meta raggiunta si trasforma in tappa perché l'integrazione è processo che evolve con i soggetti, con essi muta e ad ogni conquista apre a nuovi scenari.

L'integrazione, non essendo stato ma processo, ha bisogno, ad ogni nuova occasione, di rinnovato impegno, di sforzo concreto, di traduzione in modo autentico di quanto precedentemente maturato.

Anna Paola Marconi  
Dirigente Scolastica  
DD "S, D'Acquisto" - San Martino

## **Indice**

<b>Introduzione.....</b>	<b>pag.4</b>
<b>La presa in carico dell'alunno da parte del docente di sostegno.....</b>	<b>pag.5</b>
<b>Azione 1 – “Conoscere l'alunno”- Schematizzazioni e presentazione</b>	
1. Presa visione della documentazione.....	pag.5
2. Raccolta informazioni ed elementi informali di conoscenza.....	pag.5
3. Conoscenza aspetti organizzativi e risorse della scuola.....	pag.7
<b>Riferimenti normativi.....</b>	<b>pag.7</b>
<b>Indicazione sulla procedura per il rilascio delle certificazioni.....</b>	<b>pag.8</b>
▪ <i>Rinnovo delle certificazioni.....</i>	<i>pag.8</i>
▪ <i>Come attivare la certificazione.....</i>	<i>pag.8</i>
▪ <i>Concetto di rivedibilità.....</i>	<i>pag.8</i>
▪ <i>UVMD ovvero la Valutazione Collegiale.....</i>	<i>pag.9</i>
<b>Azione 2 – “La progettazione in favore dell'alunno/a” .....</b>	<b>pag.9</b>
▪ <i>Principi attivi.....</i>	<i>pag.9</i>
▪ <i>Procedura.....</i>	<i>pag.10</i>
<b>Cosa fa l'ins. di sostegno .....</b>	<b>pag.11</b>
<b>Valutazione finale.....</b>	<b>pag.12</b>
<b>Riferimenti normativi riguardanti gli operatori e l'organizzazione.....</b>	<b>pag.12</b>
<b>L'ICD-10.....</b>	<b>pag.13</b>
<b>L'ICF e ICF-CY.....</b>	<b>pag.14</b>
<b>Elenco delle Sigle.....</b>	<b>pag.15</b>
<b>Indirizzi, Telefoni, Link delle Associazioni presenti a Verona .....</b>	<b>pag.16</b>
<b>Glossario delle Tipologie .....</b>	<b>pag.19</b>
<b>Sitografia delle Sindromi.....</b>	<b>pag.28</b>

## Introduzione

### L'insegnante di sostegno

**L'insegnante di sostegno è un insegnante specializzato che viene assegnato, in piena contitolarità con gli altri docenti, alla classe in cui è inserito il soggetto diversamente abile per attuare “forme di integrazione a favore degli alunni portatori di handicap” e “realizzare interventi individualizzati in relazione alle esigenze dei singoli alunni”.**

L'insegnante di sostegno ha un ruolo determinante nel processo di integrazione quanto più abbandona posizioni marginali e si prospetta come risorsa competente e mediatrice. Integrato nell'organizzazione della scuola, l'insegnante di sostegno non si limita al rapporto esclusivo con l'allievo in situazione di handicap, ma lavora con la classe, così da fungere da mediatore tra l'allievo disabile e i compagni, tra l'allievo disabile e gli insegnanti, tra l'allievo disabile e la scuola. “E' solo in questo modo che l'insegnante di sostegno può abbandonare la tendenza così spesso riscontrata, di porre se stesso e l'allievo in posizione di centralità satellitare che si autoreferenzia; perché solo in questo modo si fa obbligo agli altri docenti di condividere anche la gestione e l'indirizzo del progetto d'integrazione” (L. Carelli, *L'handicap fa bene alla scuola*, in *Dirigere la scuola*, ottobre 2003, p. 6)

L'insegnante di sostegno dovrebbe lavorare con gli insegnanti di classe in sede di programmazione e di individuazione di strategie atte alla realizzazione di processi integranti di insegnamento. Nel *team teaching*, questo insegnante “speciale” si dovrebbe pertanto trovare a pianificare con i colleghi l'attività d'insegnamento per tutta la classe ed assumersi, in rapporto a sue specifiche competenze didattiche, alcune responsabilità d'insegnamento per i diversi alunni. Il compito dell'insegnante di sostegno dovrebbe essere quello di collaborare con gli altri insegnanti al fine di adattare il curriculum pensando a tutti gli studenti, esaminando i problemi che si potrebbero incontrare e sviluppando metodi di insegnamento e materiali che permettano il loro superamento e, trattando, nel fare ciò, le difficoltà dei soggetti disabili come aree problematiche del curriculum stesso più che bisogni speciali di un solo soggetto.

**L'insegnante di sostegno** ha le seguenti competenze:

- 1) Conoscenze generali relative alla situazione di handicap;
  - competenze relazionali;
  - sapere lavorare in team con gli altri operatori;
  - facilitare il lavoro di rete tra operatori scolastici, extrascolastici, famiglie;
  - svolgere attività di tutore e compresenza in classe;
- 2) Competenze disciplinari relativamente alla propria area di nomina;
  - competenze metodologiche;
  - competenze teoriche e applicative di contenuti.
- 3) Disposizioni / Adempimenti
  - assume la contitolarità delle sezioni e delle classi in cui opera;
  - prevede un interscambio tra doc. di sostegno e doc di classe nelle attività di classe per favorire l'integrazione (in particolare nella Scuola dell'Infanzia e Primaria).
  - partecipa alla stesura di tutti i documenti e progetti per l'integrazione;
  - partecipa a pieno titolo alle operazioni di valutazione con diritto di voto per tutti gli alunni della classe.

### Normativa

Legge 5 febbraio 1992 n.104 , art. 13, comma 6 - D.L. 16 aprile 1994, n.297

[www.comune.fe.it/apis](http://www.comune.fe.it/apis)

Sito in cui si può trovare tutta la normativa riguardo gli insegnanti di sostegno sia di ruolo che con contratti a tempo determinato.

## LA PRESA IN CARICO DELL'ALUNNO

La presa in carico dell'alunno diversamente abile da parte dell'insegnante di sostegno prevede due azioni tra loro strettamente correlate: CONOSCERE L'ALUNNO e PROGETTARE L' ITER EDUCATIVO, FORMATIVO e DIDATTICO.

### ▪ AZIONE 1

#### “CONOSCERE L'ALUNNO/A”

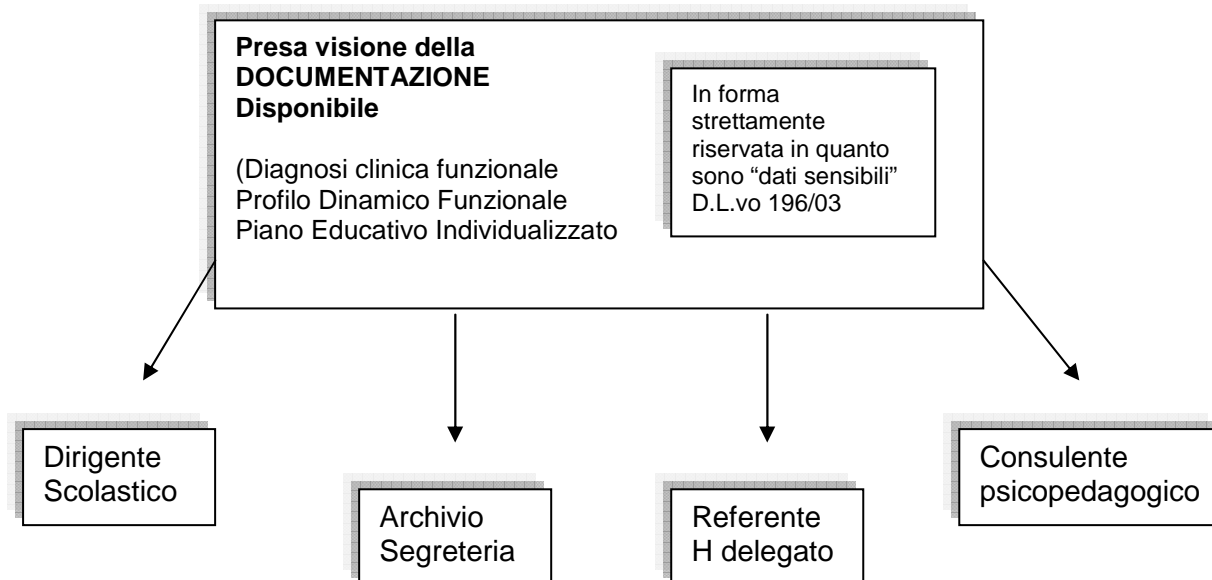
**La conoscenza dell'alunno** prevede tre momenti significativi: la presa visione della documentazione; la raccolta di informazioni la conoscenza delle scelte organizzative della scuola.

#### 1. La presa visione della documentazione agli atti della scuola.

Poiché si tratta di dati sensibili la documentazione riservata potrà essere visionata presso gli Uffici di Segreteria e richiesta a:

- Dirigente Scolastico
- Personale della Segreteria addetto
- Referente H con delega specifica
- Consulente psicopedagogico

Il Dirigente Scolastico, il Referente H con specifico incarico di trattamento dati e il consulente psicopedagogico, se presente nell'Istituto, possono comunicare ulteriori informazioni utili ad una efficace presa in carico dell'alunno .



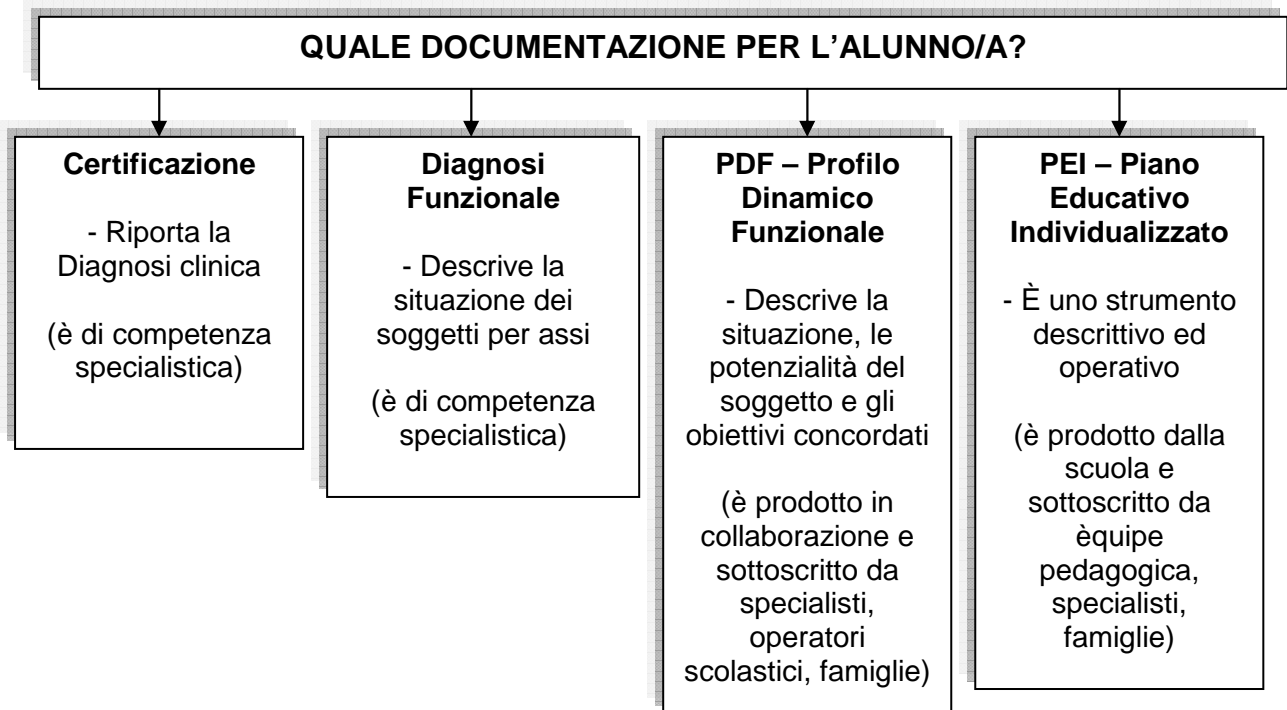
#### 2. La raccolta di informazioni

Informazioni sul curriculum scolastico dell'alunno possono essere raccolte attraverso: colloqui specifici concordati con i colleghi, se in orario aggiuntivo autorizzati dal Dirigente Scolastico, colloqui specifici con la famiglia. E' opportuno che lo scambio e la raccolta di informazioni avvenga possibilmente entro 20 giorni dalla data di presa in carico dell'alunno da parte dell'insegnante di sostegno. Presso gli Uffici di Presidenza e di Segreteria della scuola sono disponibili i seguenti documenti:

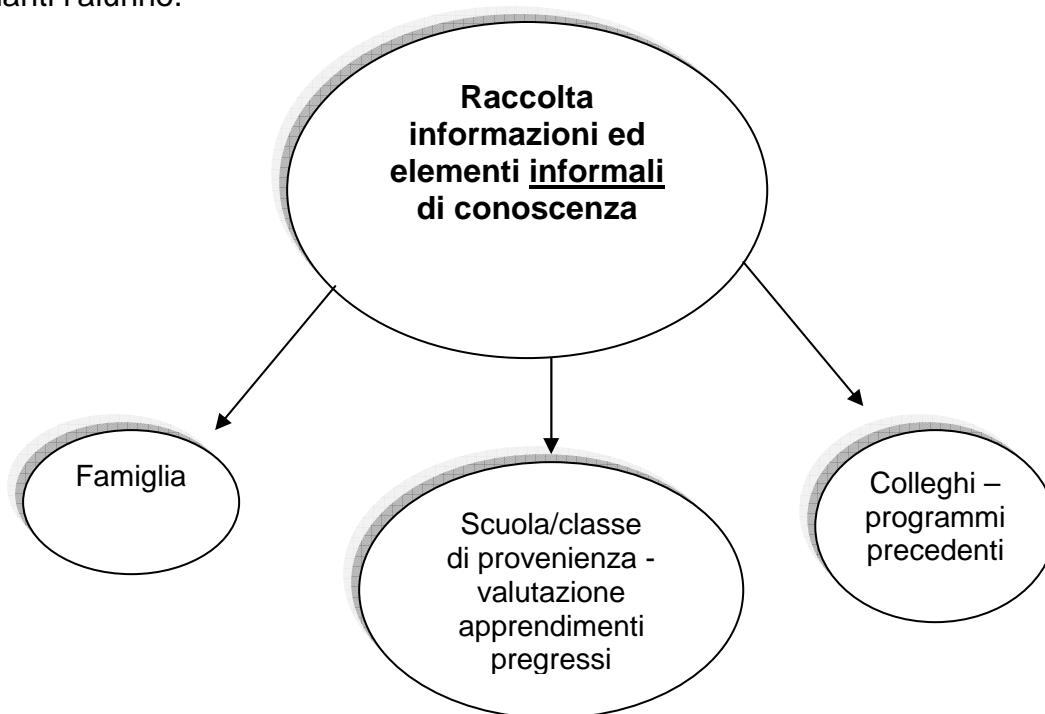
- La **Certificazione**, di competenza specialisti ULSS e/o Enti Convenzionati: riporta la diagnosi clinica e ulteriori informazioni rispetto al bisogno di assistenza e/o di deroghe;
- La **Diagnosi Funzionale\*** (DF) di competenza specialisti ULSS e/o Enti Convenzionati: presenta la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap;
- Il **Profilo Dinamico Funzionale\*** (PDF) elaborato e sottoscritto da specialisti ULSS e/o Enti Convenzionati – docenti e famiglia: sulla base dei dati riportati dalla Diagnosi Funzionale, descrive in modo analitico i possibili livelli di risposta

dell'alunno in situazione di handicap riferiti alle relazioni in atto e a quelle programmabili. Il PDF deve essere aggiornato, di norma, a conclusione di ciascun ordine di scuola;

- Il **Piano Educativo Individualizzato\*** (PEI) elaborato e sottoscritto da specialisti ULSS e/o Enti Convenzionati – docenti e famiglia: è il documento nel quale vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati tra loro, in un determinato periodo di tempo, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione.

