



Dipartimento di Salute mentale  
Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e  
dell'Adolescenza - U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico  
Presidio "Aiuto Materno" - via Lancia di Brolo 10/b  
90145 Palermo - tel. 091/7035451 - fax 091/7035411  
email: [uoc.autismo@asppalermo.org](mailto:uoc.autismo@asppalermo.org)



Prot. n. 3815 del 21/10/2024

Alla C/A dei Dirigenti Scolastici delle Scuole  
di ogni ordine e grado di Palermo e Provincia

e p.c.

Assessorato alle Attività Sociali e Socio-Sanitarie  
[assessoratoattivitasociali@comune.palermo.it](mailto:assessoratoattivitasociali@comune.palermo.it)

alla C/A della Dr.ssa C. Garofalo  
Ufficio Scolastico Regionale U.S.R.  
[concetta.garofalo@scuola.istruzione.it](mailto:concetta.garofalo@scuola.istruzione.it)

**Oggetto: comunicazione procedure richieste GLO, verbali di accertamento scolastico e consulenze comportamentali**

In considerazione del numero di utenti scolarizzati in carico alla U.O.C. Disturbi dello Spettro Autistico e della carenza in organico, lo scrivente Servizio ha elaborato delle procedure, già condivise per le vie brevi con la Dr.ssa Garofalo dell'U.S.R. che legge in copia, al fine di rendere più sostenibile ed efficace la collaborazione con le scuole.

Nello specifico, per ciò che concerne le **richieste di GLO**, sarà data precedenza a quelle finalizzate all'assegnazione delle risorse (prime/nuove certificazioni; alunni nelle fasi di transizione relative ai passaggi dell'ultimo anno delle scuole di ogni ordine e grado - infanzia, primaria e secondaria).

Si rappresenta che queste dovranno essere trasmesse a mezzo mail all'indirizzo [scuola.autismo@asppalermo.org](mailto:scuola.autismo@asppalermo.org) specificando cognome, nome e data di nascita dell'alunno, classe, codice ICD-10, diagnosi, nome, cognome, contatto telefonico della Funzione Strumentale per potere concordare data e orario.

Non saranno prese in carico richieste effettuate in modalità differente o prive delle su richieste informazioni.

Per ciò che concerne i **verbali di accertamento scolastico**, le richieste (prime certificazioni/rinnovi) vanno effettuate esclusivamente dai genitori che dovranno fare una formale richiesta alla U.O.C. (in presenza o a mezzo mail scrivendo all'indirizzo [scuola.autismo@asppalermo.org](mailto:scuola.autismo@asppalermo.org) specificando nell'oggetto "RICHIESTA VERBALE ACCERTAMENTO SCOLASTICO" + NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA utente) compilando il modulo in allegato (allegato 1.).

Si dovranno allegare alla richiesta i seguenti documenti:

- Copia verbale scaduto da rinnovare (se trattasi di rinnovo);
- Copia L. 104 (se posseduta);
- Ultima relazione/certificazione UOC Disturbi dello Spettro Autistico (o altro ente del SSN).

In prossimità della scadenza del verbale di accertamento scolastico (un-mese prima) la Scuola è invitata a sollecitare i genitori a fare richiesta di rinnovo secondo le su menzionate modalità.

Non saranno prese in carico richieste effettuate in modalità differente o prive delle su richieste informazioni.

Per ciò che concerne invece le **richieste di consulenze comportamentali**, per quei casi con problematiche di difficile gestione, queste vanno effettuate a mezzo mail scrivendo all'indirizzo di posta elettronica dedicato [scuola.autismo@asppalermo.org](mailto:scuola.autismo@asppalermo.org) specificando nell'oggetto "RICHIESTA CONSULENZA COMPORTAMENTALE PER L'ALUNNO" + NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA. Nel corpo del testo si dovranno indicare "nome, cognome e contatto telefonico" del Referente del caso per la scuola al fine di potere concordare modalità e tempistiche di intervento nei giorni che saranno indicati dallo scrivente Servizio. Inoltre dovrà essere allegato il modulo debitamente compilato (vedi allegato 2) finalizzato all'individuazione dell'eventuale priorità in relazione anche alla severità della topografia e i relativi parametri (frequenza, intensità e durata) dei comportamenti disfunzionali manifestati.

