

## Indagine sull'inclusione degli alunni con disabilità nella scuola statale e non statale

[+] Esci

CONDIZIONI DI SALUTE  
AUSILI  
FORMAZIONE PROFESSIONALE.  
CERTIFICAZIONI / DOCUMENTAZIONI  
DATI ANAGRAFICI  
DIDATTICA E INSEGNANTI  
ALTRO TIPO DI SUPPORTO  
PARTECIPAZIONE  
ATTIVITA'  
REFERENTE PER LA COMPILAZIONE

### QUESITI PER TUTTI GLI ORDINI

#### Condizioni di salute

##### **Q1 Che tipo di problemi ha l'alunno? (Possibili più risposte)**

Cecità	<input type="checkbox"/>
Ipovisione	<input type="checkbox"/>
Sordità profonda o grave/Non udente	<input type="checkbox"/>
Ipoacusia	<input type="checkbox"/>
Disturbo specifico dell'apprendimento (come ad esempio dislessia, discalculia, disgrafia) o altri disturbi delle capacità scolastiche non specificati.	<input type="checkbox"/>
Motorio	<input type="checkbox"/>
Disturbo specifico del linguaggio	<input type="checkbox"/>
Disturbo evolutivo globale dello sviluppo psicologico (come ad esempio disprassia disturbi dello spettro autistico, Sindrome di Rett, Sindrome di Asperger ecc.)	<input type="checkbox"/>
Disabilità intellettiva (come ad esempio sindrome di DOWN, ritardo mentale, deficit cognitivo anche di lieve entità o capacità cognitive borderline, ecc.)	<input type="checkbox"/>
Disturbi della condotta (del comportamento) disturbo oppositivo provocatorio -DOP.) e disturbi dell'attenzione (ADHD, iperattività, disturbi ipercinetici, sindrome di Tourette, ecc.)	<input type="checkbox"/>
Disturbi dell'umore (affettivi) (ansia, depressione, ...) e disturbi relazionali	<input type="checkbox"/>
Malattia metabolica (come ad esempio fibrosi cistica, sclerosi multipla, patologie oncologiche, diabete grave, altre patologie che richiedono periodici accertamenti, ricoveri o ricorso ad altre prestazioni sanitarie.	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

<b>Q2</b>	<b>L'alunno si sposta in autonomia?</b>	Si/No
<b>Q3</b>	<b>L'alunno mangia da solo?</b>	Si/No
<b>Q4</b>	<b>L'alunno si reca in bagno da solo?</b>	Si/No
<b>Q5</b>	<b>L'alunno comunica in autonomia?</b>	Si/No

#### Ausili

##### **Q6\_L'alunno utilizza degli ausili assistivi?**

Nessun ausilio	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Occhiali, lenti a contatto	<input type="checkbox"/>
Apparecchi acustici, impianti cocleari	<input type="checkbox"/>
Deambulatore, sedia a rotelle, bastone, stampelle, protesi	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>

---

### **Solo per la Scuola dell'Infanzia**

**Q7\_Viene utilizzata una tecnologia specifica per gli alunni con sostegno? Sì/No**

**Q8\_FILTRO Se sì, quale?** \_\_\_\_\_

**VAI alla Q17**

---

### **Solo per la Scuola primaria e secondarie**

**Q9\_ Quali ausili per l'apprendimento messi a disposizione dalla scuola utilizza l'alunno?**

Strumenti informatici braille (barra braille, stampante braille)	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Sintesi vocale	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Video-ingranditori e software ingrandenti	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Software didattico per sostenere il potenziamento delle abilità di base dell'alunno con disabilità (comprende software specifico per la personalizzazione dei contenuti e per l'apprendimento)	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Sistemi tecnologici specifici per non udenti/ipoacusici (sottotitolazione simultanea, supporti audio all'impianto cocleare)	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Sistemi informatici per la lettura e lo studio (include OCR con sintesi vocale e software per le mappe)	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Sistemi tecnologici destinati a sostenere o facilitare la comunicazione (comunicatori software di comunicazione, comunicatori (esempio CAA), VOCA, supporti informatici con software specifico)	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Adattamento della dotazione informatica (periferiche di input - tastiere e mouse speciali- sistemi a scansione, etc.)	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Adattamenti di tipo ergonomico (tavoli e sedute)	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Apparecchi informatici/multimediali SOLO se usati per la personalizzazione della didattica (registratore, computer, lettore cd/dvd), )	Sì, No ma ne avrebbe bisogno, No non ne ha bisogno
Altro	
<b>Q10_L'ausilio/gli ausili didattici utilizzati dall'alunno sono adeguato/i alle sue esigenze?</b>	Per nulla/Poco/Abbastanza/Molto