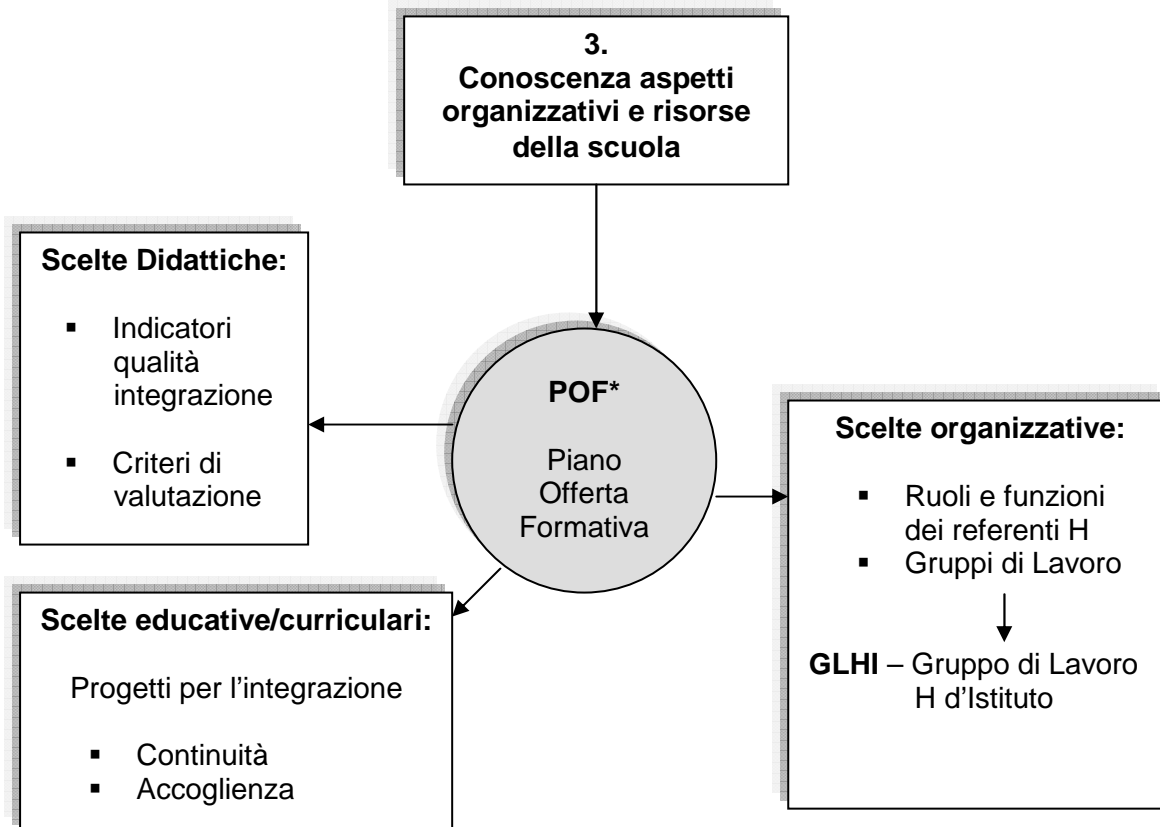


Di indubbio valore sono inoltre le informazioni che l'insegnante desume dai colloqui informali con la famiglia, le/gli insegnanti precedenti, il personale scolastico (collaboratori e alunni) che formano un quadro di insieme sulla situazione del vissuto e sulle aspettative riguardanti l'alunno.



### 3. La conoscenza delle scelte organizzative della scuola

Attraverso la lettura del POF (Piano dell'Offerta Formativa) in tutte le sue parti, e non solo quelle riguardanti i criteri e l'organizzazione dell'integrazione/inclusione, il docente e il personale educativo potranno conoscere quali sono le linee guida per la politica dell'accoglienza e dell'inserimento e di conseguenza capire il tipo di organizzazione che è prevista nell'istituto.



- Nell'ambito delle **scelte didattiche** sono stabiliti i criteri che devono orientare il processo di insegnamento-apprendimento perché risulti efficace e coerente con le peculiari caratteristiche dell'alunno e i criteri per la valutazione e la certificazione delle competenze.
- Nell'ambito delle **scelte educative/curricolari** sono definite le specifiche progettualità per favorire l'accoglienza con particolare attenzione ai progetti di continuità relativi alle fasi di passaggio da un ordine di scuola all'altro.
- Nell'ambito delle **scelte organizzative** sono esplicitati: ruoli e responsabilità (es. Referenti H –funzioni); gruppi di lavoro e deleghe (GLHI\* ); procedure e buone prassi organizzative (modalità /tempi di convocazione ecc.)

\* GLHI è il gruppo a livello d'Istituto che ha compiti di organizzazione e di indirizzo.

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI** riguardanti i documenti:

- **\*PDF: Legge 104/92 art.12 –modificato con DPR 24/2/94 art.4**
- **\*PEI: Legge 104/92 art.12**
- **\*Diagnosi Funzionale: Legge 104/92 art.12 – DPR 24/2/94 art.3**
- **\*POF: art.3 D.P.R. 275/99**

**INDICAZIONI SULLA PROCEDURA E SUI TEMPI PER IL RILASCIO DELLE CERTIFICAZIONI valide ai sensi del DPCM n. 185/06 e della L. 104/92.**

Le seguenti indicazioni sono state definite e concordate nel corso di quattro incontri successivi (10/12/07 – 17/1/08 – 14/2/08-26/05/08) tra i rappresentanti delle tre ULSS (20 -21 -22), del Centro Don Calabria e dell'Ufficio Integrazione dell'USP di Verona. E' stato invitato il servizio di assistenza per i minorati della vista e dell'udito della Provincia di Verona dal secondo incontro ai successivi.

**1. RINNOVO DELLE CERTIFICAZIONI**

**Si intendono le certificazioni rilasciate prima del 31/12/2007.**

Ha luogo tramite richiesta della famiglia ai servizi territoriali dell' ULSS di competenza. *Riguarda i casi di disabilità per gli alunni che transitano tra gradi diversi (es: dalla scuola dell' infanzia alla primaria) o i casi di disabilità con certificazione annuale o con certificazione scaduta.*

<p>La <b>scuola</b> attiva la famiglia affinché inoltri <u>la richiesta entro la scadenza concordata del 31/10/di ogni anno</u></p>	<p>I <b>servizi ULSS</b> si impegnano a rilasciare le certificazioni entro il <b>31/01/dell'anno successivo</b>, tramite la famiglia.</p>
---	---

**2. NUOVE CERTIFICAZIONI**

Si avviano tramite richiesta della famiglia ai servizi territoriali dell' ULSS di competenza. *Riguardano l'accertamento di casi nuovi ossia, non segnalati e non certificati entro il 31/12/2007.*

<p>La <b>scuola</b> attiva la famiglia affinché inoltri <u>la richiesta entro la scadenza concordata del 31/01/di ogni anno</u></p>	<p>I <b>servizi ULSS</b> si impegnano a rilasciare il verbale di accertamento dell'UVMD entro il <b>31/05/di ogni anno</b>, tramite la famiglia o, con delega della famiglia direttamente alla scuola.</p>
---	--

**2.a COME ATTIVARE LA CERTIFICAZIONE**

<p>La scuola:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• predisporre una <b>relazione sintetica</b> sulle difficoltà rilevate</li> <li>• sottopone la relazione alla <b>firma</b> dei genitori</li> <li>• consegna la <b>relazione ai genitori</b> per l'inoltro all' ULSS di competenza territoriale (ogni ULSS informa dove rivolgersi per attivare la valutazione diagnostica )</li> </ul>	<p>A cosa serve la relazione della scuola?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ragione <b>economica</b>, in quanto permette alla famiglia di accedere all'esonero dal pagamento del ticket sanitario per la valutazione diagnostica</li> <li>• Ragione <b>tecnica</b>, poiché facilita una scelta più mirata di invio ai servizi da parte degli operatori ULSS.</li> </ul>
---	---

**2.b CONCETTO DI RIVEDIBILITA'**

Il DPCM 185/06 introduce il concetto di RIVEDIBILITA' delle certificazioni, indipendentemente dai passaggi tra gradi scolastici. Infatti al comma 3 dell'art.2 il DPCM assegna alla commissione di valutazione il compito di indicare nel verbale " **l'eventuale termine di rivedibilità dell'accertamento effettuato**".

L'accordo preso con le ULSS conferma pertanto come **la rivedibilità** delle certificazioni sia stabilita dalla commissione e risulta indipendente dal passaggio di grado scolastico; **se non viene riportata nel verbale si intende valida per l'intero percorso scolastico.**

Il rinnovo nel passaggio di grado scolastico rimane valido per i casi già accertati ( quelli in corso, da confermare).



## 2.c UVMD ovvero la Valutazione Collegiale

Il concetto di collegialità previsto dal DPCM è stato adottato dalla Regione Veneto con un primo provvedimento rappresentato dal DGR 4588 del 28/12/2007 intitolato: *Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) con il quale si introduce la valutazione collegiale per l'accertamento delle situazioni di handicap*.

L'UVMD è ritenuto lo strumento più idoneo a garantire e realizzare l'integrazione socio-sanitaria. Tale accertamento deve essere realizzato, all'interno dei diversi distretti sanitari da una Unità Valutativa Multidimensionale, entro 30 giorni dalla data della richiesta della famiglia.

Il verbale dell'UVMD viene integrato con la seguente dicitura **“il presente accertamento è valido ai sensi degli art. 12 e 13 della L.104/’92, ai fini dell’attuazione della L.517/’77 per l’integrazione scolastica ”**; se presente va allegata la certificazione dello stato di handicap grave (L.104/’92 art.3 c.3).

### **Certificazione:**

La certificazione comprende una sintetica descrizione delle capacità attuali e potenziali nonché dei limiti delle funzioni del soggetto.

Essi si descrivono come segue:

- deficit sensoriali (a carico della vista, dell'udito e/o degli altri organi di senso)
- deficit e disturbi di carattere psicomotorio
- deficit e disturbi della comunicazione e della relazione
- deficit e disturbi dell'apprendimento
- deficit e disturbi associati a più funzioni

### **SE LA DOCUMENTAZIONE NON E' PRESENTE O E' INCOMPLETA**

Farne richiesta agli specialisti e sollecitare un incontro tra scuola/famiglia/specialisti per predisporre il PEI sulla base della Diagnosi Funzionale.

#### ▪ **AZIONE 2**

#### **“LA PROGETTAZIONE IN FAVORE DELL'ALUNNO/A”**

L'integrazione considera il diversabile come risorsa e questo richiede un sistema flessibile capace di accogliere tutti per valorizzare la specificità di ciascuno.

