



## IV CIRCOLO “G. MARCONI” TRAPANI

**Ind.** Viale 11 Settembre 2001 – 91100 Trapani - **tel.** 0923/539178 – **fax** 0923/555047 - **C.F.** 80004490811  
**e-mail:** tpee00400p@istruzione.it - tpee00400p@pec.istruzione.it - **sito web:** www.guglielmomarconi.gov.it

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA

# P.E.I.

## PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

( Legge 5 febbraio 1992, n 104 art. .3 comma 1 comma 3 e art. 12,

D.P.R. 24/2/1994, AI SENSI DELL ART. 15 DELL' OM. n° 90/01,

ai sensi del Decreto Legge 31-05-2010 art. 10 comm.5 e altre modifiche ed integrazioni)

ALUNNO/A .....

CLASSE /SEZIONE

Anno scolastico 2017/2018

[N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.). Esso va conservato all'interno del Fascicolo personale dell'alunno, con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano dello stesso]

L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo "sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap" (L. 104/92, art. 12, commi 3 e 4).

COGNOME.....NOME.....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO.....

RESIDENTE A.....VIA.....N.....Tel.....

DIAGNOSI CLINICA: Consultabile presso l'ufficio di presidenza della scuola da parte degli operatori che si occupano del caso.

**SINTESI DIAGNOSI CLINICA, CODICE ICD-10 E INDICE DI GRAVITA':**

.....

ART. 3 COMMA 1

ART.3 COMMA 3

TIPOLOGIA DISABILITA'

CH (Visiva)

DH (Uditiva)

EH (Psicofisica)

N.B. Tutta la documentazione è consultabile presso l'ufficio di presidenza della scuola nel fascicolo personale.

NUMERO ALUNNI DELLA CLASSE:	n. _____
NUMERO ALUNNI CON B.E.S. NELLA CLASSE	n. _____ di cui n. _____ disabili

## CURRICULUM SCOLASTICO

ANNO SCOLASTICO	SCUOLA (indicare ordine es. infanzia e Istituto frequentato)	CLASSE / SEZ.
2017/18		
2016/17		
2015/16		

N.B. Inserire l'intero curriculum scolastico.

## DOCUMENTI SPECIALISTICI

LA SCUOLA E' IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA	SI	NO	Data Rilascio:
VERBALE DI ACCERTAMENTO	SI	NO	Data Scadenza:
DIAGNOSI CLINICA E FUNZIONALE	SI	NO	Data Revisione:
PROFILO DINAMICO FUNZIONALE	SI	NO	Data Scadenza:
PEI ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE	SI	NO	
RICHIESTA SOSTEGNO E LIBERATORIA PRIVACY	SI	NO	
ALTRI DOCUMENTI: _____ _____ _____	SI	NO	

## INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVI

### SERVIZIO E INTERVENTI DI SUPPORTO INTEGRATI CON ENTE PREPOSTO

INTERVENTI RIABILITATIVI	SI	NO
SE SI QUALI?		
IN ORARIO SCOLASTICO	SI	NO
<i>Se SI allegare quadro orario del centro di riabilitazione nello schema inserito nelle pagine successive</i>		
NOMINATIVO DELL'OPERATORE		
TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO	<input type="checkbox"/> logopedico <input type="checkbox"/> fisioterapico <input type="checkbox"/> psicomotorio <input type="checkbox"/> altro (specificare)_____	
MONTE ORE SETTIMANALE		

TRASPORTO SPECIFICO	SI	NO
---------------------	----	----

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	SI	NO
SE SI QUALI?		
TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN ORARIO SCOLASTICO	SI	NO
SE SI QUALI?		

OPERATORI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI	SI	NO
<input type="checkbox"/> EDUCATORE <input type="checkbox"/> ASSISTENTE IGIENICO-PERSONALE <input type="checkbox"/> ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE (disabilità sensoriale) <input type="checkbox"/> ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA COMUNICAZIONE (disabilità psichica) <input type="checkbox"/> ALTRO(specificare)_____ <input type="checkbox"/> ALTRO(specificare)_____		
Se SI indicare il nome e cognome  _____  _____  _____		
IN ORARIO SCOLASTICO	SI	NO
Monte ore settimanale		

<i>Inserire il quadro orario nello schema indicato successivamente</i>		
EDUCATORE DOMICILIARE	SI	NO
Nome e Cognome		
Monte ore settimanale		