<b>Q11_L'alunno utilizza un pc o un tablet, nella sua postazione di lavoro in classe?</b>	Sì, tutti i giorni/Sì, qualche volta/Mai
<b>Q12_ Se sì il pc/tablet è stato fornito dalla scuola?</b>	Sì/No, lo strumento informatico è

	dell'alunno
--	-------------

## Formazione professionale

### **Solo per la Scuola secondaria di II grado**

<b>Q13</b> La scuola organizza laboratori finalizzati alla formazione professionale?	Sì/No
<b>Q14 FILTRO (Se=si)</b> L'alunno partecipa ad attività di laboratorio finalizzate alla formazione professionale?	Sì/No

<b>Q15 FILTRO (Se=si)</b> Indicare il numero di ore di laboratorio settimanali svolte dall'alunno	<input style="width: 90%;" type="text"/>
---	--

### **Q16 FILTRO (Se Q14=si)** Le ore di laboratorio vengono svolte:

Nell'ambito di un progetto individuale dell'alunno con l'insegnante per il sostegno	<input type="checkbox"/>
Insieme al gruppo classe	<input type="checkbox"/>
Altro specificare _____	<input type="checkbox"/>

## Certificazioni/Documentazioni

### **QUESITI PER TUTTI GLI ORDINI**

#### **Q17\_ Che tipo di certificazione ha l'alunno?**

Nessuna certificazione	<input type="checkbox"/>
L. 104/92 rivedibile	<input type="checkbox"/>
L. 104/92 non rivedibile	<input type="checkbox"/>
Invalità civile	<input type="checkbox"/>
<b>Q18 FILTRO (Se Q17=2,3)</b> All'alunno è stato riconosciuto l'art3 comma 3 della L.104/92?	Sì/No

#### **Q19\_ È stata redatta la seguente documentazione**

Profilo di funzionamento (ex Diagnosi funzionale ed ex Profilo dinamico funzionale)	<input type="checkbox"/>
Piano educativo individualizzato (PEI)	<input type="checkbox"/>

#### **Q20\_ Il Piano Educativo Individualizzato (PEI) è stato redatto prima del 31 ottobre? Sì/No**

#### **Q21\_ Chi ha partecipato alla stesura/revisione del Piano educativo individualizzato (PEI)? (possibili più risposte)**

Docenti preposti alle attività d'inclusione	<input type="checkbox"/>
Specialisti della ASL	<input type="checkbox"/>
Specialisti territoriali (es. assistenti alla comunicazione, psicopedagogisti ecc.)	<input type="checkbox"/>
Famiglia dell'alunno	<input type="checkbox"/>
Alunno	<input type="checkbox"/>

## Solo per la Scuola primaria e secondarie

#### **Q22\_ Quale tipo di percorso è stato definito per l'alunno all'interno del PEI?**

Percorso ordinario	<input type="checkbox"/>
Percorso personalizzato (con prove equipollenti)	<input type="checkbox"/>
Percorso differenziato (con prove non equipollenti e assenza di titolo finale)	<input type="checkbox"/>

## Dati anagrafici

### QUESITI PER TUTTI GLI ORDINI

Q23_ Anno di nascita	<input type="text"/>
Q24_ Sesso	Maschio/Femmina
Q25_ Classe	1/2/3/4/5

## Didattica e insegnanti

Q26_ Totale ore attività didattica in classe settimanali (con e senza sostegno)	<input type="text"/>
Q27_ Totale ore attività didattica fuori classe settimanali (con e senza sostegno)	<input type="text"/>

Q28_ N° insegnanti per il sostegno assegnati all'alunno	1/2/3/4/5+
Q29_ N° totale ore di sostegno assegnate	<input type="text"/>
<b>Q30_ Indicare l'attività prevalente dell'insegnante/degli insegnanti per il sostegno</b>	
Didattica	<input type="checkbox"/>
Assistenziale	<input type="checkbox"/>
Attività di mediazione (ad es.: riabilitativa, relazionale, contenitiva del comportamento, ecc.)	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>

Q31_ L' insegnante per il sostegno conosce la LIS/braille?	Sì/No
Q32_ L'insegnante per il sostegno conosce la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA)?	Sì/No