I **“principi attivi”** che risultano strategici per la progettazione di un percorso formativo sono:

- una forte collaborazione tra docenti curricolari e di sostegno senza distinzioni se non di funzioni;
- un'idea forte e unificante che caratterizzi la prassi;
- un'apertura all'esterno e l'utilizzo delle risorse del territorio evitando che il percorso di integrazione si esaurisca in una serie di azioni tecnico riabilitative previste dal PEI, ma facendo in modo che il PEI diventi la base su cui costruire un progetto di vita più ampio, capace di cogliere anche le opportunità e le sollecitazioni dell'ambiente circostante;
- il coinvolgimento attivo degli alunni nella costruzione della loro conoscenza;
- la continuità tra ordini di scuola intesa non solo come una serie delle tradizionali attività di transizione-continuità-trasmissione di informazioni, ma come modalità flessibile di organizzazione delle attività che favorisca l'integrazione tra alunni di età diverse, livelli diversi, facendoli collaborare per uno scopo condiviso e strutturato;
- le relazioni inclusive e solidali tra compagni, come trama indispensabile per tessere l'integrazione e favorire l'apprendimento;
- la crescita psicologica di tutti gli alunni che si muove in due direzioni: la prima,

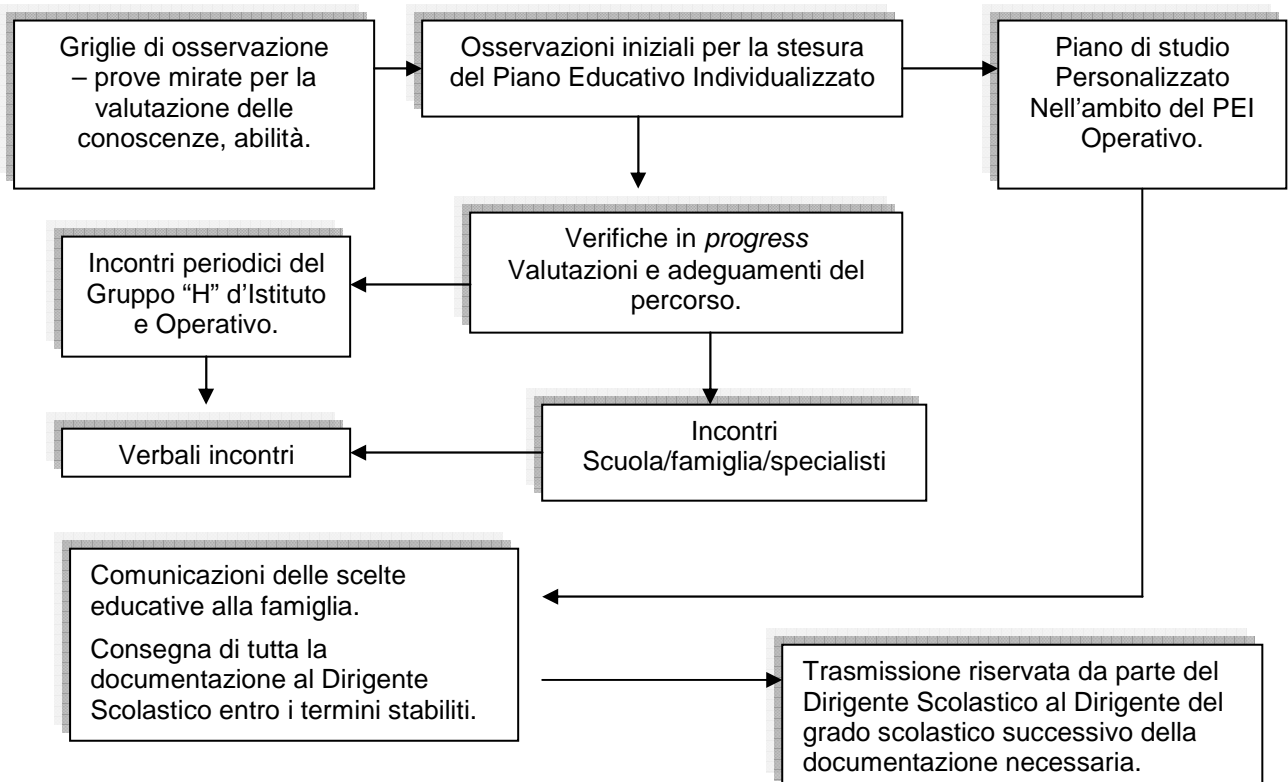
che riguarda la crescita in termini di autostima, immagine di sé , autoconsapevolezza e sviluppo emozionale come presupposti della motivazione all'apprendimento; la seconda, che riguarda la crescita nella conoscenza dei deficit e degli handicap che qualche alunno presenta, nella consapevolezza delle origini delle difficoltà e nella disponibilità a ricercare possibili soluzioni di supporto;

- il raccordo e l'integrazione tra PEI e programmazione di classe;
- il coinvolgimento attivo e consapevole della famiglia.

La **procedura** per la definizione del PEI prevede una serie di azioni coordinate:

- osservazioni e prove di accertamento delle competenze e dei punti di forza su cui fare leva per rendere efficace l'intervento educativo;
- compilazione della parte iniziale del P.E.I. entro il primo bimestre scolastico;
- verifiche in progress ed eventuali adeguamenti del percorso concordati a livello di équipe pedagogica e/o di consiglio di classe;
- condivisione delle scelte didattiche/educative nell'ambito degli incontri scuola/famiglia specialisti ULSS (almeno 2 nel corso dell'anno scolastico);
- condivisione delle esperienze e adattamento della progettualità nell'ambito degli incontri periodici del GLH d'Istituto e operativo;
- verbalizzazione delle scelte attraverso la compilazione di appositi documenti di lavoro (verbali)
- definizione delle specifiche progettualità e delle particolari procedure per favorire la continuità tra ordini di scuola.

A. Canevaro e D. Janes, Piano educativo individualizzato, Trento 2007....



**COSA FA L'INSEGNANTE DI SOSTEGNO PER OFFRIRE ALL'ALUNNO/A CERTIFICATO/A DELLE SIGNIFICATIVE OPPORTUNITÀ DI APPRENDIMENTO**

Mese	Attività	Obiettivi
<b>SETTEMBRE</b>	<p>Richiede la certificazione al D.S. Prende visione della scheda Esamina il PEI trasmesso dalla scuola di provenienza Organizza un incontro con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ins. di Sostegno e maestra della scuola di provenienza</li> <li>- operatore USL (psicologo, neuropsichiatria, ecc.) e CdC</li> <li>- genitori e CdC</li> <li>- altre figure che operano con l'alunno (Assistenti, operatori scuola aperta, ecc.)</li> </ul> <p>Osservazione sistematica Test di ingresso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conoscere il deficit dell'alunno</li> <li>- conoscere le abilità e le potenzialità</li> <li>- conoscere le attività già svolte in ambito scolastico e medico-terapeutico</li> <li>- conoscere quali strategie sono state adottate</li> <li>- comprendere i problemi relazionali dell'alunno</li> <li>- verbalizzare i vari colloqui</li> <li>- iniziare ad elaborare il PEI</li> </ul>
<b>OTTOBRE</b>	<p>Si avvicina all'alunno cercando di instaurare una corretta piattaforma relazionale Verifica con questionari i dati informativi iniziali Interviene attivamente nelle attività di classe Ricerca materiale utile al caso e alla conoscenza approfondita della tipologia Si consulta con i colleghi Redige una relazione scritta e la discute al CdC, possibilmente invitando altri operatori (assistente, neuropsichiatria, maestra, ecc.) inizia a compilare il PEI <u>collegialmente</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- arrivare ad una conoscenza approfondita della situazione dell'alunno</li> <li>- conoscere le aspettative della scuola, della famiglia, degli altri operatori</li> <li>- proseguire nella compilazione del PEI</li> <li>- coinvolgere tutti gli insegnanti</li> <li>- portare a conoscenza del problema tutti gli insegnanti</li> <li>- verbalizzare le decisioni prese</li> </ul>
<b>NOVEMBRE</b>	<p>Rielabora le proposte del CdC e le rende operative Definisce gli obiettivi disciplinari Stabilisce con gli insegnanti interessati, le modalità di intervento (tempi, spazi, metodi, obiettivi, strategie, ecc.), le abilità da sviluppare e i contenuti da affrontare Tiene un collegamento con gli insegnanti con i quali non opera direttamente e con gli operatori extrascolastici Rispetta le linee programmatiche generali indicate collegialmente Completa il PEI con il CdC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- predisporre interventi coerenti e corretti sui reali bisogni dell'alunno</li> <li>- offrire significative opportunità di crescita personale e sociale all'alunno con diversa abilità</li> <li>- favorire la piena integrazione dell'alunno nel gruppo classe</li> <li>- attuare un insegnamento individualizzato</li> <li>- presentare il PEI al CdC ed allegarlo al verbale</li> </ul>
<b>FEBBRAIO</b>	<p>Verifica gli effetti dei diversi interventi disposti e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico sull'alunno in situazione di handicap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica <i>in itinere</i></li> </ul>
<b>MAGGIO</b>	<p>Stesura collegiale di una relazione finale nella quale si evidenzino i progressi e il raggiungimento degli obiettivi, qualunque sia stato il percorso formativo scelto all'inizio dell'anno. La relazione deve essere sottoscritta da tutti i componenti del consiglio di classe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserimento della Relazione nel Registro dei verbali</li> </ul>

Per ulteriori indicazioni sulla compilazione del PEI consultare il seguente sito:

[www.handylex.org/stato/d240294.shtml](http://www.handylex.org/stato/d240294.shtml)

## VALUTAZIONE FINALE

### ▪ **Valutazione Differenziata**

Qualora nel P.E.I si contemplino “**obiettivi didattici e formativi non riconducibili ai programmi ministeriali**”, l’alunno può essere ammesso alla classe successiva con attribuzione di voti relativi al suo individuale percorso e perciò senza valore legale (ai sensi dell’**O.M. n. 80, art. 13 del 9/3/95**). In calce alla pagella verrà apposta l’indicazione che la votazione è riferita al **P.E.I** e non ai programmi ministeriali. Non deve essere fatta invece, alcuna annotazione nei tabelloni esposti all’albo della scuola. Gli alunni vengono ammessi alla frequenza della classe successiva. La famiglia dell’alunno diversamente abile deve essere preventivamente informata dell’eventuale valutazione differenziata. Se non vi è assenso, l’alunno viene valutato secondo i parametri normali.

### ▪ **Valutazione Ordinaria**

**art. 16 Legge Quadro n. 104/92**

**D.L. n. 297/94 art. 318 c.1,3**

La valutazione dell’alunno è effettuata da **tutti** gli insegnanti. Bisogna evidenziare se per talune discipline sono stati adottati **particolari criteri didattici** (p.e. aspetti concettuali resi con esempi pratici). Bisogna verbalizzare le eventuali attività integrative o di sostegno per la **riduzione parziale e/o sostituzione dei contenuti di alcune discipline**.

In tal caso, se il C.d.C. ritiene che l’apprendimento sia globalmente riconducibile ai programmi ministeriali, promuove l’alunno alla classe successiva.

**RIFERIMENTI NORMATIVI** riguardanti le figure professionali e i modelli organizzativi:

**Docente di Sostegno (L.517/77 – L. 270/82 C.M. 262/88 L.104/92).**

Figura docente prevista nella scuola di ogni ordine e grado. E’ un insegnante contitolare nell’equipe pedagogica.

**OSS - Operatore Socio Sanitario ( già Assistente alla persona)**

Figura professionale che opera nell’ambito delle autonomie personali e sociali dell’alunno/a. E’ assegnato dalla ULSS di competenza.

**Addetto al Servizio di Assistenza Scolastica Integrativa (Lettore o Ripetitore)**

E’ una figura professionale che opera prevalentemente in ambito familiare ma, in accordo con la famiglia, può operare anche in ambito scolastico (non più del 30% delle ore assegnate). E’ assegnato dalla Provincia –Settore disabili sensoriali

**GLHI (artt. 15 e 12 Legge 104/92)**

Gruppo di Lavoro Handicap di Istituto che ha compiti di organizzazione e di indirizzo; è composto da rappresentanti di docenti di sostegno, docenti curricolari, Enti Locali, ASL, genitori, Associazioni.

**POF (DM 275/99 art.3)**

Piano dell’Offerta Formativa redatto da ogni scuola secondo la Legge sull’autonomia che riporta le scelte culturali, metodologiche, educative... E’ lo strumento divulgativo del Patto formativo tra scuola/famiglia/studenti

**Gli ESAMI (art.318 DL 16.4.94 n.297 (art. 4 comma 2 O.M. 128 14 Maggio 1999)**

Gli allievi in situazione di disabilità vengono ammessi a sostenere gli esami ministeriali e possono svolgere prove differenziate sulla base del percorso educativo individualizzato. **O.M. 14 marzo 2008, Art. 17**

**LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.L.196/03).**

Le notizie sulla disabilità costituiscono “dati sensibili”. Il Dirigente Scolastico può legittimamente raccogliere dati e trasmetterli in via riservata sempre ai fini dell’integrazione.

**Molte volte sulla certificazione la diagnosi è riportata soltanto sotto forma di codice.**

### ICD-10

*L'ICD-10 è la decima revisione della classificazione internazionale delle malattie proposta dall'OMS.*

Capitoli	Sezioni	Titolo
I	A00-B99	Malattie infettive
II	C00-D48	Neoplasie
III	D50-D89	Malattie del sangue e del sistema immunitario
IV	E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
V	F00-F99	Patologie mentali e del comportamento
VI	G00-G99	Neuropatie
VII	H00-H59	Oftalmopatie
VIII	H60-H95	Patologie dell'orecchio
IX	I00-I99	Disturbi del sistema circolatorio
X	J00-J99	Disturbi del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Malattie gastroenterologiche
XII	L00-L99	Dermatopatie
XIII	M00-M99	Patologie muscoloscheletriche e connettivali
XIV	N00-N99	Disturbi genitourinari
XV	O00-O99	Gravidanza, parto e puerperio
XVI	P00-P96	Disturbi congeniti
XVII	Q00-Q99	Malformazioni e anomalie cromosomiche
XVIII	R00-R99	Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati
XIX	S00-T98	Traumatologia, tossicologia e altre cause esterne di malattia
XX	V01-Y98	Altre cause esterne di morbilità e mortalità
XXI	Z00-Z99	Fattori che possono influenzare lo stato di benessere
XXII	U00-U99	Codici speciali

In Internet è possibile trovare maggiori chiarimenti sulle singole patologie partendo sia dal nome che dal codice.

Si raccomanda sempre di verificare che la fonte sia attendibile (ente pubblico, associazione nazionale o internazionale) e di confrontare sempre almeno tre link distinti.



## ICF e ICF-CY

In materia di disabilità esiste un documento dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), nel maggio 2001, denominato **ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health). Esso serve a stabilire parametri e prassi comuni per la salute dei bambini (specie se con disabilità) in tutti i Paesi del mondo; ICF-CY è l'ICF versione “for Children and Youth”.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization – WHO) ha pubblicato la prima classificazione della disabilità e della salute applicabile ai bambini e agli adolescenti di tutto il mondo, per rispettare il loro diritto a vivere senza barriere.

**La disabilità viene rilevata come la conseguenza della relazione tra condizione di salute di un individuo e fattori personali/ambientali in cui vive.** Ne deriva che ogni individuo, in conseguenza ma anche indipendentemente delle proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare le proprie capacità di partecipazione sociale.

L'ICF, ponendo le condizioni di salute in rapporto con l'ambiente, sostiene un metodo di valutazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività, permettendo di specificare gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria realizzazione. In questo senso l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma tutte le persone, proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni.

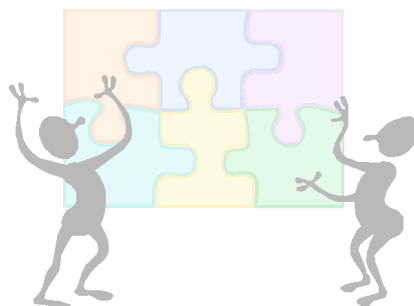
Nel mondo, nei Paesi in via di sviluppo, ma anche in quelli più progrediti, i diritti dei bambini (specie se con disabilità) spesso sono calpestati: mancanza di cure, abbandono, sfruttamento, discriminazione e mancato accesso ai servizi e all'assistenza.