ATTIVITA' SCOLASTICHE POMERIDIANE SE SI QUALI?	SI	NO

ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE SE SI QUALI?	SI	NO
DOVE?	<input type="checkbox"/> gruppo sportivo <input type="checkbox"/> centri di aggregazione <input type="checkbox"/> centro diurno <input type="checkbox"/> altro	
NOMI OPERATORE DI RIFERIMENTO		
Monte ore settimanale		

QUADRO FAMILIARE				
Grado di parentela	Nome Cognome	Età	Studi Compiuti	Professione
L'alunno vive in famiglia		SI	NO	
Indicare dove vive:		<input type="checkbox"/> Convitto <input type="checkbox"/> Semi convitto <input type="checkbox"/> Affidato <input type="checkbox"/> Adozione <input type="checkbox"/> Comunità  Specificare la struttura che lo accoglie: _____ _____		
Nome Figura di Riferimento				

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI					
• Aggressività	SI	NO	• Dipendenza	SI	NO
• Partecipazione	SI	NO	• Accettazione delle regole	SI	NO
• Eventuali altre osservazioni o descrizione sintetica :					

STRATEGIE PER L'EMERGENZA
<i>In presenza di crisi momentanee dell'alunno ( determinate da fattori legati alla specifica disabilità e/o alle esperienze scolastiche ed extrascolastiche o dell'assenza di figure di riferimento, ecc.) descrivere le caratteristiche dell'emergenza e le strategie adottate per superarla.</i>
_____
_____


Ai sensi del Decreto Legge 31-05-2010 art. 10 comm.5, sono state assegnate le seguenti risorse per l'anno scolastico corrente:

- Numero di ore di sostegno:\_\_\_\_\_
- Numero di ore di servizio di assistenza all'autonomia/comunicazione ( disabilità psichica)....
- Numero di ore di servizio di assistenza alla comunicazione ( disabilità sensoriale) .....
- Servizio di assistenza igienico personale
- Altri operatori coinvolti nell'attuazione degli interventi (specificare)  
\_\_\_\_\_
- Servizio di trasporto.

**QUADRO ORARIO CLASSE/SEZIONE**

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
1^ ora						
2^ ora						
3^ ora						
4^ ora						
5^ ora						
6^ ora						
7^ ora						
8^ ora						

**QUADRO ORARIO DOCENTE DI SOSTEGNO E ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE E/O AUTONOMIA  
E/O EDUCATORE O ALTRO**

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
1^ ora						
2^ ora						
3^ ora						
4^ ora						
5^ ora						
6^ ora						
7^ ora						
8^ ora						

**N.B. INSERIRE L'ASTERISCO\* PER INDICARE LA PRESENZA DELL'ASSISTENTE E SPECIFICARE LA TIPOLOGIA** \_\_\_\_\_

QUADRO ORARIO TERAPIE RIABILITATIVE IN ORARIO SCOLASTICO

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
1^ ora						
2^ ora						
3^ ora						
4^ ora						
5^ ora						
6^ ora						
7^ ora						
8^ ora						

# ANALISI DELLA SITUAZIONE DI PARTENZA

Indicare i livelli di competenza raggiunti e le difficoltà. Descrivere i punti di Forza, i punti di Criticità ed i Bisogni Formativi dell'alunno

## AMBITO COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICO

<i>LIVELLO DI SVILUPPO COGNITIVO</i>	<input type="checkbox"/> senso motorio <input type="checkbox"/> preoperatorio <input type="checkbox"/> operazioni concrete <input type="checkbox"/> operazioni formali	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>STRATEGIE ADOTTATE DALL'ALUNNO</i>	<input type="checkbox"/> Intuitiva (esplorativa e manipolativa) <input type="checkbox"/> Semilogica (rappresentativo- simbolica) <input type="checkbox"/> Logica (reversibilità) <input type="checkbox"/> Ipotetico-deduttiva	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>MODALITA' DI INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE</i>	<input type="checkbox"/> Schema motorio- percettivo <input type="checkbox"/> Schema simbolico <input type="checkbox"/> Schema logico <input type="checkbox"/> Schema sensoriale: 1) vista 2) udito	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