Non saranno prese in carico richieste effettuate in modalità differente o prive delle su richieste informazioni.

Si trasmette altresì in allegato alla mail un modulo da compilare (allegato 3) finalizzato alla mappatura della popolazione degli alunni scolarizzati con Disturbo dello Spettro Autistico (codice ICD 10 F84.0; F84.9.) che dovrà essere ritrasmesso seguendo le istruzioni.

Si coglie infine l'occasione per anticipare che lo scrivente Servizio intende programmare un ciclo di corsi di formazione dedicati al personale delle istituzioni scolastiche di Palermo e Provincia sull'Analisi Comportamentale Applicata (ABA) e sulle procedure di insegnamento che da essa derivano al fine di potenziare significativamente le capacità degli insegnanti di gestione dei comportamenti disadattivi sostituendoli con altri più funzionali.

Dr.ssa Lavinia Vecchio Verderame  
Dirigente Psicologo

Dr.ssa Roberta Belcastro

Dirigente Psicologo



Il Direttore dell'U.O.C. Disturbi dello Spettro Autistico

Dr.ssa Giovanna Gambino

**ALLEGATO N. 1**  
**RICHIESTA VERBALE ACCERTAMENTO SCOLASTICO**

da trasmettere a scuola.autismo@asppalermo.org

**DATI UTENTE**

**(parte che deve compilare il genitore)**

DATA RICHIESTA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME MADRE \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME PADRE \_\_\_\_\_

CELLULARE GENITORI \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

SCUOLA \_\_\_\_\_

MEDICO DI RIFERIMENTO/OPERATORE CHE LO HA VALUTATO RECENTEMENTE  
\_\_\_\_\_

DA CHI E' FORMULATA LA RICHIESTA: \_\_\_\_\_

**Allegare alla richiesta i seguenti documenti:**

- copia verbale di accertamento scolastico scaduto
- copia legge 104
- ultima relazione/certificazione clinica U.O.C Autismo o altri enti del SSN

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

**Parte che deve compilare il personale della U.O.C.**

NUMERO CARTELLA \_\_\_\_\_



**ALLEGATO N. 2**

**MODULO RICHIESTA CONSULENZA COMPORTAMENTALE**

(da compilare, sottoscrivere e allegare alla formale richiesta da trasmettere alla mail  
scuola.autismo@asppalermo.org)

**DATI ALUNNO/A**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

FASCIA DI ETA'                      0-3                      3-6                      7-10                      10-16                      16-OVER

N. ORE DI INSEGNANTE SOSTEGNO ASSEGNATE \_\_\_\_\_

N. ORE DI OPERATORE ASACOM ASSEGNATE \_\_\_\_\_

ASSEGNAZIONE ASSISTENTE IGIENICO PERSONALE                      SI                      NO

COME L'ALUNNO COMUNICA I PROPRI BISOGNI E DESIDERI?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATI SCUOLA**

NOME ISTITUTO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

NOMINATIVO REFERENTE FUNZIONE STRUMENTALE \_\_\_\_\_

CONTATTO TELEFONICO \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA PROBLEMATICA COMPORTAMENTALE EMERSA A SCUOLA**

DA QUANTO TEMPO L'ALUNNO/A MANIFESTA QUESTE PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BREVE DESCRIZIONE DELLA TOPOGRAFIA DEL COMPORTAMENTO PROBLEMATICO (ELENCARE LE AZIONI CHE COMPIE L'ALUNNO/A)

---

---

---

---

**RILEVAZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALE**

**RISCHIO COMPORTAMENTALE** (SEGNARE LA/LE CASELLA/E CORRISPONDENTE/I AL RISCHIO RISPETTO AL COMPORTAMENTO EMESSO DALL'ALUNNO)

AUTOLESIONISMO	AGGRESSIVA'	DANNO DISTRUZIONE AMBIENTE	ISOLAMENTO	PERDITA DI OPPORTUNITA'
----------------	-------------	----------------------------------	------------	----------------------------

**RISCHIO AMBIENTALE** SECONDO UNA VOSTRA VALUTAZIONE, IN RELAZIONE AL COMPORTAMENTO EMESSO DALL'ALUNNO QUALI SONO LE CARATTERISTICHE AMBIENTALI SU CUI BISOGNEREBBE INTERVENIRE PER LA SUA MESSA IN SICUREZZA?

