



COMUNE DI GENOVA



UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE

## LINEE GUIDA

*Per richieste Servizi/Forniture erogati dal Comune di Genova  
agli alunni disabili delle scuole del primo ciclo d'istruzione*

### La Direzione Politiche Educative del Comune di Genova

<p><i>Eroga</i></p>	<p>agli alunni disabili <u>residenti sul territorio comunale</u>, frequentanti i servizi educativi per l'infanzia e le scuole del primo ciclo di istruzione (dagli asili nido alle scuole secondarie di I grado), al fine di garantire il diritto allo studio (L.R. n. 15/2006), <b><i>i seguenti servizi/forniture:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <i>Trasporto</i></li><li>▪ <i>Operatori Socio Educativi e Socio Assistenziali</i></li><li>▪ <i>Ausili funzionali al diritto allo studio e relativa manutenzione/adeguamento</i></li><li>▪ <i>Materiale parafarmaceutico.</i></li></ul>
<p><i>Non assegna</i></p>	<p><b><i>servizi per problematiche socio-familiari:</i></b> le richieste devono essere presentate esclusivamente per bisogni legati alla specifica disabilità.</p> <p><b><i>servizi agli alunni disabili</i></b> <u>non residenti sul territorio comunale:</u> la documentazione sanitaria per la richiesta di servizi/forniture di alunni residenti in altri Comuni deve essere inviata ai Comuni di Residenza anche se gli alunni frequentano scuole situate sul territorio del Comune di Genova.</p>

Il Comune di Genova con ASL 3, Istituzione Scolastica, Ufficio Scolastico Provinciale

Hanno ritenuto necessario	<b>rivedere</b> a livello <i>interistituzionale</i> la procedura di erogazione dei servizi sopra indicati, per meglio definire i bisogni degli alunni e, quindi, procedere alla razionalizzazione degli interventi
Hanno Condiviso l'obiettivo di	<b>rendere più trasversali</b> le diverse assegnazioni, cercando contestualmente di <b>rendere più snelle le richieste</b> , con i seguenti vantaggi: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Conoscenza trasversale dei servizi/forniture assegnati a ogni alunno;</li><li>▪ Riduzione dei rischi di assegnazioni doppie allo stesso alunno;</li><li>▪ Condivisione delle procedure tra tutti i soggetti coinvolti;</li><li>▪ Riduzione dei tempi di compilazione delle schede mediche;</li><li>▪ Utilizzo di documentazione sanitaria già esistente, più esaustiva e quindi più efficace per l'individuazione dei bisogni.</li></ul>

Richiesta servizi/forniture

Modalità attuale	Annualmente i sanitari di riferimento degli alunni disabili presentano, indicativamente entro il 30 aprile, al competente ufficio del Comune, <b>apposite schede mediche</b> (Allegato 1) corredate da: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Attestazione di disabilità</li><li>▪ Schede tecniche degli ausili, quando richiesti , con precisa indicazione dell'ausilio necessario e degli eventuali accessori, modello, misure e qualsiasi specifica necessaria per la chiara individuazione di quanto richiesto.</li></ul>
Modalità concordata	Alla <b>scheda medica</b> corredata dell' <b>Attestazione di disabilità</b> e delle <b>Schede tecniche degli ausili</b> , si è concordato di richiedere che venga allegato un documento più esaustivo della situazione del soggetto, come, ad esempio, la <i>Diagnosi Funzionale</i>

<i>Gestione dei dati</i>	L'ufficio preposto del Comune provvede ad <b><i>inserire i dati personali e i relativi bisogni</i></b> in un Data Base informatico opportunamente predisposto e accessibile ai soli autorizzati
Le schede mediche carenti di uno o più dei documenti sopra indicati o compilate in modo non esaustivo potrebbero portare all'assegnazione di servizi/forniture non equi o alla mancata assegnazione degli stessi.	