L'ICF-CY fornisce un linguaggio comune per la definizione dei bisogni dei bambini e delle barriere ambientali che essi incontrano, consentendo di evidenziare il loro diritto a ricevere protezione, accesso alle cure, istruzione e servizi. Finora, ogni Nazione ha applicato parametri diversi anche per classificare le stesse disabilità, offrendo così risposte e soluzioni non omogenee.

L'ICF-CY perciò è volto a promuovere la salute, lo sviluppo e il benessere dei bambini e degli adolescenti attraverso pratiche, politiche e ricerche che si avvarranno di una struttura concettuale e un linguaggio comuni e condivisi.

**La classificazione ICF-CY può essere utilizzata**, insieme alla Classificazione delle malattie ICD-10 e ad altre classificazioni diagnostiche, **per chiarire gli aspetti funzionali di malattie croniche e delle disabilità in neonati, bambini e adolescenti.** Sotto questo aspetto, i risultati della sperimentazione sul campo e le applicazioni della ricerca sui bambini con disabilità hanno evidenziato la capacità di questa classificazione di cogliere i molteplici aspetti della loro crescita e sviluppo nelle varie età, nelle più diverse condizioni di salute e nei Paesi più diversi.

“Una Diagnosi Funzionale che deriva dal modello ICF non si pone il problema di riconoscere una sindrome, ma cerca di descrivere il funzionamento reale attuale di un soggetto nei suoi vari ambiti, compreso il ruolo del suo contesto (...) considera che la salute debba essere il frutto di una complessa interconnessione di fattori bio-psico-sociali”. (Ianes, La diagnosi funzionale attraverso l'ICF, Trento,2004).



## Elenco delle sigle

**ASL , USL, ULSS**, Azienda Socio-Sanitaria Locale

**CM** Circolare Ministeriale

**CTI** Centro Territoriale per l'Integrazione

**CTS** Centro di Supporto per le Tecnologie con alunni disabili

**DSA** Disturbi Specifici dell'Apprendimento

**DF** Diagnosi Funzionale: diagnosi clinico-medica e valutazione psicologica e sociale finalizzata soprattutto all'individuazione delle potenzialità del soggetto.

**DGR** Decreto Generale Regione

**DL** Decreto Legge

**DLG** Decreto Legislativo (decreto delegato)

**DM** Decreto Ministeriale

**DPCM** Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

**DPR** Decreto del Presidente della Repubblica

**GLHI** Gruppo Lavoro Handicap D'istituto.

**GLHO** Gruppo Lavoro Handicap Operativo: gruppo operativo, attivato per ogni singolo alunno certificato, composto da insegnanti di sostegno e di classe, operatori ASL, genitori. Ha il compito di predisporre e monitorare PDF e PEI

**ICF** Classificazione Internazionale sul funzionamento, disabilità e salute

**ICF-CY** ICF per bambini e adolescenti

**OSS** Operatore Socio Sanitario (ex Addetto all'Assistenza)

**OM** Ordinanza Ministeriale

**PDF** Profilo Dinamico-Funzionale: indica le caratteristiche fisiche, psichiche, sociali e affettive dell'alunno.

**PEI** Piano Educativo Individualizzato – Progetto d'Integrazione d'Istituto

**POF** Piano dell'Offerta Formativa

**PEP** Piano Educativo Personalizzato

**QI** Quoziente Intellettivo: Indicatore utilizzato per definire il livello d'intelligenza posseduto da un determinato individuo, misurato da un insieme di prove (*item*) che compongono i cosiddetti **test d'intelligenza**. Tale indice viene ottenuto dividendo l'**età mentale** (l'età in cui la media delle persone della stessa età cronologica riesce ordinariamente a superare un determinato gruppo di problemi) con l'età reale del soggetto in esame. Per comodità il rapporto viene moltiplicato per 100 e depurato di eventuali decimali. Il parametro QI Medio è 100. Così, un bambino di 6 anni che risponda esattamente almeno alla metà dei quesiti preparati per soggetti di 8 anni, ha un quoziente d'intelligenza pari a: **QI = 8/6 = 133**

**TAR** Tribunale Amministrativo Regionale

**USP** Ufficio Scolastico Provinciale (ex CSA, ex Provveditorato agli Studi)

**USR** Ufficio Scolastico Regionale

## Indirizzi, link e numeri di telefono dei Servizi e delle Associazioni

**ULSS**, Azienda Socio-Sanitaria Locale - Verona

[www.ulss20.verona.it](http://www.ulss20.verona.it) Si accede a tutti i servizi dell'Ulss

**DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIALI** - Resp: Dott. Angelo De Cristan

Corso Porta Palio n.30 - 37122 Verona

E-mail: [direzione.servizi.sociali@ulss20.verona.it](mailto:direzione.servizi.sociali@ulss20.verona.it)

**SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E PSICOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

Palazzo di Sanità - Via S. D'Acquisto - 37122 Verona

Tel: 045.8075031 – 045.8075963 - **Fax: 045 8075065**

Orario: 8,30-10,30 e 14,30-16,30 dal lunedì al giovedì - venerdì solo mattino

**POLICLINICO G.B. ROSSI (Borgo Roma)**

[www.ospedaliverona.it/Istituzionale/Unita-Operative/Policlinico-G.B.-Rossi/NEUROPSICHIATRIAINFANTILE](http://www.ospedaliverona.it/Istituzionale/Unita-Operative/Policlinico-G.B.-Rossi/NEUROPSICHIATRIAINFANTILE)

**Neuropsichiatria infantile**

Responsabile: Prof. Nicolò Rizzuto

Tel. 045-8124285 - Fax. 045-585933 - E.mail: [nicolo.rizzuto@univr.it](mailto:nicolo.rizzuto@univr.it)

**INFORMAHANDICAP**

Servizio con sportello unico presso la sede dei servizi sociali con l'intento di poter offrire un aiuto concreto ai disabili e alle loro famiglie. E' stato pubblicato l'opuscolo "informahandicap" come primo strumento di informazione pubblica per le famiglie, associazioni, amministrazioni, operatori del privato sociale.

Referente: Educatore Chiara Sambugaro

Servizi Sociali ULSS 20 - Corso Porta Palio, 30 - 37122 Verona

Tel. 045/9287052 fax 045/9287022 - e-mail: [informahandicap@ulss20.verona.it](mailto:informahandicap@ulss20.verona.it)

orario: lunedì, martedì e giovedì dalle 10 alle 12 - mercoledì dalle 14 alle 16

**C.E.R.R.I.S. CENTRO EDUCATIVO RIABILITATIVO DI RICERCA E D'INTERVENTO SOCIALE –**

Centro educativo di presa in carico di minori in stato di abbandono e disagio psicosociale

Responsabile: Dott. Angelino Birtele - Via Monte Novegno 4 – 37126 Verona

Tel 045/916033- fax 045/916331 - E-mail: [cerris@ulss20.verona.it](mailto:cerris@ulss20.verona.it)

Con servizio di odontostomatologia per disabili e centro per lo studio dell'autismo.

tel 045/8350573 fax 045/8309663

**CENTRO DI RICERCA, DI DIAGNOSI E DI CURA PER LA SINDROME AUTISTICA c/o Cerris**

Centro di ricerca, di diagnosi e di cura per la sindrome autistica. Il centro è punto di riferimento per i soggetti affetti da autismo e per gli operatori ( terapeuti, medici, insegnanti) Il centro svolge anche attività di tipo didattico-promozionale e divulgativa.

Responsabile: Dottor Maurizio Brighenti,

Via Monte Novegno, 4 - Verona - tel 045 8301408 - fax 045 916631

**CENTRO MEDICO SANTI VERONA – c/o Istituto Don Calabria**

Ente accreditato al rilascio delle certificazioni e centro riabilitativo

Via S. Marco 121 – Verona - Tel. 045 8184211

**CENTRO REGIONALE PREVENZIONE, DIAGNOSI, TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO**

Via S. D'Acquisto, 7 - 37122 – Verona - Tel 045 8075014 - fax 045 8075065

Responsabile: dr.ssa Cellino Maria Rosaria - Email: [disturbiapprendimento@ulss20.verona.it](mailto:disturbiapprendimento@ulss20.verona.it)

**AZIENDA U.L.S.S. 21 Legnago**

Via Gianella, 1 - 37045 - LEGNAGO (Verona) - Tel. 0442632111

**AZIENDA U.L.S.S. 22 Bussolengo**

<http://www.ulss22.ven.it/>

Servizio DIPARTIMENTO INTERDISTRETTUALE INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Responsabile Dott. Antonio Bortoli - Via C. A. Dalla Chiesa – Bussolengo (VR)

045/6712301 Dott.ssa Marina Comencini - 045/6712301 Sig.ra Luisella Dal Brà

Fax 045/6712302 - E-mail: [mcomencini@ulss22.ven.it](mailto:mcomencini@ulss22.ven.it)

**ALTRI SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA E PSICOLOGIA ETÀ EVOLUTIVA**

C.M. SANTI Verona - Via S. Marco 121 (c/o Don Calabria) Tel. 045/8184211

Policlinico G.B. Rossi- Via Bengasi Verona - Neuropsichiatria Tel. 045-8124285

**SERVIZI DI FONIATRIA, AUDIOLOGIA E FONETICA**

ULSS 20 Verona - Corso Porta Palio, 30 Tel. 045/9287023

C.M. SANTI Verona - Via S. Marco 121 (c/o Don Calabria) Tel. 045/8184211



## **SERVIZI DI RIEDUCAZIONE MOTORIA E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE**

ULSS 20 Verona - c/o ospedale di Soave Tel. 045/6138711 e c/o Marzana Tel. 045/8075255  
C.M. SANTI Verona - Via S. Marco 121 (c/o Don Calabria) Tel. 045/8184211

## **SETTORI SOCIALI**

In riferimento all'integrazione scolastica e sociale fondamentali sono gli interventi dei settori sociali delle tre Ulss. I ragazzi/le ragazze, i genitori e gli insegnanti possono trovare dei referenti importanti per gli aiuti all'integrazione:

- **ULSS 20** - Responsabile dell'Area Handicap dott. Raffaele Grottola

Verona - Corso Porta Palio 30 Tel. 045/9287111

- **Servizio Integrazione Scolastica** dott.ssa Giovanna Righetti

Verona - Corso Porta Palio 30 Tel. 045/9287032

- **SIL - Servizio Integrazione Lavorativa** - Tel. 045/9287039

Responsabile Informa Handicap Educatrice Professionale Chiara Sambugaro  
Tel. 045/9287052 - e-mail [handicap@ulss20.verona.it](mailto:handicap@ulss20.verona.it)

## **A.V.V.O.**

Associazione Volontari Visitatori Ospedalieri

Segreteria c/o Ospedale Maggiore Piazzale Stefani - 37126 Verona - Tel. 045/8341418

Tipologia utenza: psichico e fisico

Tipologia di prestazioni: assistenza ospedaliera diurna e notturna, accompagnamento

## **Calabriano Francesco Perez**

Sede Regionale Veneto

Via S. Marco, 121 - 37138 Verona - Tel. 045/8184111 - Fax 045/8184100

Tipologia utenza: handicap psicofisico e minori a rischio, anziani, ammalati

Tipologia di prestazioni: animazioni tempo libero, casa famiglia, attività ricreative

## **Calabriano**

Via S. Zeno in Monte, 23 - 37129 Verona - Tel. 045/8052911 - Fax 045/8052938

Tipologia utenza: handicap psichico e fisico

Tipologia di prestazioni: sostegno psicologico, appoggio educativo, casa famiglia

## **Futura**

Via Saliceto, 3 - 37100 Verona - Tel. 045/8921771

Tipologia utenza: handicap psicofisico

Tipologia di prestazioni: animazioni del tempo libero

Tipologia di prestazioni: assistenza economica, attività lavorativa, trasporti

## **AGBD - Associazione Genitori Bambini Down**

Via Valpantena, 116/a - 37034 Marzana (VR) - Tel. 045/8700980 - Fax 045/8700980

e-mail: [agbdvr@agbdverona.org](mailto:agbdvr@agbdverona.org) - [www.agbdverona.org](http://www.agbdverona.org)

Tipologia di utenti: portatori sindrome di Down da 0 a 23 anni

Tipologia di prestazioni: riabilitazione, attività socio-ricreative, assistenza scolastica

## **AGOR - Associazione per la Riabilitazione dei Cerebrolesi**

Via Villa, 12 - 37125 Verona - Tel e fax. 045/8301115

Tipologia di utenti: handicap psichico e fisico

Tipologia di prestazioni: assistenza socio-sanitaria riabilitativa, assistenza psicologica, logopedia

## **A.I.AS. - Associazione Italiana Assistenza Spastici**

Via Sicilia, Verona - Tel.045/576507 (sede principale)

Via Boccioni, 3 - 37131 Verona - Tel. 045/520082

Tipologia di utenti: handicap

Tipologia di prestazioni: assistenza infermieristica e medica, ambulatoriale, sociale-ricreativa, psicologica, logopedia, formazione professionale. - Altra sede: Via S. Michele, 1 Verona - Tel. 045/8840902

## **A.I.S.M. - Associazione Italiana Sclerosi Multipla**

Via Don N. Mazza, 52 - 37129 Verona - Tel. 045/ 8001272 - Fax 045/8037933

email [aismverona@yahoo.it](mailto:aismverona@yahoo.it)

Tipologia di utenti: handicap

Tipologia di prestazioni: assistenza domiciliare, assistenza socio-sanitaria riabilitativa

**A.N.F.F.A.S. - Associazione Nazionale Famiglie Disabili Intellettivi Relazionali**

Via Villa 25, - 37027 Verona

Tel. e fax 045/8344379 - email [anffasvr@alice.it](mailto:anffasvr@alice.it)

Tipologia di utenti: handicap psichico

Tipologia di prestazioni: assistenza sociale ricreativ

**ANMIC - Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi Civili**

Via Santa Maria Rocca Maggiore, 13/b - 37129 Verona

Tel.045/8013437 - Fax 045/8031386 - e-mail: [anmicverona@libero.it](mailto:anmicverona@libero.it) - [www.anmicveneto.org](http://www.anmicveneto.org)

Tipologia di utenti: handicap fisico e psichico

Tipologia di prestazioni: tutela giuridica e dei diritti, segretariato sociale

**ANMIL - Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi del Lavoro**

Corso Milano, 99 - 37138 Verona - Tel. 045/576499 - Fax 045/577805 - e-mail: [anmilvr@libero.it](mailto:anmilvr@libero.it)

Tipologia di utenti: handicap fisico e psichico

Tipologia di prestazioni: consulenze, assistenza psicologica, promozione sociale, animazione professionale, inserimento lavorativo

**ARC - Associazione Recupero Cerebrolesi**

c/o Opera Don Calabria – via San Zeno in Monte, 23 37129 Verona

tel 045/8008796, fax 045/8026747 - email [aerreci@arreci.org](mailto:aerreci@arreci.org) – [www.arreci.org](http://www.arreci.org)

tipologia di prestazione: diagnosi precoci; riabilitazione e terapia

**Associazione Diabetici di Verona**

c/o Ospedale Civile Maggiore (Borgo Trento) – p.le Stefani, 1 – 37126 Verona

tel. 045/8343959 – fax 045/8343959 - email [assdiabetciverona@tiscali.it](mailto:assdiabetciverona@tiscali.it)

tipologia di prestazione: apertura della sede (lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9 alle 11) dove si ricevono i cittadini e si risponde alle loro domande.