---

---

---

**INFORMAZIONI SULL'AMBIENTE**

DOVE E' COLLOCATO IL BANCO DELL'ALUNNO/A?

---

---

---

QUANTI ALUNNI SONO PRESENTI IN CLASSE?

---

---

---

IN UNA SCALA DA 1 A 10, QUANTO RUMORE RITENETE CHE VENGA PRODOTTO ALL'INTERNO DELLA CLASSE?

---

---

---

CHE TIPO DI ILLUMINAZIONE E' PRESENTE IN CLASSE? (NEON, LED, ETC..)

---

---

---

NELLA VOSTRA SCUOLA E' PRESENTE UN'AULA DOVE POTERE EFFETTUARE DELLE ATTIVITA' CURRICULARI INDIVIDUALI?

---

---

NELLA VOSTRA SCUOLA SONO PRESENTI AREE AGIBILI ALL'APERTO?

SI NO

NELLA VOSTRA SCUOLA E' PRESENTE UNA PALESTRA?

SI NO

**INFORMAZIONI SULLE STRATEGIE UTILIZZATE FINO AD OGGI**

E' STATA CONDOTTA UN'ANALISI FUNZIONALE DESCRITTIVA (ABC)?

SI NO

NEL VOSTRO STAFF E' PRESENTE UNA FIGURA FORMATA IN ANALISI DEL COMPORTAMENTO APPLICATA (ABA)?

SI NO

QUALI SONO GLI EVENTI CHE SOLITAMENTE INNESCANO IL COMPORTAMENTO PROBLEMatico?

---

---

---

CHE TIPO DI RISPOSTE FORNITE TUTTE LE VOLTE CHE L'ALUNNO/A MANIFESTA IL COMPORTAMENTO PROBLEMatico?

---

---

---

IN QUALE MOMENTO DELLA GIORNATA SI MANIFESTA CON PIU' PROBABILITA' IL COMPORTAMENTO PROBLEMatico? (es. all'ingresso, durante la prima ora, dopo la ricreazione, nelle ultime ore, etc.)

---

---

---

**INFORMAZIONI SUGLI APPRENDIMENTI E LE ABILITA' A SCUOLA**

QUALI SONO LE ATTIVITA' PROPOSTE MAGGIORMENTE GRADITE DALL'ALUNNO?

---

---

---

QUALI SONO LE ATTIVITA' PROPOSTE CHE RIFIUTA DI SVOLGERE L'ALUNNO?

---

---

---

IN QUALE AREA CURRICULARE L'ALUNNO MOSTRA MAGGIORE PADRONANZA?

---

---

---

IN QUALE AREA CURRICULARE NECESSITA MAGGIORE AIUTO?

---

---

---

PER QUANTO TEMPO L'ALUNNO RIESCE A RIMANERE SEDUTO O COLLABORATIVO DURANTE LA LEZIONE?

---

---

---

IN QUALE SITUAZIONE L'ALUNNO RIESCE A CONDIVIDERE ATTIVITA' E SPAZI IN MODO ADEGUATO CON GLI ALTRI? SE NON RIESCE, SPECIFICARE PER QUALE MOTIVO.

---

---

---



Con la presente si chiede formalmente una consulenza comportamentale finalizzata alla migliore gestione dei comportamenti problema che l'alunno/a manifesta a scuola e che il gruppo insegnanti ha difficoltà a gestire. A tal fine la scuola si impegna a collaborare con gli operatori della U.O.C Disturbi dello Spettro Autistico. Sottoscrivendo questo modulo si acconsente al trattamento dei dati personali che saranno trattati nel pieno rispetto dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679..

Data \_\_\_\_\_

Il Referente Funzione Strumentale

Firma

Il Dirigente Scolastico

Firma