*Modalità di assegnazione di servizi/forniture*

<i>Valutazione richieste</i>	<p><b><i>I servizi/forniture richiesti dai sanitari</i></b> vengono valutati, indicativamente nei mesi di giugno e luglio, da una <i>Commissione Mista Interistituzionale</i> composta da rappresentanti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comune</li> <li>▪ ASL</li> <li>▪ Ufficio Scolastico Regionale</li> <li>▪ Consulta</li> </ul> <p>e nominata con Delibera di Giunta Comunale</p>
<i>Procedura di assegnazione di Servizi di Trasporto Scolastico</i>	<p><b><i>Saranno assegnati secondo le seguenti priorità definite in base alle diagnosi:</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Soggetti con difficoltà di deambulazione</i> (preferenza alla scuola dell'obbligo rispetto alla scuola dell'infanzia)</li> <li>2) <b>a)</b> <i>Soggetti con alterazione globale</i> dello sviluppo psicologico con aggressività etero e auto diretta evidente  <b>b)</b> <i>Soggetti con crisi convulsive</i> non controllate dai farmaci  <b>c)</b> <i>Soggetti con disabilità sensoriale grave</i> (Ciechi)</li> <li>3) <i>Altri</i> (Down, ritardi mentali non aggressivi ecc)</li> </ol>
<i>Procedura di assegnazione di Operatori Socio Educativi</i>	<p><b><i>Saranno assegnati secondo le seguenti priorità, definite in base alle diagnosi, e compatibilmente con le disponibilità economiche</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Soggetti con alterazione globale dello sviluppo psicologico</i> oppure <i>Soggetti con Disturbi del Comportamento Dirompente</i></li> <li>2) <i>Soggetti con necessità di un importante miglioramento delle autonomie personali</i> oppure <i>Soggetti con bisogno di una migliore identificazione nell'adulto</i> (Es: <i>Disabilità psichiche senza comportamenti aggressivi, disabilità sensoriali, ritardi cognitivi medio-gravi</i>)</li> <li>3) <i>Altri soggetti con necessità di migliorare le autonomie personali</i> (Down, ritardi mentali non aggressivi ecc).</li> </ol>

<p><i>Criteria specifici per Asili Nido e Scuole Infanzia</i></p>	<p>Considerato che nei Nidi e nelle Scuole Infanzia le attività educative sono maggiormente assimilabili a quelle degli Operatori Socio Educativi e le famiglie accompagnano comunque gli alunni a scuola, il Comune si atterrà alle seguenti regole:</p> <p><b>Asili nido:</b> normalmente non verranno assegnati né trasporto né Operatore Socio Educativo;</p> <p><b>Scuole infanzia:</b> sia il trasporto che l'Operatore Socio Educativo verranno assegnati solo in caso di disabilità gravi di comprovata difficile gestione</p>
<p><i>Operatori Socio Assistenziali</i></p>	<p>Sono operatori assegnati ad <b>alunni inseriti nelle sezioni particolarmente attrezzate (poli gravi RES)</b>, a prescindere dalla diagnosi e dal contesto scolastico.</p> <p>Il numero di ore dipenderà dal numero di alunni inseriti in ogni sezione e dall'orario di funzionamento complessivo delle sezioni oltre che da quello specifico degli alunni.</p>
<p><i>Ausili</i></p>	<p><u>Saranno acquistati in via prioritaria</u> gli <b>ausili extra nomenclatore</b> (Allegato 1 alla L. 332/1999) specificatamente necessari per garantire il diritto allo studio degli alunni.</p> <p>Gli ausili saranno acquistati previa richiesta di preventivi di spesa sulla base delle richieste pervenute e compatibilmente con le disponibilità di Bilancio.</p> <p><b><u>Non si procederà all'acquisto degli ausili in caso di mancanza di scheda tecnica.</u></b></p> <p>Al fine di garantire tempi di consegna brevi, contenimento dei costi nonché incentivo alla produzione "made in Italy", si richiede ai sanitari di proporre ausili fabbricati in Italia.</p>
<p><i>Materiale para-farmaceutico</i></p>	<p>Sarà richiesto dalle <b>Assistenti Sanitarie</b> previa verifica delle scorte e confronto con i <b>Referenti dell'Handicap</b> delle scuole, onde evitare doppie ordinazioni e sprechi. Le richieste saranno predisposte su apposito modulo (Allegato 2) e consegnate al competente Ufficio Comunale entro il <b>15 Maggio</b> di ogni anno.</p> <p>Considerato che gli acquisti vengono effettuati dal Comune tramite gara pubblica, non potranno essere accolte richieste per materiale igienico sanitario diverso da quello indicato sul modulo se non in presenza di specifica prescrizione medica (Es: marca di pannolini particolare).</p>

<i>Informative</i>	Una volta <b>assegnati i servizi/forniture</b> a ogni alunno avente diritto, il competente Ufficio Comunale ne darà comunicazione alle famiglia, alle Istituzioni Scolastiche, all'Ufficio Scolastico Regionale e ai sanitari di riferimento degli alunni stessi.
<i>Valutazione del contesto scolastico</i>	Le <b>richieste di servizi/forniture</b> contenute nelle schede mediche verranno valutate alla luce delle informazioni riguardanti il contesto scolastico in cui l'alunno è inserito. Le informazioni, fornite dalle scuole di appartenenza tramite l'inserimento dei dati in un data base gestito dall'Ufficio Scolastico Provinciale (USP), perverranno al competente ufficio comunale con modalità che prossimamente verranno concordate e costituiranno parte integrante delle presenti linee guida.