<i>MEMORIA</i>	<input type="checkbox"/> Breve termine <input type="checkbox"/> Lungo termine <input type="checkbox"/> Visiva <input type="checkbox"/> Uditiva <input type="checkbox"/> Rievocativa	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
<i>ATTENZIONE</i>	<input type="checkbox"/> Labile <input type="checkbox"/> Discontinua <input type="checkbox"/> Se motivato <input type="checkbox"/> Se stimolato	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### *AMBITO LINGUISTICO- ESPRESSIVO*

COMPRESIONE	<input type="checkbox"/> Messaggi verbali semplici <input type="checkbox"/> Messaggi verbali complessi <input type="checkbox"/> Testi scritti semplici <input type="checkbox"/> Testi scritti complessi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
PRODUZIONE	<input type="checkbox"/> ORALE: 1)dislalia 2)disartria 3)parola frase 4)lettura  <input type="checkbox"/> SCRITTA	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
USO DI LINGUAGGI ALTERNATIVI E/O INCLUSIVI	<input type="checkbox"/> Mimico -gestuale <input type="checkbox"/> Grafico-pittorico <input type="checkbox"/> Musicale <input type="checkbox"/> Dialettale <input type="checkbox"/> altro	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### *AMBITO LOGICO - MATEMATICO*

COMPRESIONE	<input type="checkbox"/> forme <input type="checkbox"/> colori <input type="checkbox"/> topologia <input type="checkbox"/> classificazione <input type="checkbox"/> seriazione <input type="checkbox"/> quantità <input type="checkbox"/> numeri da..a... <input type="checkbox"/> tabelline	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
PRODUZIONE	<input type="checkbox"/> forme <input type="checkbox"/> colori <input type="checkbox"/> topologia <input type="checkbox"/> classificazione <input type="checkbox"/> seriazione <input type="checkbox"/> quantità <input type="checkbox"/> numeri da..a.. <input type="checkbox"/> tabelline <input type="checkbox"/> calcolo <input type="checkbox"/> soluzione di problemi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### *AMBITO MOTORIO PRASSICO*

MOTRICITA' GLOBALE	<input type="checkbox"/> Stazione eretta <input type="checkbox"/> Deambulazione <input type="checkbox"/> Coordinazione dinamica generale	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
MOTRICITA' FINE	<input type="checkbox"/> Coordinazione oculo manuali <input type="checkbox"/> Prassie semplici <input type="checkbox"/> Prassie complesse	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### *AMBITO SENSORIALE E PERCETTIVO*

FUNZIONALITA' VISIVA	<input type="checkbox"/> nella norma <input type="checkbox"/> uso di protesi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
FUNZIONALITA' UDITIVA	<input type="checkbox"/> nella norma <input type="checkbox"/> uso di protesi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### *AMBITO STORICO - GEOGRAFICO*

ORGANIZZAZIONE SPAZIO - TEMPORALE	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
SEQUENZIALITA DEGLI EVENTI	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### *AMBITO DELL' AUTONOMIA*

PERSONALE	<input type="checkbox"/> alimentazione <input type="checkbox"/> servizi igienici <input type="checkbox"/> stereotipie <input type="checkbox"/> malori ricorrenti	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
SCOLASTICA	<input type="checkbox"/> orientamento negli spazi <input type="checkbox"/> uso di strumenti <input type="checkbox"/> uso di software	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

### *AMBITO AFFETTIVO RELAZIONALE*

AUTOSTIMA EMOTIVITA' UMORE	<input type="checkbox"/> Insicurezza <input type="checkbox"/> Inibizione <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> Tolleranza alle Frustrazioni <input type="checkbox"/> Angosciato <input type="checkbox"/> Aggressivo	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
MOTIVAZIONE	<input type="checkbox"/> Interessi in ambito scolastico <input type="checkbox"/> Interessi in ambito extrascolastico	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
PARTECIPAZIONE	<input type="checkbox"/> Attiva <input type="checkbox"/> Gregaria <input type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Spontanea	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
RELAZIONE INTERPERSONALE	<input type="checkbox"/> Relazione con I coetanei <input type="checkbox"/> Relazione con adulti	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI
INTEGRAZIONE / INCLUSIONE	<input type="checkbox"/>	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI CRITICITA'	BISOGNI FORMATIVI

