

2026 PROFESSIONE
DOCENTI

TFA

con Batterie di **quiz**
a **risposta multipla**
e **Quesiti** a risposta
aperta

SOSTEGNO

Scuola dell'Infanzia e Primaria

TEORIA e TEST per TUTTE le PROVE

NLD
CONCORSI

- riordinare e rafforzare i **Gruppi di lavoro per l'inclusione scolastica**;
- includere il **Piano Educativo Individualizzato** nel **Progetto Individuale**;
- incrementare la **qualificazione** professionale delle **Commissioni mediche** per gli accertamenti;
- introdurre il modello bio-psico-sociale della **Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)** adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- introdurre un nuovo percorso di **formazione iniziale per i docenti di sostegno**.

Tra l'altro, a livello contenutistico, viene per la prima volta previsto che, per l'attribuzione del personale ATA alle scuole si debba tenere conto della presenza in ciascuna scuola degli alunni con disabilità e del genere di ciascuno di essi.

12. La documentazione necessaria a realizzare l'inclusione scolastica

Al fine della compiuta realizzazione della **inclusione scolastica** dello studente affetto da disabilità è necessaria la redazione di tre fondamentali documenti, ossia il Progetto individuale, il Piano Educativo Individualizzato e il Piano per l'inclusione.

► 12.1. Il progetto individuale

Ai sensi dell'**art. 14, comma II, L. 328/2000**, il **Progetto individuale** è redatto dal Comune, d'intesa con la ASL, al cui interno vengono indicati i vari interventi di tipo sanitario, socio – sanitario e socio – assistenziale di cui necessita lo studente disabile, al fine di garantirgli una piena integrazione scolastica, lavorativa, sociale e familiare.

Viene redatto sulla base del Profilo di funzionamento, di cui si è trattato precedentemente, anche con la collaborazione dei genitori dello studente.

► 12.2. Il piano educativo individualizzato (PEI)



Traccia del concorso indetto dall'Università degli Studi di Bari, anno 2023/2024__App.1.4

L'**inclusione scolastica** è ulteriormente attuata attraverso la definizione e la condivisione del **Piano Educativo Individualizzato (PEI)**, quale parte integrante del progetto individuale di cui all'art. 14, l. 8 novembre 2000, n. 328. Al riguardo, occorre precisare che, con **D.I. MI-MEF 182 del 29 dicembre 2020** erano stati adottati il modello nazionale di Piano educativo individualizzato e le correlate linee guida ed erano state indicate le modalità di assegnazione delle misure di sostegno agli alunni con disabilità, ai sensi dell'art. 7, co. 2- ter del d.lgs. 66/2017. Successivamente, tuttavia, il TAR del Lazio, con **sentenza 9795 del 14 settembre 2021**, ha annullato il D.I. 182/2020. A seguire, è intervenuta la nota del Ministero dell'istruzione 2044 del 17 settembre 2021 che ha fornito alle scuole le indicazioni sulle modalità di redazione dei PEI per l'a.s. 2021/2022.

Il PEI deve essere redatto dal competente Ente locale sulla base del Profilo di funzionamento, su richiesta e con la collaborazione dei genitori o di chi ne esercita la responsabilità. Le prestazioni, i servizi e le misure di cui al Progetto individuale sono definite anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche.

Il PEI:

- è elaborato e approvato dal **Gruppo di lavoro operativo per l'inclusione**;
- tiene conto dell'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e del Profilo di funzionamento, avendo particolare riguardo all'indicazione dei facilitatori e delle barriere, secondo la prospettiva bio-psico-sociale alla base della classificazione ICF dell'OMS;
- individua **obiettivi educativi e didattici**, strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e delle autonomie, anche sulla base degli interventi di corresponsabilità educativa intrapresi dall'intera comunità scolastica per il soddisfacimento dei

Capitolo 1

Lo sviluppo senso-motorio

SOMMARIO

1. La crescita - 2. L'auxologia - 2.1 Le leggi di accrescimento - 2.2 Sovrappeso e sottopeso - 2.3 Ipostaturismo e gigantismo - 3. Lo sviluppo osseo - 3.1 Lo sviluppo dentale - 3.2 Alterazioni strutturali dell'apparato scheletrico - 4. Lo sviluppo sensoriale - 5. Lo sviluppo motorio

1. La crescita

La **crescita** è un'attività biologica che si realizza nei primi vent'anni di vita dell'individuo e consiste nelle **variazioni** delle dimensioni corporee e nella **maturazione** delle sue potenzialità cognitive e percettive.

Le variazioni legate al corpo sono il risultato di tre processi:

- l'**iperplasia**, o aumento del numero delle cellule,
- l'**ipertrofia**, o incremento delle dimensioni cellulari,
- l'**accumulo** di materiali cellulari.

I parametri comunemente utilizzati per valutare la crescita corporea sono **statura** e **peso** (= crescita staturo-ponderale).

In base ai ritmi della crescita, si suddivide l'**età evolutiva** in **cinque periodi**:

- **prima infanzia** (0-3 anni),
- **seconda infanzia** (3-6 anni),
- **fanciullezza** (6-11 anni),
- **preadolescenza** (11-14 anni),
- **adolescenza** (14-18 anni),

Si tratta naturalmente di **semplici schemi orientativi**: come sperimentiamo nella concretezza dell'esperienza vissuta, tali fasi non sono rigidamente separate ma si legano l'una all'altra, secondo percorsi differenti e sensibili. Inoltre, bisogna tenere nel giusto conto le **differenze individuali**, forgiate sull'ereditarietà, sul sesso e sull'influenza dell'ambiente in cui bambini e ragazzi vivono (bambini coetanei possono avere differenti livelli di sviluppo).