## Solo per la Scuola primaria e secondarie

### **Q33\_ L'attività dell'insegnante per il sostegno si rivolge:**

Esclusivamente all'alunno con sostegno assegnato	<input type="checkbox"/>
Prevalentemente all'alunno con sostegno assegnato	<input type="checkbox"/>
All'intero gruppo classe	<input type="checkbox"/>

### QUESITI PER TUTTI GLI ORDINI

Q34_ L'insegnante/gli insegnanti per il sostegno è/sono cambiato/i durante l'anno scolastico?	Sì/No
Q35_ L'insegnante/gli insegnanti per il sostegno è/sono lo stesso/gli stessi dell'anno scolastico precedente?	Sì/No
Q36_ La famiglia ha fatto o sta facendo ricorso per ottenere un aumento delle ore di sostegno?	Sì/No/Non so
Q37_ Sono previsti incontri periodici (escluso i GLH e i GLI) tra famiglia dell'alunno e l'insegnate per il sostegno?	No/ Sì, meno di 1 volta al mese/ Sì, 1 volta al mese / Sì, più volte al mese
Q38_ Sono previsti incontri periodici (escluso i GLH e i GLI) tra famiglia dell'alunno e insegnate curricolare?	No/ Sì, meno di 1 volta al mese/ Sì, 1 volta al mese /

	Si, più volte al mese
--	-----------------------

### **Solo per l'ultimo anno delle scuole secondarie**

<b>Q39_ L'insegnante per il sostegno sarà presente in sede di esame?</b>	
Si	<input type="checkbox"/>
No, è stato richiesto ma non è possibile	<input type="checkbox"/>
Non è stato richiesto	<input type="checkbox"/>

### **Solo per il terzo, quarto e quinto anno delle scuole secondarie di II grado**

<b>Q40_ E' stato predisposto un percorso per le competenze trasversali e l'orientamento(PCTO)?</b>	Si/No
--	-------

<b>Q41_ (Se sì) Quale tipo di percorso è stato predisposto?</b>	
Percorso in azienda/cooperativa	<input type="checkbox"/>
Percorso scolastico	<input type="checkbox"/>
Altro tipo di percorso	<input type="checkbox"/>

### **QUESITI PER TUTTI GLI ORDINI**

#### **Altro tipo di supporto**

#### **Q42\_ L'alunno usufruisce dell'assistenza di personale addetto?**

No, non ne ha bisogno	<input type="checkbox"/>
No, ma ne avrebbe bisogno	<input type="checkbox"/>
Sì, Assistente all'autonomia e alla comunicazione o Assistente ad personam	<input type="checkbox"/>
Sì, Assistente igienico-personale	<input type="checkbox"/>
Sì altro personale	<input type="checkbox"/>
<b>(Se Q42=3) Q43_ Indicare numero di ore di Assistente all'autonomia e alla comunicazione</b>	<input type="text"/>

#### **Q44\_ FILTRO (Se Q42=2) Di quale tipo di assistenza avrebbe bisogno:**

Assistenza all'autonomia e alla comunicazione	<input type="checkbox"/>
Assistente igienico-personale	<input type="checkbox"/>

#### **Q45\_ L'alunno utilizza il trasporto scolastico specifico per gli alunni con disabilità?**

Si, è fornito dal comune/Si, è fornito dalla provincia/Si, è fornito dalla regione/Si è fornito da un altro Ente/ No/ No, ma ne avrebbe bisogno

### **Partecipazione**

#### **Q46\_ L'alunno ha partecipato/parteciperà ad almeno un'uscita didattica breve senza pernottamento?**

Si/No/Non sono state previste uscite didattiche brevi senza pernottamento

#### **Q47 Se l'alunno non ha partecipato/parteciperà ad almeno un'uscita didattica breve senza pernottamento indicare la principale motivazione (possibile una sola risposta)**

Problemi economici	<input type="checkbox"/>
Problemi di salute	<input type="checkbox"/>
Problemi legati alla condizione di disabilità	<input type="checkbox"/>
Problemi legati all'organizzazione dell'uscita (ad es.: meta prescelta non idonea, mancanza di	<input type="checkbox"/>

accompagnatore disponibile)	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

<b>Q48_ L'alunno ha partecipato/parteciperà ad almeno una gita di istruzione con pernottamento?</b>	Si/No/ Non sono state previste gite di istruzione con pernottamento
---	---

**Q49\_ Se l'alunno non ha partecipato/parteciperà ad almeno una gita di istruzione con pernottamento indicare la principale motivazione (una sola risposta possibile)**