**P.E.D.**  
ANNO SCOLASTICO 2018/19  
**PROGETTO EDUCATIVO DIDATTICO**  
 ( EX ART. 41 – D.M. 331/98 )

<b><i>PROGRAMMAZIONE DIDATTICA</i></b>	
In considerazione della situazione dell'alunno, il Consiglio di Classe decide di adottare una programmazione (indicare con chiarezza quale):	
<input type="checkbox"/> <b>Coincidente</b> con quella della classe ma con tempi più lunghi;	
<input type="checkbox"/> <b>Semplificata</b> , che prevede il perseguimento di obiettivi e contenuti minimi;	
<input type="checkbox"/> <b>Differenziata</b> , elaborata su misura per l'alunno e non riconducibile ai programmi ministeriali;	
<input type="checkbox"/> <b>Parzialmente Differenziata</b> semplificata in alcuni ambiti e precisamente con gli obiettivi e i contenuti minimi solo nelle seguenti materie riportate a fianco	<u>Materie</u>

- *Si ricorda che per le scuole Secondarie di Secondo Grado la Programmazione Differenziata e Parzialmente differenziata non consentono il rilascio di un titolo legalmente riconosciuto.*
- *Per quanto riguarda la programmazione e gli obiettivi delle singole discipline sono consultabili su richiesta.*

*Sulla base dell'analisi della situazione di partenza indicare le linee generali dei percorsi da attivare nel corso dell'anno. In questo quadro vengono delineate le progettualità di massima relative a quegli aspetti delle funzioni, delle relazioni e degli apprendimenti che meritano di essere prese in considerazione*

<input type="checkbox"/> <b>AREA COGNITIVA E NEUROPSICOLOGICA</b>
<i>Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:</i>
<i>Obiettivi apprendimento:</i>
<i>Contenuti e Attività:</i>

AREA LINGUISTICO - ESPRESSIVA

*Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

AREA LOGICO - MATEMATICA

*Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

AREA MOTORIO - PRASSICA

*Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

--

<input type="checkbox"/> <i>AREA DELLE AUTONOMIE</i>
--

<i>Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:</i>
--

<i>Obiettivi apprendimento:</i>
---------------------------------

<i>Contenuti e Attività:</i>
------------------------------

<input type="checkbox"/> <i>AREA SENSORIALE - PERCETTIVA</i>
--

<i>Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:</i>
--

<i>Obiettivi apprendimento:</i>
---------------------------------

<i>Contenuti e Attività:</i>
------------------------------

<input type="checkbox"/> <i>AREA STORICO - GEOGRAFICA</i>
---

<i>Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:</i>
--

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

*AREA AFFETTIVO RELAZIONALE*

*Traguardi formativi per lo sviluppo delle competenze:*

*Obiettivi apprendimento:*

*Contenuti e Attività:*

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DELLE ORE DI SOSTEGNO – ASSISTENZA ALLA  
COMUNICAZIONE – ASSISTENZA AUTONOMIA – ASSISTENZA IGIENICO  
PERSONALE E ALTRI SERVIZI

SULLA BASE DELLE DETERMINAZIONI DEL G.L.I.S. IN RELAZIONE AL  
PRESENTE PROGETTO E AL P.E.I. PER L'ANNO SCOLASTICO IN CORSO E PER  
IL SUCCESSIVO. 2018 / 2019

- Numero di ore di sostegno: \_\_\_\_\_
- Numero di ore di servizio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione (disabilità psichica) .....
- Numero di ore di servizio di assistenza alla comunicazione (disabilità sensoriale) \_\_\_\_\_
- Servizio di assistenza igienico personale
- Altre figure richieste (specificare) \_\_\_\_\_  
n° ore richieste \_\_\_\_\_
- Servizio di trasporto
- Ausili ..... (specificare quali)

*Il presente Piano Educativo Individualizzato potrà subire modifiche , durante l'a.s. in un qualunque momento se ne ravvisi la necessità .*

*Il presente Piano Educativo Individualizzato è stato concordato e redatto da :*

<i><b>RUOLO</b></i>	<i><b>COGNOME NOME</b></i>	<i><b>FIRMA</b></i>
<sup>(1)</sup> Docente		
Docente		
Docente		
Docente		
Docente		
Docente di Sostegno		
Funzione Strumentale Disabilità		
Madre /Tutore		
Padre / Tutore		
Educatore / Assistente		
Referente Centro di assistenza (in caso di inserimento in strutture)		
Referente centro riabilitazione		
Referente A.S.P.		
Referente A.S.P.		
Referente A.S.P.		

--	--	--

( (1)si ricorda di inserire tutti docenti facenti parte del c.d.c. )

....., lì

*Il Dirigente Scolastico*