Alla crescita del corpo sono **correlati** altri fenomeni di maturazione della persona: all'accrescimento dello scheletro e della muscolatura corrisponde lo sviluppo motorio, all'aumento delle connessioni cerebrali corrisponde lo sviluppo senso-percettivo e cognitivo.

2. L'auxologia

L'**auxologia** (dal greco *auxo*, «crescere») è la scienza che studia l'**accrescimento staturo-ponderale** del bambino.

Durante la crescita, si alternano **fasi di accrescimento più intenso** (generalmente nei primi due anni di vita, tra i sei e i sette anni, tra i dodici e i tredici anni) e **fasi** in cui il processo è **più lento**. I periodi di più accentuato allungamento muscolo-scheletrico sono detti «di *proceritas*», quelli in cui invece si verifica un più evidente aumento ponderale sono definiti «di *turgor*» (secondo la definizione del medico tedesco Carl Heinrich **Stratz**, 1904).

► 2.1 Le leggi di accrescimento

Al principio del Novecento, alcuni scienziati hanno elaborato **leggi di accrescimento**, che definiscono i principi generali secondo cui il bambino realizza il suo sviluppo senso-motorio:

- **legge di Paul Godin sulle piccole e grandi alternanze**, intendendo per *piccole alternanze* quelle in cui un singolo segmento del corpo, ad esempio il femore, ha una fase di sei mesi in cui si allunga

e una fase di sei mesi in cui si irrobustisce in larghezza e spessore, e per *grandi alternanze* quelle in cui il bambino ha una fase temporale in cui cresce soprattutto in altezza e un'altra fase temporale in cui cresce soprattutto in peso;

- **legge di Giacinto Viola sul rapporto inverso tra statura e peso:** «l'aumento di massa e il cambiamento delle proporzioni durante la crescita sono fra di loro in **rapporto inverso**; quanto più un organismo si accresce ponderalmente, tanto meno si trasforma, e viceversa, quanto più si trasforma, tanto meno si accresce»;
- **legge di Nicola Pende sull'azione dei complessi ormonici e ghiandolari:** uno agisce sul peso, l'altro sulla morfologia del corpo. Lo squilibrio o l'armonia tra i due gruppi porta a uno sviluppo rispettivamente irregolare o regolare.

Il **peso del bambino alla nascita** dipende dal patrimonio genetico, dall'alimentazione materna durante la gravidanza e dalla durata della gravidanza stessa. In genere, durante il **primo anno di vita** il bambino è sottoposto a **visite pediatriche** con cadenza regolare, per verificare attraverso le **curve di crescita** se il suo sviluppo sta procedendo secondo i parametri auspicati (ricordiamo che durante i primi due anni di vita lo sviluppo senso-motorio è particolarmente intenso).

Il monitoraggio regolare dei valori di crescita aiuta a intercettare eventuali criticità, che con interventi tempestivi e mirati possono essere gestite con successo.

► 2.2 Sovrappeso e sottopeso

Il **sovrappeso** e il **sottopeso**, derivanti da squilibri nell'alimentazione (oltre che da eventuali fattori ereditari e ambientali), ad esempio possono essere adeguatamente risolti con modifiche nella dieta seguita dal bambino e, se l'età lo consente, con l'introduzione di momenti di attività fisica (danza o sport).

Le implicazioni del **sovrappeso** sullo stato di **salute** generale sono importanti: pressione arteriosa alta, glicemia elevata, rischio di ammalarsi di diabete infantile o di diabete 2 da adulti, ginocchio valgo, piede piatto, presenza di grasso nel fegato, apnee notturne, oltre al rischio elevato di obesità in età adulta. Non meno pesanti le ripercussioni del sovrappeso sul piano **psicologico** (depressione, bassa autostima, isolamento) e su quello **sociale** (il bambino in sovrappeso può diventare vittima di episodi di bullismo e comunque di emarginazione nelle relazioni con i coetanei).

Il **sottopeso** dipende generalmente da ipoalimentazione, assorbimento scarso delle sostanze nutritive (per intolleranze alimentari o malattie congenite) oppure cause endocrine.

► 2.3 Ipostaturismo e gigantismo

La statura del bambino può essere inadeguata alla sua età, o per difetto (**ipostaturismo**) o per eccesso (**gigantismo**).

La bassa statura può essere **ereditaria**, **momentanea** (dipendente cioè da un ritardo costituzionale, recuperato durante l'adolescenza) o causata da **disfunzioni ormonali**, in particolare quelle legate all'ormone della crescita (GH), agli ormoni tiroidei e agli ormoni sessuali.

Un'eccessiva produzione di ormone della crescita, quasi sempre dovuta a un tumore benigno dell'ipofisi, può indurre una condizione patologica **rara**, denominata **gigantismo**, che può essere trattata con l'asportazione chirurgica del tumore, anche combinata con cicli di radioterapia e terapia di farmaci che bloccano la produzione del GH.

3. Lo sviluppo osseo

Il corpo umano presenta **240 ossa**, denti inclusi. Le ossa sono classificate, in base alla loro conformazione, in **corte** (ad esempio le vertebre), **lunghe** (ad esempio il femore) e **piatte** (ad esempio le scapole).

Le ossa sono costituite da **sali minerali** e dall'**osseina**, che le rendono resistenti ed elastiche, e sono rivestite dal **periostio**, una membrana fibrosa vascolarizzata che attua la saldatura in caso di frattura ossea. All'interno delle ossa si trova il **midollo osseo**, preposto alla produzione dei globuli rossi e bianchi e delle piastrine nel sangue.