*Tutti i soggetti istituzionalmente preposti, ognuno per le proprie competenze, si impegnano a partecipare a incontri finalizzati all'analisi di casi particolari e alla condivisione di progetti specifici.*



**COMUNE DI GENOVA**

**Assessorato Infanzia – Scuola  
e Servizi Demografici**

**Direzione Politiche Educative**

**Servizi agli Studenti**

**Ufficio Sostegno all'Handicap**

Via di Francia, 3 – 16128 Genova

Tel. 0105576525/526/528/508/523

Fax 0105576524

e-mail [servintegrativi@comune.genova.it](mailto:servintegrativi@comune.genova.it)

*Timbro struttura sanitaria di riferimento*

**Data compilazione**

**Anno Scolastico**

**Spazio riservato all'Ufficio Sostegno all'Handicap:**

Nominativo utente: \_\_\_\_\_

Scuola: \_\_\_\_\_

Sanitario di riferimento: \_\_\_\_\_

Scheda medica n°: \_\_\_\_\_

Assegnazione servizi specialistici n°:                      SI                       NO

Assegnazione servizio trasporto scolastico n°:            SI                                  NO

Assegnazione ausili n°:    SI                       NO

Tipo e modello \_\_\_\_\_

Le informazioni contenute nella presente scheda sono riservate e sono destinate esclusivamente agli Enti Pubblici e ai gestori assegnatari dei servizi richiesti. La diffusione, distribuzione e/o copiatura delle schede da parte di soggetti diversi da quelli sopraindicati è proibita ai sensi dell'art. 616 codice penale e ai sensi del D. Lgs. 196/03.

**Allegare attestazione di disabilità.**

Se non è possibile allegare l'attestazione di disabilità precisarne le motivazioni:

---

**da compilare solo se non si allega attestazione di Disabilità:**

**Alunno/Studente**

Nome:

Sesso M  F

**DIAGNOSI CON CODIFICA AI SENSI DEL ICD 10 (Sigla e descrizione)**

Gravità (art. 3 - comma 3) Si  No

Data di nascita (gg/mm/aaaa)

Luogo di nascita

Residenza  c.a.p.

Via  civ.

**Da compilare sempre:**

Domicilio (se diverso dalla residenza)  c.a.p.

Via

Telefono  Mail

Altezza\* (in cm)  Peso\* (in Kg)

Se Straniero:

Conoscenza della lingua italiana: Buona  Sufficiente  Scarsa  Nulla

Servizi integrativi richiesti: Specialistico  Trasporto Scolastico  Ausili

**\*N.B.: I dati relativi alla statura e al peso sono indispensabili all'Ufficio Sostegno all'Handicap così come la residenza (per individuare il Comune competente) e il domicilio se diverso dalla residenza.**

**Da compilare sempre:**

A.S.L. 3 "Genovese" U.O.

N.O. /DISTRETTO

Az. Ospedaliera/Università

Centro Riabilitativo Accreditato

Nominativo del Medico/Psicologo di riferimento

Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ e-mail

\_\_\_\_\_

Nominativo dell'Assistente Sociale di riferimento

Tel.

**Scuola che frequenterà (alunno inserito in classe normale):**

<b>Ordine Scuola:</b>	<b>Nome Scuola:</b>	<b>Indirizzo (obbligatorio perché più scuole hanno lo stesso nome):</b>
Asilo Nido		
Scuola Infanzia.		
Scuola Primaria:		
Scuola Secondaria di 1° grado:		

**Scuola che frequenterà (alunno inserito in una sezione particolarmente attrezzata - Polo gravi):**

<b>Ordine scuola:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Indirizzo:</b>
Scuola Primaria:		
Scuola Secondaria di 1° grado:		



**Asse motorio:**

⤴ deambulazione:

autonoma  con aiuto  non deambula

⤴ sale/scende scale in modo: autonomo  con aiuto  non autonomo

⤴ utilizza ausili per deambulare Si  No

Se si, quali

---

**Asse autonomia personale e sociale:**

controllo sfinterico Si  No  Parz.

alimentazione autonoma Si  No  Parz.

igiene personale Si  No  Parz.

vestirsi/svestirsi Si  No  Parz.

produzione verbale Si  No  Parz.

comprensione verbale Si  No  Parz.