**Associazione Sordomuti Antonio Provolo onlus**

Via Rosmini, 6 – 37123 Verona - Tel 045/591580 - [www.nonudentivenetosociale.it](http://www.nonudentivenetosociale.it)

tipologia di prestazione: assistenza, anche burocratica, alle persone non udenti.

**Cofhagra Associazione Famiglie Autistici**

Viale Sicilia, 69 – 37138 Verona - Tel. 045/8740233 - - Fax 045 8194706

Tipologia di prestazioni: assistenza psicologica, attività di ricerca e studio, formazione

**Commissione Handicap e Sport**

c/o Centro sportivo italiano - Via Fedeli, 37 – 37131 Verona

tel 045/8204031 – fax 045/974198 - email [lagrandesfida@tiscali.it](mailto:lagrandesfida@tiscali.it)

**E.N.S. Ente Nazionale Sordomuti**

Piazzetta S. Eufemia, 1 - 37121 Verona

Tel. 045/8034372 - Fax 045/8009409 - email [verona@ens.it](mailto:verona@ens.it)

**Piccola Fraternità Valpantena Onlus**

Via Pozzo, 24 Grezzana (VR) - Tel 045/8650719 – E-mail [pfvalp@virglio.it](mailto:pfvalp@virglio.it)

Tipologia di prestazione: attività ricreative, tempo libero con persone disabili.

**U.I.C.I. - Unione Italiana Ciechi - Onlus**

Via Trainotti, 1 - 37122 Verona - Tel./Fax 045/8003172

Tipologia di prestazioni: informazioni sull'inserimento scolastico e lavorativo, materiale specifico.

**U.I.L.D.M. - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare**

Via Aeroporto Angelo Berardi, 51 - 37139 Chievo (VR)

Tel. 045/8101650 - Fax 045/8101655 - e-mail: [uildm.verona@libero.it](mailto:uildm.verona@libero.it)

Tipologia di utenti: handicap fisico

Tipologia di prestazioni: assistenza socio-sanitaria riabilitativa, trasporto, attività sportiva

## GLOSSARIO DELLE TIPOLOGIE

<p><b>ADHA - ADD</b> <i>Disturbo da deficit di attenzione/iperattività</i></p>	<p>ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), o ADD (Attention Deficit Disorder), è la sigla della sindrome da deficit di attenzione e iperattività. Il Disturbo da deficit d'attenzione ed iperattività (ADHD) è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato da inattenzione, impulsività e iperattività motoria.</p>
<p><b>AFASIA</b> <i>Patologia neurologica del linguaggio</i></p>	<p>Alterazione della capacità di comprendere e usare i simboli verbali, cioè di tradurre le parole in pensiero e viceversa, causata da patologie neurologiche. Si distingue in afasia di <b>Wernicke</b>, e afasia motoria, o di <b>Broca</b>, conseguenti a lesioni di aree cerebrali circoscritte, rispettivamente temporo-parietali e frontali, dell'emisfero dominante. Se si considera il linguaggio come la risultante dell'attività integrata di più aree cerebrali e di circuiti neuronali diversi, e la distinzione delle sindromi afasiche è meno netta di quanto indica tale classificazione. Le cause più comuni di afasia sono le <a href="#">vasculopatie</a> (trombosi ed embolie) e i tumori dell'emisfero dominante.</p>
<p><b>ANOMALIE CONGENITE</b> <i>Difetti strutturali presenti alla nascita</i></p>	<p>Anomalie cromosomiche (Sindromi di Down) Anomalie dei cromosomi sessuali Sindrome di Klinefelter (47, XXY)</p>
<p><b>ASPERGER</b> (vedi disturbi pervasivi dello sviluppo)</p>	<p>La sindrome di Asperger (abbreviata in SA, o AS in inglese) è un disordine pervasivo dello sviluppo imparentato con l'autismo e comunemente considerato una forma di autismo "ad alto funzionamento".</p>
<p><b>AUTISMO</b> (vedi disturbi pervasivi dello sviluppo)</p>	<p>L'autismo è considerato un disturbo che interessa la funzione cerebrale. I sintomi dell'autismo sono rilevabili entro il secondo/terzo anno di età e si manifestano con gravi alterazioni nelle aree della comunicazione verbale e non verbale, dell'interazione sociale e dell'immaginazione o repertorio di interessi. Le persone con autismo presentano spesso problemi comportamentali che nei casi più gravi possono esplicitarsi in atti ripetitivi (stereotipie, autolesionismo ecc.), anomali, auto o etero-aggressivi.</p>
<p><b>DDI</b> disturbo disintegrativo infantile (vedi disturbi pervasivi dello sviluppo)  <i>Sindrome di Heller, demenza infantile o psicosi disintegrativa.</i></p>	<p><b>Il disturbo disintegrativo dell'infanzia viene anche detto sindrome di Heller, demenza infantile o psicosi disintegrativa.</b> Il bambino colpito da questa sindrome va incontro, dopo i primi 2 anni di vita ma sempre prima dei 10, ad una perdita significativa di capacità acquisite in precedenza in almeno due delle seguenti aree: linguaggio, relazioni sociali, controllo degli sfinteri, capacità motorie. Il disturbo disintegrativo dell'infanzia spesso è associato al ritardo mentale grave.</p>
<p><b>DIFFICOLTA' DI APPRENDIMENTO</b></p>	<p>Le difficoltà di apprendimento comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• basso rendimento scolastico</li> <li>• disturbi specifici dell'apprendimento</li> <li>• disturbi del linguaggio</li> <li>• disturbi di attenzione (DDAI)</li> <li>• ritardo mentale</li> <li>• disturbi di personalità</li> <li>• disabilità plurime</li> <li>• sordità e ipoacusia</li> </ul>

<p><b>DISABILITÀ</b></p> <p><i>Condizione personale di chi, in seguito a menomazioni (come, ad esempio, l'amputazione di un arto) od anomalie congenite (focomelia, spina bifida, ecc.), ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente, e pertanto è meno autonomo nello svolgere le normali attività quotidiane e nel partecipare alla vita sociale.</i></p>	<p>La classificazione ICDH (International Classification of Disabilities and Handicaps) del 1980 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) distingueva tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>menomazione</b> intesa come perdita a carico di funzioni fisiche psichiche, e rappresenta l'estensione di uno stato patologico. Se tale disfunzione è congenita si parla di minorazione;</li> <li>- <b>disabilità</b>, ovvero qualsiasi limitazione della capacità di agire, naturale conseguenza ad uno stato di minorazione/menomazione;</li> <li>- <b>handicap</b>, svantaggio vissuto da una persona a seguito di disabilità o minorazione/menomazione.</li> </ul>
<p><b>DISARTRIA</b></p> <p><i>Disturbo centrale dell'articolazione del linguaggio</i></p>	<p>Alterazione dell'articolazione ad origine centrale, sottocorticale, corticale. L'eziopatogenesi, in base al momento in cui l'agente patogeno ha svolto la sua azione, si può ricondurre a: cause prenatali, perinatali o postnatali. Nel linguaggio si riscontrano alterazioni del timbro vocale, del ritmo della parola, dell'articolazione e più raramente della comprensione. La gravità dei disturbi varia notevolmente da soggetto a soggetto.</p>
<p><b>DISFASIA INFANTILE</b></p> <p><i>Disturbo neurologico del linguaggio</i></p>	<p>Il bambino disfasico presenta un deficit linguistico di varia entità. Il linguaggio viene compromesso nella formulazione, nell'espressione, nella comprensione, nella lettura e nella scrittura. I bambini disfasici sono meticolosi, rigidi, perseveranti, posseggono una scarsa memoria e una difficoltà attentiva, hanno una spiccata tendenza verso il concertismo, male accettano e riescono ad immaginare se stessi in situazioni inconsuete; inoltre presentano continui cambiamenti d'umore.</p> <p>Il linguaggio espressivo, nei casi più gravi è assente, nelle situazioni meno compromesse l'articolazione alterata e la frase è assente o mal strutturata.</p>
<p><b>DISFONIA</b></p> <p><i>Disturbo motorio del linguaggio</i></p>	<p>La disfonia è un'alterazione del timbro vocale dovuta a lesioni organiche o a fattori psicologici. L'eziologia dei disturbi organici della voce comprende: disturbi congeniti, infiammazioni, tumori, disturbi da alterazioni endocrine, trauma, malattie neurologiche. Le forme psicogene sono dovute a: stress emotivi e tensione muscolo-scheletrica, psiconevrosi, conflitti psico-sessuali, cause iatrogene, disfonia spastica adduttoria. Durante la terapia è indispensabile la collaborazione del paziente poiché deve imparare ad autoascoltarsi e a riconoscere la voce "normale". La corretta respirazione facilita una buona fonazione ed è il punto di partenza della terapia di ogni disturbo della voce. Il rilassamento costituisce un aiuto efficace nelle forme con tensione muscolo-scheletrica.</p>
<p><b>DISORDINI PERVASIVI DELLO SVILUPPO:</b></p> <p>Autismo Rett Dist. Disintegrativo infantile Asperger Pdd-Nos</p>	<p>Codici ICD10 collegati alle sindromi autistiche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>F84 disturbi evolutivi globali dello sviluppo psicologico</li> <li>F84.0 autismo infantile</li> <li>F84.1 autismo atipico</li> <li>F84.2 sindrome di Rett</li> <li>F84.3 sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo</li> <li>F84.4 disturbo iperattivo associato a ritardo mentale e movimenti stereotipati</li> <li>F84.5 sindrome di Asperger</li> <li>F84.8 disturbo evolutivo globale di altro tipo</li> <li>F84.9 disturbo evolutivo globale non specificato</li> </ul>

<p><b>DISPRASSIA</b></p> <p><i>Disturbo della funzione motoria del linguaggio</i></p>	<p>Il soggetto disprassico è impossibilitato ad articolare correttamente i fonemi e il bambino ritarda a denominare e ad utilizzare il linguaggio spontaneo. L'espressione è poco comprensibile, monotona, priva d'inflessioni e di ritmo per la presenza anche di disturbi psico-motori. Il logopedista deve facilitare la chiarezza articolatoria.</p>
<p><b>DISPRATTOGNOSIA</b></p> <p><i>Compromissione delle funzioni visuoperceptive superiori</i></p>	<p>Deficienza dell'organizzazione dello schema corporeo, dell'organizzazione spaziale, temporale, simbolica, dell'intelligenza categoriale, ecc." (Jadoulle).</p>
<p><b>DISTROFIA MUSCOLARE</b></p> <p><i>Gruppo di gravi malattie neuromuscolari a carattere degenerativo</i></p>	<p>Malattie determinate geneticamente e che causano atrofia progressiva della muscolatura scheletrica. Se ne classificano essenzialmente 3 tipi: Distrofia muscolare di <b>Duchenne</b> Distrofia muscolare di <b>Becker</b> Distrofia Miotonica</p>
<p><b>DISTROFIA MUSCOLARE DI BECKER</b></p> <p><i>Malattia neuromuscolare a carattere degenerativo dell'infanzia</i></p>	<p>Forma di distrofia ben caratterizzata, strettamente correlata alla variante di Duchenne, di cui rappresenta una forma relativamente più benigna.</p>
<p><b>DISTROFIA MUSCOLARE DI DUCHENNE</b></p> <p><i>Malattia neuromuscolare a carattere degenerativo dell'infanzia</i></p>	<p>La distrofia di Duchenne viene di solito riconosciuta al terzo anno di vita, ma almeno la metà dei pazienti presenta i segni della malattia prima che inizi la deambulazione. I primi segni che attirano l'attenzione sono l'incapacità di camminare o correre quando queste funzioni avrebbero già dovuto essere acquisite; oppure i bambini appaiono meno attivi della norma e cadono facilmente. Con il passare del tempo aumentano le difficoltà a camminare, correre, salire le scale ed è sempre più evidente la deambulazione anserina. Gli arti sono solitamente ipotonici e flaccidi, ma con il progredire della malattia compaiono contratture. Di solito la morte è dovuta ad insufficienza respiratoria, infezioni polmonari o scompenso cardiaco. In casi rari si osserva un modesto ritardo mentale non progressivo.</p>
<p><b>DISTROFIA MIOTONICA</b></p> <p><i>Malattia neuromuscolare a carattere degenerativo dell'adulto</i></p>	<p>E' la più comune forma di distrofia dell'età adulta.</p>
<p><b>DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO</b></p> <p><i>Gruppo eterogeneo di disordini che si manifestano con significative difficoltà nell'acquisizione e uso di abilità di comprensione del linguaggio orale, espressione linguistica, lettura, scrittura, ragionamento, o matematica. (NJCLD, 1988)</i></p>	<p>Disturbi specifici di apprendimento (<i>learning disabilities</i>) Questi disordini sono intrinseci all'individuo, presumibilmente legati a disfunzioni del sistema nervoso centrale e possono essere presenti lungo l'intero arco di vita. Problemi relativi all'autoregolazione del comportamento, alla percezione e interazione sociale possono essere associati al disturbo di apprendimento, ma non costituiscono, per se stessi, dei disturbi specifici di apprendimento. Benché possano verificarsi in concomitanza con altre condizioni di handicap (per esempio danno sensoriale, ritardo mentale, serio disturbo emotivo) o con influenze esterne come le differenze culturali, insegnamento insufficiente o inappropriato, i disturbi specifici di apprendimento non sono il risultato di queste condizioni o influenze.</p>