Problemi economici	<input type="checkbox"/>
Problemi di salute	<input type="checkbox"/>
Problemi legati alla condizione di disabilità	<input type="checkbox"/>
Problemi legati all'organizzazione dell'uscita (ad es.: meta prescelta non idonea, mancanza di accompagnatore disponibile)	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

<b>Q50_ L'alunno partecipa</b> alle ore di educazione motoria previste dal POF? <i>(Per la scuola dell'infanzia si considerino le attività previste durante l'orario scolastico nell'ambito dell'educazione motoria).</i>	Si/No
--	-------

**Q51 – da Filtrare solo se Q50= No- Indicare la principale motivazione per cui il ragazzo non partecipa alla lezione di educazione motoria**

Esonero su documentazione del medico curante	<input type="checkbox"/>
Problemi legati alla condizione di disabilità	<input type="checkbox"/>
Non accessibilità dei locali	<input type="checkbox"/>
Mancanza di una figura di supporto	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

**Q52- da Filtrare solo se Q50= No- Quale attività alternativa viene proposta agli alunni che non partecipano alle ore di educazione fisica? (Sono possibili più risposte)**

L'alunno rimane in classe a svolgere materie curricolari	<input type="checkbox"/>
L'alunno svolge altre attività non curricolari	<input type="checkbox"/>
L'alunno anticipa o posticipa gli orari di ingresso e uscita dalla scuola	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

**Q53- da Filtrare se Q50= Sì - È prevista una figura di supporto e/o l'uso di attrezzature specifiche per l'educazione fisica adattata?**

Sì, sono presenti sia una figura di supporto sia attrezzature specifiche	<input type="checkbox"/>
Sì, è presente solo una figura di supporto	<input type="checkbox"/>
Sì, ma sono presenti solo attrezzature specifiche	<input type="checkbox"/>
No, non è prevista nessuna figura di supporto e nessuna attrezzatura specifica	<input type="checkbox"/>

<b>Q 54 L'alunno è inserito in qualche programma di attività sportiva diverso dalle ore di educazione motoria organizzato durante l'orario scolastico</b> <i>(corse campestri, programmi sportivi di specifiche discipline eseguiti durante l'orario scolastico ma in orari diversi dalle ore di educazione motoria)?</i>	Si/No/ No la scuola non ha organizzato altri programmi di attività sportiva.
--	--

**Q55 -L'alunno partecipa ad attività extradidattiche organizzate nel corso dell'orario scolastico?**  
(*scacchi, teatro, musica, laboratori artistici, ecc.*)

Si, partecipa	<input type="checkbox"/>
No, non partecipa	<input type="checkbox"/>
No, la scuola non ha organizzato attività extra didattiche	<input type="checkbox"/>

**Attività**

**Q56 L'alunno ha difficoltà nelle seguenti attività?** (Nel valutare l'intensità del problema NON si deve tener conto degli ausili che l'alunno utilizza)

<b>Esperienze sensoriali intenzionali (guardare, ascoltare, toccare, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Apprendimento di base (copiare, ripetere, imparare a leggere, scrivere, a calcolare, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Applicazione delle conoscenze</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Compiti e richieste generali (intraprendere un compito singolo o articolato, eseguire la routine quotidiana, controllare il proprio comportamento)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Comunicare (Parlare, cantare, comunicare attraverso messaggi verbali e non verbali, messaggi scritti e nel linguaggio dei segni, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Conversazione ed uso di strumenti e tecniche di comunicazione (Conversazione, Discussione, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Cambiare e mantenere una posizione corporea (Sdraiarsi, Inginocchiarsi, Sedersi, Girarsi, Mantenere una posizione corporea, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Trasportare, spostare e maneggiare oggetti (Sollevare e spostare oggetti con gli arti inferiore o con gli arti superiori, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Camminare e spostarsi (Camminare, Spostarsi anche usando apparecchiature/ausili, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Cura della propria persona (Lavarsi, Vestirsi, Bisogni corporali, Mangiare, Bere, ecc.)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Interazioni interpersonali generali (Mostrare rispetto, cordialità, apprezzamento e tolleranza nelle relazioni, Giocare con gli altri, Regolare i comportamenti nelle interazioni, Interagire secondo le regole sociali)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile
<b>Relazioni interpersonali particolari (Relazioni formali e informali, Relazioni familiari)</b>	Nessun problema/Problema lieve/Problema medio/Problema grave o completo/Non specificato/Non applicabile

**Referente per la compilazione**

Q57_Nome Referente	<input type="text"/>
Q58_Ruolo	<input type="text"/>
Q59_Email Referente	<input type="text"/>