**Asse cognitivo:**

capacità intellettive nella norma: Si  No

se No ridotte di grado:

lieve  medio  grave

**Aspetti comportamentali:**

presenza di comportamenti aggressivi: Si  No

eterodiretti  Autodiretti

frequenti  rari

Presenza di crisi convulsive farmacoresistenti Si  No

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento

**Il Servizio Sanitario che firma e timbra è a ciò autorizzato da parte della famiglia.**

**Richiesta di servizi specialistici:**

servizio socio educativo

servizio socio assistenziale specialistico

(solo per alunni iscritti ai poli gravi)

servizio socio educativo specializzato in comunicazione mediante:

lingua italiana dei segni L.I.S.

verbo tonale

aumentativa alternativa

comunicazione soggetti autistici

**Elementi utili per la stesura del progetto socio educativo** (autonomie da sviluppare, modello di identificazione, contenimento, ecc.). **(DA COMPILARE SEMPRE)**

Si precisa che il supporto alla didattica è competenza degli insegnanti così come l'assistenza e l'accudimento alla persona sono di competenza del Personale Scolastico.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento

**Il Servizio Sanitario che firma e timbra è a ciò autorizzato da parte della famiglia.**

Note dell'Ufficio:

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Richiesta di servizio di trasporto:**

- deambula autonomamente                      Si         No
- usa carrozzina                                      Si         No
- se Sì, è pieghevole                              Si         No
- può usare mezzi pubblici                      Si         No

**se deambula autonomamente e/o se può usare mezzi pubblici specificare la motivazione della richiesta di servizio (da compilare sempre):**

---

---

---

**due corse giornaliere (casa/scuola – scuola/casa) effettuate da:**

- ⤴ N° 1 operatore con funzioni di autista/accompagnatore   
(una persona che oltre a guidare accompagna l'utente da abitazione a vettura e viceversa e da vettura a scuola e viceversa)
- ⤴ N° 2 operatori con funzioni di autista/accompagnatore + secondo accompagnatore

(due persone che effettuano, oltre alla guida della vettura, il servizio di accompagnamento come sopra indicato)

**In caso di richiesta di 2 accompagnatori e/o in caso di modifica del numero di accompagnatori rispetto all'anno precedente, indicare sempre le motivazioni:**

---

---

Nel caso in cui il servizio debba essere erogato con secondo accompagnatore, lo stesso potrà essere sostituito da un familiare adulto. Questa necessità deve essere motivata nello spazio sopra indicato.

- Vettura attrezzata per carrozzina non pieghevole  
(alunno seduto in macchina e carrozzina dietro)
- Vettura con pedana  
(alunno seduto sulla carrozzina fissata su pedana in vettura)

Può viaggiare con altri utenti nello stesso veicolo                      Si         No

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento

**Il Servizio Sanitario che firma e timbra è a ciò autorizzato da parte della famiglia**

**Richiesta di ausili completi di accessori per l'integrazione scolastica:**

Ausili già in dotazione da conservare previa manutenzione/adequamento:

(indicare gli eventuali interventi/personalizzazioni necessarie)

---

---

---

Ausili già in dotazione da dismettere:

---

---

---

Ausili da fornire in ambito scolastico, compresi gli ausili informatici:

Motivazione della richiesta (indicare sempre):

---

---

---

Per tutti gli ausili richiesti è indispensabile **allegare sempre** scheda tecnica con precisa indicazione del tipo di ausilio e degli eventuali accessori, modello, dimensioni e ogni specifica necessaria per l'individuazione dell'ausilio corretto.

Indicare sempre il nominativo e un recapito (telefono, mail) dello specialista sanitario da contattare per qualsiasi informazione necessaria e per la verifica congiunta con il nostro fornitore all'atto della consegna:

---

---

Note, osservazioni, ulteriori indicazioni relative agli ausili prescritti:

---

---

---

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento

**Il Servizio Sanitario che firma e timbra è a ciò  
autorizzato da parte della famiglia.**

Note dell'Ufficio

---

---

---

---

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL SERVIZIO ESTIVO RISERVATO AGLI ALUNNI DISABILI ISCRITTI  
NELLE SEZIONI PARTICOLARMENTE ATTREZZATE**

**Dati anagrafici dell'alunno:**

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
nato a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
abitante in via	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
C.A.P.	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>

durante l'anno scolastico frequenta la sezione particolarmente attrezzata presso la scuola :

elencare di seguito gli ausili, già assegnati in dotazione individuale all'alunno, da trasferire eventualmente nel C. E.