<p><b>DISTURBO DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO</b></p> <p><i>Marcata difficoltà in tutto l'apprendimento scolastico</i></p>	<p>Presenta le seguenti caratteristiche: immaturità globale, disomogeneità prestazionali, difficoltà nel ritenere i concetti, memoria e attenzione labili, difficoltà di classificare, a generalizzare i concetti, a dedurre e ad astrarre. Ad una osservazione approfondita si osserva povertà lessicale, carenze morfologico-sintattiche, difficoltà nella comprensione di un testo ; il bambino non si esprime con proprietà non sa raccontare con ordine e precisione lessicali eventi esterni alla sua esperienza personale, non coglie le relazioni di causa-effetto. Il ragionamento logico-matematico è deficitario e possono evidenziare disturbi nella lettura. La terapia del disturbo d'apprendimento investe il bambino in tutti i suoi aspetti maturativi, stimola le operazioni linguistiche di base, amplia il livello cognitivo, stimola nuove strategie mentali.</p>
<p><b>DISTURBO FONETICO-FONOLOGICO</b></p> <p><i>Ritardo dell'acquisizione della maturazione dello schema motorio del fonema e della parola.</i></p>	<p>I bambini con disturbo fonetico-fonologico presentano un ritardo nell'acquisizione e nella maturazione dello schema motorio del fonema e, nella produzione della parola, sono presenti omissioni, sostituzioni ed inversioni di fonemi. La frase orale, pur essendo correttamente strutturata, risulta incomprensibile per le numerose devianze fonologiche. L'età ideale per iniziare una terapia logopedica si colloca verso i 4 anni. L'intervento logopedico deve essere mirato e specifico per ciascun soggetto e il programma di intervento deve centrarsi su una terapia fonologica che parte dai fonemi più devianti rispetto alla normale sequenza di sviluppo. Il trattamento dovrebbe concludersi prima dell'inserimento scolastico, per prevenire ed evitare difficoltà nell'apprendimento della lettura e nel processo di conversione fonema-grafema.</p>
<p><b>EMIPLEGIA</b> (v. Paralisi cerebrali infantili)</p> <p><i>Deficit motorio che interessa un emilato</i></p>	<p>Nei primi mesi di vita si evidenzia una asimmetria negli schemi motori del bambino; deambulazione in lieve ritardo poi vistosamente asimmetrica, difficoltà nell'uso della mano paretica nell'esecuzione di prassie fini e nella presa con forza. Nel caso di emiparesi destra è frequente il mancinismo vicariante e problemi dello sviluppo linguistico. All'epoca degli apprendimenti bisogna valutare la presenza di un ritardo cognitivo.</p>
<p><b>HANDICAP</b></p>	<p><b>Mentale o psicofisico</b> L'A.A.M.D. (American Association of Mental Deficiency) definisce handicap mentale "un funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media, che è causa o che è associato ad una compromissione del comportamento adattivo e che si manifesta durante il periodo dello sviluppo".</p> <p><b>Sensoriale</b> Per handicap di tipo sensoriale si intende una disfunzione, più o meno grave, a carico degli organi di senso della vista (ipovisione, cecità parziale, cecità totale ecc.) o dell'udito (ipoacusía, sordità media, cofosi ecc.). Esistono comunque anche patologie a carico di entrambi i sensi, che si realizzano in una sordocecità.</p>
<p><b>ICD-10</b> <i>Decima revisione della classificazione internazionale delle malattie proposta dall'OMS.</i></p>	<p>Talvolta le sigle possono essere presenti nelle certificazioni come unico riferimento alla patologia presentata dall'alunno. <u>La tabella è riportata nelle pagine del fascicolo relative alla certificazione.</u></p>

<p><b>INTELLIGENZA</b></p> <p><i>L'insieme innato di funzioni conoscitive, adattative e immaginative, generate dall'attività cerebrale dell'uomo e di alcuni animali.</i></p>	<p>È anche definibile come la capacità di ragionare, apprendere, risolvere problemi, comprendere a fondo la realtà, le idee e il linguaggio. Sebbene molti considerino il concetto di intelligenza in un ambito più ampio, molte scuole di psicologia considerano l'intelligenza come distinta da tratti della personalità come il carattere, la creatività o la saggezza. &gt;misurazione dell'I.</p>
<p><b>MALATTIE RARE</b></p>	<p>Fenomeno sicuramente rilevante dal punto di vista etico-sociale ma di dimensioni statisticamente ridotte.</p> <p>Le malattie rare sono malattie spesso fatali o invalidanti e rappresentano il 10% delle patologie che affliggono l'umanità. Attualmente, il loro numero è stimato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità intorno a 6.000. Il comune denominatore è sempre quello della rarità dell'evento, caratterizzata da una bassa frequenza nella popolazione, e l'assenza di una terapia efficace per combatterlo.</p> <p>L'eziologia di molte malattie rare è sconosciuta, così pure per la gran parte di esse, la presenza di eventuali fattori di predisposizione o di rischio. Sono dette anche <b>Malattie Orfane</b> perchè manca lo stimolo ad investire rilevanti risorse nella ricerca farmaceutica in funzione di un mercato che resterebbe comunque molto limitato.</p>
<p><b>MISURAZIONE DELL'INTELLIGENZA</b></p>	<p>La principale utilità di disporre di modelli per la "misurazione" dell'intelligenza (psicomtria) è pratica, e consiste nella possibilità di effettuare comparazioni tra individui diversi. Ogni tipo di test si rifà ad una determinata impostazione di pensiero psicologico e a una specifica scuola.</p>
<p><b>PARALISI CEREBRALE INFANTILE</b></p> <p><i>Disturbo persistente ma non progressivo della postura e del movimento dovuto ad alterazioni della funzione cerebrale infantile prima che il sistema nervoso centrale abbia completato il suo sviluppo.</i></p>	<p><b>Classificazione in base alla sede del disturbo motorio</b> (classificazione topologica)</p> <p><u>Tetraplegia</u> (disturbo del controllo motorio del tronco e dei quattro arti)</p> <p><u>Emiplegia</u> (disturbo del controllo motorio di un emilato)</p> <p><u>Diplegia</u> (disturbo del controllo motorio dei quattro arti, ma prevalente agli arti inferiori)</p> <p><b>Classificazione in base alle caratteristiche del movimento</b> (classificazione motoria)</p> <p>Forme spastiche (aumento costante del tono in alcuni gruppi muscolari)</p> <p>Forme atassiche (disturbo della coordinazione e dell'equilibrio)</p>
<p><b>PARAPLEGIA</b></p>	<p>Condizione in cui la parte inferiore del corpo di una persona è affetta da paralisi motoria e/o carenza funzionale, associata a disturbi della sensibilità.</p>
<p><b>Pdd-Nos</b> (vedi disturbi pervasivi dello sviluppo)</p>	<p>Il termine diagnostico Disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, PDD-NOS) deriva dal modello concettuale dei disturbi generalizzati dello sviluppo (PDD). Tale modello comprende tutte le condizioni patologiche che rientrano nella sigla PDD, tra cui l'autismo, e che rappresentano un insieme di malattie correlate collocate all'interno di un ipotetico spettro, contrassegnato a un estremo dall'autismo grave e all'altro da una condizione di esistenza pressoché normale, se non per una caratteristica "cecità" sociale o empatica nel corso della vita</p>

<p><b>QUOZIENTE INTELLETTIVO (QI)</b></p>	<p>Valutazione del QI / DSM-IV (1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 70 soglia di normalità</li> <li>• 50-55 a circa 70            ritardo mentale lieve</li> <li>• 35-40 a 50-55                ritardo mentale moderato</li> <li>• 20-25 a 35-40                ritardo mentale grave</li> <li>• &lt; 20-25                        ritardo mentale gravissimo</li> </ul>
<p><b>RITARDO DEL LINGUAGGIO</b></p> <p><i>Disturbo nell'evoluzione delle fasi dello sviluppo del linguaggio.</i></p>	<p>Non ha cause organiche, ma può essere il risultato di: difficoltà psico-motorie, lateralità incerta, ospedalizzazione prolungata, nascita di un fratellino, carenti stimolazioni linguistiche corrette, e/o altre cause di ordine affettivo-ambientale. Il bambino affetto da ritardo del linguaggio è intelligente. A due/tre anni pronuncia un certo numero di parole, ma non struttura la frase, anche se comprende molto bene il linguaggio. Questa patologia, accompagnata da disturbi fonetico-fonologici indica, inoltre, disturbi tra gli aspetti fonetico-articolatori e problemi di articolazione linguistica.</p>
<p><b>RITARDO MENTALE</b></p> <p><i>Deficit dello sviluppo delle funzioni intellettive</i></p>	<p>Una carenza in questo senso deve verificarsi, perché la patologia sia diagnostica, prima del diciottesimo anno di età. In chi è affetto da ritardo mentale il funzionamento intellettuale è in maniera significativa inferiore alla media. Perché sia diagnosticato occorre vi siano associate rilevanti difficoltà che vengono convenzionalmente individuate in almeno due delle seguenti aree: comunicazione, cura della persona, vita in famiglia, attività sociali, capacità di usare le risorse della comunità, autodeterminazione, scuola, lavoro, tempo libero, salute, sicurezza.</p>
<p><b>SINDROME DEL GRIDO DEL GATTO</b></p> <p><b>CRI DU CHAT</b></p> <p><u><a href="#">Malattia rara di origine genetica</a></u></p>	<p>Causata dalla <u><a href="#">delezione</a></u> di parte del <u><a href="#">cromosoma 5</a></u> ("<u><a href="#">delezione 5p-</a></u>"). Individuata dal <u><a href="#">medico francese Jérôme Lejeune</a></u> nel <u><a href="#">1963</a></u> ha un'incidenza di un caso ogni 50 000 nati vivi. La <u><a href="#">sindrome</a></u> prende nome dal pianto lamentoso, simile al miagolio del <u><a href="#">gatto</a></u>, caratteristico dei soggetti affetti. La perdita di materiale genetico si associa a ritardo dello sviluppo psicomotorio e a grave <u><a href="#">ritardo mentale</a></u>, ma la assenza di malformazioni gravi in una notevole percentuale di casi può garantire una lunga sopravvivenza.</p>
<p><b>SINDROME DI ANGELMAN</b></p> <p><i>Malattia rara di origine genetica</i></p>	<p>E' caratterizzata da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- brachicefalia</li> <li>- dismorfismi facciali</li> <li>- ritardo mentale grave</li> <li>- atassia</li> <li>- mioclonie</li> <li>- crisi epilettiche</li> </ul> <p>Il quadro neurologico è costituito anche dal ritardo psicomotorio. Il linguaggio espressivo è limitato a meno di 6 parole in quasi tutti i soggetti con SA; può essere, tuttavia, conservata la capacità di comunicare con altre modalità (gestuali, etc.). La memoria, soprattutto quella delle facce, e l'orientamento spaziale sono meno compromessi.</p>



<p><b>SINDROME DI CORNELIA DE LANGE</b> (Brachmann- de Lange).</p> <p><i>Malattia rara di origine genetica</i></p>	<p>Si stima che l'incidenza di essa sia di un nuovo caso ogni 10-20.000 nati (circa 50 nuovi casi all'anno in Italia). Le caratteristiche principali di un soggetto affetto sono: basso peso alla nascita (inferiore a due chili e mezzo), scarsa crescita post-natale in peso e altezza, ridotte dimensioni della testa (microcefalia), eccesso di peluria sul corpo (in particolare su avambraccia e regione lombare), piedi e mani piccoli o gravi malformazioni a carico di queste ultime. L'acquisizione delle comuni tappe di sviluppo psicomotorio è ritardata, così come, in modo variabile, lo sviluppo intellettuale. La sfera della comunicazione verbale è quella più compromessa ed è ormai chiaro che le capacità di comprensione di questi soggetti superano notevolmente le loro possibilità di espressione per mezzo della parola.</p>
<p><b>SINDROME DI DOWN O TRISOMIA 21</b></p>	<p>Sindrome da anomalia cromosomica (è la più frequente di questo tipo di malattie: uno su 660 nati). Nella maggioranza dei casi la sindrome di Down è dovuta alla presenza di un <a href="#">cromosoma</a> in più nella coppia di cromosomi classificata col numero 21. Alla nascita i bambini affetti da sindrome di Down presentano peso inferiore alla norma, ipotonia spiccata e alterazioni importanti del fenotipo tra le quali: taglio mongolico degli occhi; bocca piccola aperta dalla quale spesso protrude la lingua ipotonica; orecchie piccole con attaccatura bassa; macchie particolari nell'<a href="#">iride</a>. Le mani sono corte e tozze, con indice, medio e anulare della stessa lunghezza; il palmo presenta un'unica piega di flessione. Spesso si associano malformazioni a carico di diversi organi: nel 40% dei casi, cardiopatia congenita, manifesta sin dalla nascita o dopo qualche settimana; atresia duodenale ecc. Tutti presentano <a href="#">ritardo mentale</a>, di grado molto variabile. A causa della grave ipotonia, le tappe di apprendimento di questi bambini seguono fasi diverse rispetto alla norma. La motricità è sfasata di circa 12-18 mesi: la marcia quadrupede è raggiunta a 13-15 mesi; la manipolazione è ritardata di 1-4 mesi. Il linguaggio extraverbale e psicomotorio ha un ritardo di circa un anno; quello verbale, soprattutto per quanto riguarda la costruzione delle prime frasi, di 3-4 anni. Lo sviluppo cognitivo è compromesso soprattutto in relazione alla capacità di astrarre (fase percettivo-concettuale). Bisogna però sottolineare che i dati che si riferiscono al ritardo nell'<a href="#">apprendimento</a> e in genere nello sviluppo psicofisico sono largamente generici, in quanto ciascun bambino affetto da sindrome di Down ha tappe d'acquisizione sue proprie, e livelli di capacità molto variabili.</p>
<p><b>SINDROME DI ELLIS-VAN CREVELD</b></p> <p><i>Malattia rara di origine genetica</i></p>	<p>Segni clinici della patologia che possono interessare a scuola:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bassa statura/nanismo (molto frequente)</li> <li>• ipoplasia delle falangi distali delle dita (molto frequente)</li> <li>• polidattilia dell'arto superiore (molto frequente)</li> <li>• torace stretto (molto frequente)</li> <li>• unghie sottili/ipoplasiche (mani) (molto frequente)</li> <li>• unghie sottili/ipoplasiche (piedi) (molto frequente)</li> <li>• adonzia/oligodonzia (frequente)</li> <li>• frenuli buccali anomali/sinecchia buccale (frequente)</li> <li>• microdonzia totale o parziale (frequente)</li> <li>• polso/anomalia del carpo (frequente)</li> <li>• ritardo della crescita intrauterina (frequente)</li> <li>• agenesia del rene/ipoplasia mono/bilaterale (occasio.)</li> <li>• capelli radi/ipotrichia/atrichia (occasionale)</li> <li>• denti, eruzione tardiva (occasionale)</li> <li>• ipospadia/epispadia (occasionale)</li> <li>• labbra sottili/retrate (occasionale)</li> <li>• ritardo mentale/psicomotorio (occasionale)</li> </ul>