---

---

---

---

---

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento

**Il Servizio Sanitario che firma e timbra è a ciò  
autorizzato da parte della famiglia.**

Note dell'Ufficio:

---

---

---

---

---

**NOTA INFORMATIVA PER EVENTUALE PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE AL SERVIZIO ESTIVO PRESSO I LABORATORI EDUCATIVI TERRITORIALI (L.E.T.) - ESTATE 2010**

**Dati anagrafici dell'alunno:**

Cognome  Nome

nato a  il

abitante in via  N°

C.A.P.  Telefono

durante l'anno scolastico frequenta la scuola:

<b>Tipo scuola:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Indirizzo:</b>
---------------------	--------------	-------------------

**Elementi utili per l'inserimento dell'utente presso il centro estivo LET**

Il bambino:

- ✓ si inserisce facilmente in ambienti nuovi Si  No
- ✓ possiede autonomie che gli consentono di essere inserito

in un gruppo senza una continua figura di riferimento dedicata Si  No

- ✓ può mangiare da solo Si  No
- ✓ utilizza ausili che devono essere trasportati al centro estivo Si  No
- ✓ utilizza autonomamente i servizi igienici Si  No
- ✓ La famiglia è orientata ad una frequenza a tempo pieno Si  No

Altre eventuali informazioni utili:

---

---

---

Timbro e firma del Medico/Psicologo di riferimento

**Il Servizio Sanitario che firma e timbra è a ciò autorizzato da parte della famiglia.**

**I dati suindicati non sostituiscono l'iscrizione da parte delle famiglie al servizio estivo LET, ma servono allo scrivente ufficio per individuare i bisogni di operatori dedicati in caso di successiva iscrizione e frequenza**



COMUNE DI GENOVA

**COMUNE DI GENOVA**

**Area Servizi Decentrati verso la Città Metropolitana - Direzione Politiche Educative**

**Ufficio Sostegno Handicap**

**OGGETTO:** Richiesta materiale igienico - sanitario A.S. ....

Si richiede per il/la minore nato/a a

il Altezza peso

Iscritto/a presso la scuola Via

Telefono Circolo Didattico/Ist. Comp/Secondaria I° Grado

Assistente Sanitaria di riferimento Tel.

<b>MATERIALE</b>	<b>CONFEZIONI</b>	<b>N° CONF.</b>
Pannolino mutandina misura piccola 4-9 Kg	n° 24 pezzi/conf.	
Pannolino mutandina misura media 7-18 Kg	n° 22 pezzi/conf.	
Pannolino mutandina misura grande 11-25 Kg	n° 20 pezzi/conf.	
Pannolino mutandina misura maxi 15-30 kg	n° 16 pezzi/conf.	
Pannolone mutandina misura small	n° 15 pezzi/conf.	
Pannolone mutandina misura medium	n° 15 pezzi/conf.	
Pannolone mutandina misura large	n° 15 pezzi/conf.	
huggies femmina 4/7 anni	n° 10 pezzi/conf.	
Huggies dry night pigiama pants 24/57 kg 8/10 anni maschio	n° 9 pezzi/conf.	
Tena slip super tena misura media femmina	n° 28 pezzi/conf.	
Santex lady extra santex	n° 24 pezzi/conf.	
Chicco morbide carezze 16/30 kg maschio	n° 24 pezzi/conf.	
Bavaglino mono uso	confezione 100 pz	
Lenzuolino	confezione da 80 mt.	
Fazzoletto carta	confezione da 10 pz	
Asciugamano a rotoli	rotolo 350 strappi	
Salviette umidificate	confezione da 80 pz	
Manopole a guanto	confezione da 50 pz	
Guanto vinile Misura Small	confezione da 100 pz	
Guanto vinile Misura Medium	confezione da 100 pz	
Guanto vinile Misura Large	confezione da 100 pz	
Sapone liquido	confezione da 500cc	
Pasta ossido zinco	confezione da 250 cc	
Olio di mandorla	bottiglia da lt. 1	

**NOTE:**

Area Servizi Decentrati verso la Città Metropolitana

Direzione Politiche Educative

Ufficio Sostegno Handicap

Via di Francia 3 V° Piano Settore 6 - Sala 37

16149 Genova

Tel. 010 5576528 - 525 - 526 - 508 - 010 5577379

Fax Tel. 010 5576524

www.comune.genova.it e-mail [servintegrativi@comune.genova.it](mailto:servintegrativi@comune.genova.it)