<p><b>SINDROME DI JACOBSEN</b></p> <p><i>Malattia rara</i></p>	<p>Quadro malformativo riconosciuto. Dà luogo a diversi fenotipi di diversa gravità, che comprendono dismorfismi multipli, cardiopatie congenite e trombocitopenia. Lo sviluppo mentale può essere pressoché normale o moderatamente ritardato. I pazienti con una lieve disfunzione cognitiva hanno un linguaggio passivo quasi normale, ma la funzione espressiva del linguaggio è modestamente alterata. Altri segni clinici comuni sono quelli oftalmologici e gastrointestinali, la bassa statura, i problemi genito-urinari, il ritardo motorio da lieve a marcato.</p>
<p><b>SINDROME DI MARTIN BELL o SINDROME DELL'X FRAGILE</b></p> <p><i>Malattia genetica</i></p>	<p>E' una <a href="#">malattia genetica</a> umana causata da una <a href="#">mutazione</a> sul <a href="#">cromosoma X</a>, mutazione presente in un <a href="#">maschio</a> su 4000 e in una <a href="#">femmina</a> su 6000. Circa 1 su 256 donne sono portatrici di X-Fragile e possono trasmetterlo ai loro figli. Circa 1 su 800 maschi sono portatori di X-Fragile; le loro figlie saranno, a loro volta, portatrici del gene. Si contende con la <a href="#">sindrome di Down</a> il primato come causa genetica più comune di <a href="#">ritardo mentale</a>. A parte il ritardo mentale di grado variabile da severo a moderato, altre evidenti caratteristiche della sindrome sono il volto allungato, grandi orecchie, grossi <a href="#">testicoli</a> e basso tono muscolare. Le caratteristiche comportamentali possono comprendere movimenti stereotipati (ad esempio, battere le mani) e sviluppo sociale atipico, in particolare timidezza e limitato contatto con gli occhi dell'interlocutore. Alcuni individui affetti dalla sindrome dell'X fragile rientrano inoltre nei criteri diagnostici dell'autismo.</p>
<p><b>SINDROME DI PRADER-WILLI</b></p> <p><i>Malattia rara di origine genetica</i></p>	<p>Sintomi descritti da Prader e aa. nel 1956:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• grave ipotonia infantile</li> <li>• problemi alimentari nell'infanzia</li> <li>• ritardata età ossea e bassa statura</li> <li>• mani e piedi piccoli</li> <li>• ritardo mentale di medio grado</li> <li>• facies caratteristica</li> <li>• obesità (I infanzia)</li> <li>• problemi comportamentali (adolescenza)</li> <li>• tendenza a sviluppare diabete (adolescenza)</li> <li>• difetti nell'articolazione del linguaggio</li> </ul>
<p><b>SINDROME DI TOURETTE</b></p> <p>Sindrome da TIC</p>	<p>Disordine neurologico che si manifesta con movimenti incontrollati del corpo e/o facciali e qualche volta anche con tic di tipo vocale o verbale, colpisce migliaia di bambini (le stime mondiali indicano un rapporto di 22 Tourette ogni 10.00 bambini e circa 22 ogni 10000 giovani, rapporto che scende a 0,4 in età adulta) e giovani adulti che in una buona percentuale possono vivere per sempre con questo problema.</p>
<p><b>SINDROME DI TURNER</b></p> <p><i>Anomalia cromosomica</i></p>	<p>Caratteristiche principali della sindrome di Turner sono: linfoedema periferico (mani e piedi gonfi a causa di stasi linfatica), pterigio del collo (collo corto "a tenda"), bassa statura, amenorrea primaria (mancata comparsa delle mestruazioni). Talvolta sono presenti anche cardiopatia, ipertensione e anomalie renali. Sia l'intelligenza sia l'attesa di vita sono normali.</p>

<p><b>SINDROME DI WILLIAMS</b></p> <p><i>Malattia rara di origine genetica</i></p>	<p>I pazienti affetti presentano delle caratteristiche facciali tipiche che li rendono somiglianti tra di loro e che spesso inducono a sospettare la diagnosi. Queste sono costituite da una microcefalia [testa piccola rispetto all'età], fronte ampia, occhi vicini tra loro [ipotelorismo], iride stellata, radice del naso appiattita con narici anteverse, filtro [solco sottolabiale] lungo, labbra carnose, bocca aperta. La voce è roca e i denti sono piccoli e iperdistanziati. Dal punto di vista clinico è caratterizzata dall'associazione di tali anomalie facciali ad un ritardo di crescita staturale-ponderale. di disturbi visivi quali strabismo e difetti che interessano la rifrazione ed il senso di profondità, disturbi dell'udito [tipica è una ipersensibilità ai rumori forti ed acuti]. Dal punto di vista neuropsicologico i pazienti affetti da sindrome di Williams presentano un ritardo dello sviluppo motorio e mentale di livello variabile da medio a grave. Le conseguenti difficoltà di apprendimento e di coordinazione motoria non impediscono però lo sviluppo di una espansività, socievolezza e capacità di espressione. Infatti, caratterialmente sono pazienti estremamente loquaci e gioviali con una notevole predisposizione per la musica, le lingue straniere e le arti in generale.</p>
<p><b>TETRAPLEGIA</b></p> <p>(v. Paralisi cerebrali infantili)</p> <p><i>Disturbo del movimento e della sensibilità a livello dei quattro arti</i></p>	<p>Con questo termine vengono designate due differenti categorie sindromiche neurologiche: Tetraplegia da lesione midollare Tetraplegia da lesione cerebrale.</p>
<p><b>EPILESSIA</b></p> <p><i>Sindrome patologica</i></p>	<p>L'epilessia è una sindrome patologica. <b>Nelle forme abituali non porta nessuna menomazione nell'ambito della vita quotidiana.</b> L'epilessia è caratterizzata dalla ripetizione di crisi epilettiche, dovute ad una <b>iperattività delle cellule nervose cerebrali</b> (i cosiddetti "neuroni"). Si verifica <b>un eccesso di funzione del sistema nervoso</b>: alcune cellule del cervello incominciano a lavorare ad un ritmo molto superiore al normale, producendo la cosiddetta scarica epilettica e la crisi epilettica. Questi pazienti presentano talora altri segni neurologici quali disturbi motori, ritardi di sviluppo, deficit attentivi.</p>
<p><b>SCHIZOFRENIA</b></p> <p><i>Disturbo psicotico</i></p>	<p>La <b>schizofrenia</b> è un grave disturbo psicotico: chi ne è affetto diventa del tutto indifferente a ciò che accade, reagisce in modo assurdo o incoerente agli eventi esterni, <b>perde il contatto con la realtà</b> e si isola in un mondo suo proprio, incomprensibile agli altri. A causa della sua caratteristica destrutturante della personalità, la schizofrenia compromette tutti gli aspetti della vita del soggetto, sconvolgendo profondamente la sua rete relazionale e, quindi, coinvolgendo anche il nucleo familiare. Nella <b>schizofrenia</b> vengono identificati vari sottotipi: - <b>paranoide, tipo disorganizzato, tipo catatonico, tipo indifferenziato e tipo residuo.</b></p>
<p><b>SINDROME DI KLIPPEL WEBER</b></p> <p><i>Malattia rara</i></p>	<p>la sindrome di Klippel-Trenaunay-Weber è una malattia congenita rara, che può colpire gli arti superiori ed inferiori, come anche altri distretti del corpo. Non sembra vi sia una linea ereditaria accertata nella trasmissione della malattia, e non è descritta la possibilità di nuove localizzazioni oltre quelle che si presentano alla nascita.</p>
<p><b>IPERATTIVITÀ</b></p> <p><i>Deficit dell'attenzione</i></p>	<p>Deficit dell'attenzione. Difficoltà di attenzione, fatica a mantenere l'attenzione e a concentrarsi, tendenza ad agire senza pensare a quello che stanno facendo, difficoltà a modificare il comportamento sulla base dei loro errori e non riescono a stare tranquillamente seduti per lunghi periodi di tempo.</p>

## SITOGRAFIA DELLE SINDROMI

ADHA – ADD	<a href="http://www.pediatric.it/adhd.htm">www.pediatric.it/adhd.htm</a> <a href="http://www.psicologia-sviluppo.com/adhd.htm">www.psicologia-sviluppo.com/adhd.htm</a> <a href="http://www.aidaiassociazione.com">www.aidaiassociazione.com</a> <a href="http://www.xenu.com-it.net/minsalute_ADHD.pdf">www.xenu.com-it.net/minsalute_ADHD.pdf</a> <a href="http://www.erickson.it/erickson/repository/pdf/PRODUCT_175_PDF.pdf">www.erickson.it/erickson/repository/pdf/PRODUCT_175_PDF.pdf</a> <a href="http://www.aifa.it/adhd.htm">www.aifa.it/adhd.htm</a> <a href="http://www.educare.it/Scuola/difficolta/disturbi/disturbo_attenzione_iperattivita.htm">www.educare.it/Scuola/difficolta/disturbi/disturbo_attenzione_iperattivita.htm</a>
AFASIA	<a href="http://www.aphasiaforum.com">www.aphasiaforum.com</a> <a href="http://www.aita-onlus.it">www.aita-onlus.it</a> <a href="http://www.dica33.it/argomenti/otorinolaringoiatria">www.dica33.it/argomenti/otorinolaringoiatria</a>
ANOMALIE CONGENITE	<a href="http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2612355.html">www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2612355.html</a> <a href="http://www.asmac.it/malformazioni_congenite.html">www.asmac.it/malformazioni_congenite.html</a> <a href="http://www.conosciamocimeglio.it/documenti/0/0/70/71/07Da1.1a1.4.2.2.pdf">www.conosciamocimeglio.it/documenti/0/0/70/71/07Da1.1a1.4.2.2.pdf</a>
ASPERGER	<a href="http://www.asperger.it">www.asperger.it</a> <a href="http://www.molecularlab.it/elaborati/elaborato.asp?n=50">www.molecularlab.it/elaborati/elaborato.asp?n=50</a> <a href="http://www.molecularlab.it/elaborati/elaborato.asp?n=39">www.molecularlab.it/elaborati/elaborato.asp?n=39</a> <a href="http://www.superando.it/content/view/3136/112">www.superando.it/content/view/3136/112</a>
AUTISMO	<a href="http://www.autismo.inews.it">www.autismo.inews.it</a> <a href="http://www.autismoperche.it">www.autismoperche.it</a> <a href="http://www.autism.org/translations/italian.html">www.autism.org/translations/italian.html</a> <a href="http://www.genitoricontraautismo.org">www.genitoricontraautismo.org</a> <a href="http://www.autismoitalia.org">www.autismoitalia.org</a> <a href="http://www.alihandicap.org/ali">www.alihandicap.org/ali</a>
DDI Disturbo Disintegrativo Infantile	<a href="http://www.nessuno-perfetto.it/disturbo_disintegrativo_dellinfanzia.html">www.nessuno-perfetto.it/disturbo_disintegrativo_dellinfanzia.html</a> <a href="http://www.fondazioneares.com/index.php?id=407">www.fondazioneares.com/index.php?id=407</a> <a href="http://www.autismoitalia.org/diagnosi.asp">www.autismoitalia.org/diagnosi.asp</a>
DIFFICOLTA' DI APPRENDIMENTO	<a href="http://www.psicopedagogika.it/view.asp?id=138">www.psicopedagogika.it/view.asp?id=138</a> <a href="http://www.erickson.it/erickson/product.do?categoryId=3&amp;id=714">www.erickson.it/erickson/product.do?categoryId=3&amp;id=714</a> <a href="http://www.centroeducativomilani.it/difficoltapprendimento.htm">www.centroeducativomilani.it/difficoltapprendimento.htm</a> <a href="http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2622413b.html">www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2622413b.html</a>
DISABILITÀ	<a href="http://www.disabili.com">www.disabili.com</a> <a href="http://www.superabile.it">www.superabile.it</a> <a href="http://www.asphi.it/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm">www.asphi.it/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm</a> <a href="http://www.ittiq.cnr.it/disabilita">www.ittiq.cnr.it/disabilita</a> <a href="http://www.handylex.org">www.handylex.org</a> <a href="http://www.annoeeuropeedisabili.it">www.annoeeuropeedisabili.it</a>
DISARTRIA	<a href="http://www.dica33.it/argomenti/otorinolaringoiatria/audio3.asp">www.dica33.it/argomenti/otorinolaringoiatria/audio3.asp</a> <a href="http://www.neuropsych.it/casi/02.html">www.neuropsych.it/casi/02.html</a> <a href="http://www.paginesanitarie.com/disartria.htm">www.paginesanitarie.com/disartria.htm</a> <a href="http://www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda/2244.html">www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda/2244.html</a>
DISFASIA INFANTILE	<a href="http://www.ctla.it/patologie/8.htm">www.ctla.it/patologie/8.htm</a> <a href="http://www.educare.it/Consulenza/domande/1123-disfasia_infantile.htm">www.educare.it/Consulenza/domande/1123-disfasia_infantile.htm</a> <a href="http://www.aita-onlus.it/docs/puglia.pdf">www.aita-onlus.it/docs/puglia.pdf</a>
DISFONIA	<a href="http://www.distonia.it/clinica/disfonia.html">www.distonia.it/clinica/disfonia.html</a>

DISORDINI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	<a href="http://www.istituto-besta.it/NPI2.htm">www.istituto-besta.it/NPI2.htm</a> <a href="http://www.autismoeducazione.org/paolavisconti">www.autismoeducazione.org/paolavisconti</a> <a href="http://www.autismoweb.it/html/autismo.html">www.autismoweb.it/html/autismo.html</a> <a href="http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_orizzonti_390_pdfArticolo.pdf">www.ministerosalute.it/imgs/C_17_orizzonti_390_pdfArticolo.pdf</a>
DISPRASSIA	<a href="http://www.club.it/letizia/documenti/disprassia.html">www.club.it/letizia/documenti/disprassia.html</a> <a href="http://www.disprassia.org">www.disprassia.org</a> <a href="http://www.psicomotricista.it/disprassia/">www.psicomotricista.it/disprassia/</a> <a href="http://www.disabiliforum.com/forum-dis1/forum_posts.asp?TID=1150">www.disabiliforum.com/forum-dis1/forum_posts.asp?TID=1150</a>
DISPRATTOGNOSIA	<a href="http://www.amso.it/ada/storia.htm">www.amso.it/ada/storia.htm</a> <a href="http://www.istitutodipsicomotricita.com/index.php">www.istitutodipsicomotricita.com/index.php</a> <a href="http://www.aidaiassociazione.com/documents">www.aidaiassociazione.com/documents</a>
DISTROFIA MUSCOLARE	<a href="http://www.uildm.org">www.uildm.org</a> <a href="http://www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=14">www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=14</a> <a href="http://www.distrofici.it/">www.distrofici.it/</a> <a href="http://www.lucacoscioni.it/node/1925">www.lucacoscioni.it/node/1925</a>
DIFFICOLTA' DI APPRENDIMENTO	<a href="http://www.psicopedagogika.it/view.asp?id=138">www.psicopedagogika.it/view.asp?id=138</a> <a href="http://www.erickson.it/erickson/product.do?categoryId=3&amp;id=714">www.erickson.it/erickson/product.do?categoryId=3&amp;id=714</a> <a href="http://www.centroeducativomilani.it/difficoltapprendimento.htm">www.centroeducativomilani.it/difficoltapprendimento.htm</a> <a href="http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2622413b.html">www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2622413b.html</a>
DISABILITÀ	<a href="http://www.disabili.com">www.disabili.com</a> <a href="http://www.superabile.it">www.superabile.it</a> <a href="http://www.asphi.it/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm">www.asphi.it/DisabilitaOggi/DefinizioniOMS.htm</a> <a href="http://www.ittiq.cnr.it/disabilita">www.ittiq.cnr.it/disabilita</a> <a href="http://www.handylex.org">www.handylex.org</a> <a href="http://www.annoeeuropeedisabili.it">www.annoeeuropeedisabili.it</a>
DISARTRIA	<a href="http://www.dica33.it/argomenti/otorinolaringoiatria/audio3.asp">www.dica33.it/argomenti/otorinolaringoiatria/audio3.asp</a> <a href="http://www.neuropsy.it/casi/02.html">www.neuropsy.it/casi/02.html</a> <a href="http://www.paginesanitarie.com/disartria.htm">www.paginesanitarie.com/disartria.htm</a> <a href="http://www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda/2244.html">www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda/2244.html</a>
DISFASIA INFANTILE	<a href="http://www.ctla.it/patologie/8.htm">www.ctla.it/patologie/8.htm</a> <a href="http://www.educare.it/Consulenza/domande/1123-disfasia_infantile.htm">www.educare.it/Consulenza/domande/1123-disfasia_infantile.htm</a> <a href="http://www.aita-onlus.it/docs/puglia.pdf">www.aita-onlus.it/docs/puglia.pdf</a>
DISFONIA	<a href="http://www.distoniamusic.it/clinica/disfonia.html">www.distoniamusic.it/clinica/disfonia.html</a>
DISORDINI PERVASIVI DELLO SVILUPPO	<a href="http://www.istituto-besta.it/NPI2.htm">www.istituto-besta.it/NPI2.htm</a> <a href="http://www.autismoeducazione.org/paolavisconti">www.autismoeducazione.org/paolavisconti</a> <a href="http://www.autismoweb.it/html/autismo.html">www.autismoweb.it/html/autismo.html</a> <a href="http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_orizzonti_390_pdfArticolo.pdf">www.ministerosalute.it/imgs/C_17_orizzonti_390_pdfArticolo.pdf</a>
DISPRASSIA	<a href="http://www.club.it/letizia/documenti/disprassia.html">www.club.it/letizia/documenti/disprassia.html</a> <a href="http://www.disprassia.org">www.disprassia.org</a> <a href="http://www.psicomotricista.it/disprassia/">www.psicomotricista.it/disprassia/</a> <a href="http://www.disabiliforum.com/forum-dis1/forum_posts.asp?TID=1150">www.disabiliforum.com/forum-dis1/forum_posts.asp?TID=1150</a>
DISTURBO APPRENDIMENTO SCOLASTICO	<a href="http://www.psychomedia.it/pm/answer/learndis/disapp.htm">www.psychomedia.it/pm/answer/learndis/disapp.htm</a> <a href="http://www.educare.it/Scuola/difficolta/disturbi/disturbi_apprendimento.htm">www.educare.it/Scuola/difficolta/disturbi/disturbi_apprendimento.htm</a> <a href="http://www.ecomind.it/disturbi_dell'apprendimento/info_disturbi_dell'apprendimento">www.ecomind.it/disturbi_dell'apprendimento/info_disturbi_dell'apprendimento</a>
DISTURBO FONETICO-FONOLOGICO	<a href="http://www.ctla.it/patologie/4.htm">www.ctla.it/patologie/4.htm</a> <a href="http://www.mondovi.polito.it/UTS/APPRENDI/ALLEGATO2.pdf">www.mondovi.polito.it/UTS/APPRENDI/ALLEGATO2.pdf</a>

HANDICAP	<a href="http://www.educare.it/Handicap/handicap_index.htm">www.educare.it/Handicap/handicap_index.htm</a> <a href="http://www.istruzione.it/argomenti/handicap_new/index.shtml">www.istruzione.it/argomenti/handicap_new/index.shtml</a> <a href="http://www.handylex.org">www.handylex.org</a> <a href="http://www.accaparlante.it/cdh-bo/">www.accaparlante.it/cdh-bo/</a>
ICD-10	<a href="http://www.wikipedia.org/wiki/ICD-10">www.wikipedia.org/wiki/ICD-10</a> <a href="http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=ssn&amp;id=15">www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=ssn&amp;id=15</a> <a href="http://www.dors.it/pag.php?idcm=1987">www.dors.it/pag.php?idcm=1987</a> <a href="http://www.psicomotricista.it/icd-10/icd-10.html">www.psicomotricista.it/icd-10/icd-10.html</a>
INTELLIGENZA	<a href="http://www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=intelligenza.html">www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=intelligenza.html</a> <a href="http://www.digilander.libero.it/IntelligenzaEmotiva/sommario.htm">www.digilander.libero.it/IntelligenzaEmotiva/sommario.htm</a> <a href="http://www.it.wikipedia.org/wiki/Intelligenza">www.it.wikipedia.org/wiki/Intelligenza</a>
MALATTIE RARE	<a href="http://www.iss.it/cnmr">www.iss.it/cnmr</a> <a href="http://www.malattierare.pediatria.unipd.it">www.malattierare.pediatria.unipd.it</a> <a href="http://www.retemalattierare.it">www.retemalattierare.it</a> <a href="http://www.malattierare.marionegri.it">www.malattierare.marionegri.it</a> <a href="http://www.aidweb.org">www.aidweb.org</a>
MISURAZIONE INTELLIGENZA	<a href="http://www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=intelligenza.html">www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=intelligenza.html</a> <a href="http://www.psicopedagogika.it/view.asp?id=173">www.psicopedagogika.it/view.asp?id=173</a> <a href="http://www.psyco.unitn.it/didattica/corsi/1015/Intelligenza.pdf">www.psyco.unitn.it/didattica/corsi/1015/Intelligenza.pdf</a>
PARALISI CEREBRALE INFANTILE	<a href="http://www.club.it/letizia/documenti/paralisi_cerebrali_infantili.html">www.club.it/letizia/documenti/paralisi_cerebrali_infantili.html</a> <a href="http://www.accaparlante.it/cdh-bo/documentazione/pci/index.htm">www.accaparlante.it/cdh-bo/documentazione/pci/index.htm</a> <a href="http://www.psicomotricista.it/pci">www.psicomotricista.it/pci</a> <a href="http://www.24settimane.it/pci.htm">www.24settimane.it/pci.htm</a> <a href="http://www.musicoterapia.it/Paralisi-cerebrali-infantili.html">www.musicoterapia.it/Paralisi-cerebrali-infantili.html</a> <a href="http://www.tesionline.it/ricerca/parolachiave.jsp?keyword=paralisi%20cerebrale%20infantile">www.tesionline.it/ricerca/parolachiave.jsp?keyword=paralisi%20cerebrale%20infantile</a> <a href="http://www.beike.ch/Paralisi-Cerebrale">www.beike.ch/Paralisi-Cerebrale</a>
QUOZIENTE INTELLETTIVO (QI)	<a href="http://www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=qi.html">www.ildiogene.it/EncyPages/Ency=qi.html</a>
RITARDO DEL LINGUAGGIO	<a href="http://www.listaippocrate.it/files/ritardo_linguaggio.pdf">www.listaippocrate.it/files/ritardo_linguaggio.pdf</a> <a href="http://www.dysphasie.ch/it/indagine_precoce.shtml">www.dysphasie.ch/it/indagine_precoce.shtml</a> <a href="http://www.infantiae.org/orsolini050912.asp">www.infantiae.org/orsolini050912.asp</a> <a href="http://www.ctla.it/patologie/3.htm">www.ctla.it/patologie/3.htm</a> <a href="http://www.cild.it/pag.aspx?id=54">www.cild.it/pag.aspx?id=54</a>
RITARDO MENTALE	<a href="http://www.ritardomentale.it">www.ritardomentale.it</a> <a href="http://www.edscuola.it/archivio/psicologia/ritardo_mentale.htm">www.edscuola.it/archivio/psicologia/ritardo_mentale.htm</a> <a href="http://www.ecomind.it/ritardo_mentale/info_ritardo_mentale.html">www.ecomind.it/ritardo_mentale/info_ritardo_mentale.html</a>
SINDROME DEL GRIDO DI GATTO Cri Du Chat	<a href="http://www.criduchat.it/cdc/giornale/gio1/enata.htm">www.criduchat.it/cdc/giornale/gio1/enata.htm</a>
SINDROME DI ANGELMAN	<a href="http://www.sindromediangelman.org">www.sindromediangelman.org</a>
SINDROME DI CORNELIA DE LANGE (Brachmann- de Lange)	<a href="http://www.corneliadelange.org">www.corneliadelange.org</a> <a href="http://www.uildm.org/opuscoli/altre/delang.htm">www.uildm.org/opuscoli/altre/delang.htm</a>

SINDROME DI DOWN O TRISOMIA 21	<a href="http://www.sindrome-down.it">www.sindrome-down.it</a> <a href="http://www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=42">www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=42</a> <a href="http://www.conosciamocimeglio.it">www.conosciamocimeglio.it</a> <a href="http://www.aipd.it/sindrome_di_down/sindrome_di_down.php">www.aipd.it/sindrome_di_down/sindrome_di_down.php</a>
SINDROME DI ELLIS-VAN CREVELD	<a href="http://www.retemalattierare.it/">www.retemalattierare.it/</a>
SINDROME DI JACOBSEN	<a href="http://www.azzurramalattierare.it/amico.php">www.azzurramalattierare.it/amico.php</a>
SINDROME DI MARTIN BELL o SINDROME DELL'X FRAGILE	<a href="http://www.xfragile.it/aspettigeneticidellasindrome.htm">www.xfragile.it/aspettigeneticidellasindrome.htm</a> <a href="http://www.xfragile.it/guida.htm">www.xfragile.it/guida.htm</a> <a href="http://www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=44">www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=44</a>
SINDROME DI PRADER-WILLI	<a href="http://www.praderwilli.it">www.praderwilli.it</a> <a href="http://www.uildm.org/opuscoli/altre/pws">www.uildm.org/opuscoli/altre/pws</a>
SINDROME DI TOURETTE Sindrome da TIC	<a href="http://www.sindromeditourette.it/">www.sindromeditourette.it/</a> <a href="http://www.molecularlab.it/news/commento.asp?n=791&amp;p=5">www.molecularlab.it/news/commento.asp?n=791&amp;p=5</a> <a href="http://www.collettivamente.com/articolo/1441642.html">www.collettivamente.com/articolo/1441642.html</a>
SINDROME DI TURNER <i>anomalia cromosomica</i>	<a href="http://www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=100">www.telethon.it/informagene/dettaglio_malattia.asp?id=100</a> <a href="http://www.mammaepapa.it/salute/pag.asp?nfile=pr_turner3">www.mammaepapa.it/salute/pag.asp?nfile=pr_turner3</a> <a href="http://www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2612399.html">www.msd-italia.it/altre/manuale/sez19/2612399.html</a>
SINDROME DI WILLIAMS	<a href="http://www.sindromediwilliams.org">www.sindromediwilliams.org</a> <a href="http://www.wfs.it">www.wfs.it</a> <a href="http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=IT&amp;Expert=904">www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=IT&amp;Expert=904</a>
EPILESSIA	<a href="http://www.neurologia.it/epilessia/epilessia_info.html">www.neurologia.it/epilessia/epilessia_info.html</a> <a href="http://www.lice.it/">www.lice.it/</a>
SCHIZOFRENIA	<a href="http://www.ipsico.org/schizofrenia.htm">www.ipsico.org/schizofrenia.htm</a> <a href="http://www.schizofrenia.it/">www.schizofrenia.it/</a> <a href="http://www.salus.it/psicologia/schizofrenia.html">www.salus.it/psicologia/schizofrenia.html</a>
SINDROME DI KLIPPEL WEBER	<a href="http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=IT&amp;Expert=2346">www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=IT&amp;Expert=2346</a> <a href="http://en.wikipedia.org/wiki/Klippel-Trenaunay-Weber_syndrome">en.wikipedia.org/wiki/Klippel-Trenaunay-Weber_syndrome</a> <a href="http://malattierare.regione.veneto.it/cerca_it/dettaglio.php?lang=ita&amp;id=1826">malattierare.regione.veneto.it/cerca_it/dettaglio.php?lang=ita&amp;id=1826</a>
IPERATTIVITÀ	<a href="http://www.educazione-emotiva.it/iperattivita.htm">www.educazione-emotiva.it/iperattivita.htm</a> <a href="http://www.aidaiassociazione.com/">www.aidaiassociazione.com/</a> <a href="http://www.pediatric.it/adhd.htm">www.pediatric.it/adhd.htm</a> <a href="http://www.apc.it/disturbo_da_deficit_di_attenzione_iperattivita.asp">www.apc.it/disturbo_da_deficit_di_attenzione_iperattivita.asp</a>