# ALLEGATO B) parte 2

**REGIONE PIEMONTE ASL/UMI**

**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA E PROGETTO MULTIDISCIPLINARE**

Aggiornato al

# DA ALLEGATO B) PARTE 1 - PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO (DIAGNOSI FUNZIONALE -ASPETTI SANITARI)

Cognome Nome

Nato a Il

Residente a Scuola frequentata

BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA

CODIFICA ICD 10

ICD 10

ICD 10

ICD 10

ICD 10

ICD10

# FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

Descrivete **solo** le menomazioni e/o degli eventuali punti di forza delle funzioni corporee quando significativi, attraverso una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo del qualificatore. Utilizzate come traccia la “checklist PMT”

# STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario

Descrivete le caratteristiche **solo** delle menomazioni significative di cui si ha documentata evidenza. Utilizzate una forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo dei suoi qualificatori. Utilizzate come traccia la “checklist PMT”

Parte 2: profilo descrittivo di funzionamento (a cura dell’UMI)

# A CURA DELL’UNITA’ MULTIDISCIPLINARE INTEGRATA

**ATTIVITA’ E PARTECIPAZIONE (ICF)**

Descrivete **solo** l’entità delle limitazioni e gli eventuali punti di forza delle attività e della partecipazione che appaiono significative per la persona.

La descrizione deve essere fatta in forma narrativa facendo esplicito riferimento al codice ICF completo dei suoi qualificatori in termini di **Performance** (ciò che la persona fa nel suo ambiente - facilitatori e barriere compresi –), **Performance 1** (ciò che la persona fa con facilitatori e barriere strumentali, senza l’influenza delle persone) e **Capacità** (ciò che la persona sarebbe in grado di fare da sola, senza facilitatori né barriere di alcun tipo).

*In caso di differenze tra* **Performance**, **Performance 1**, *e* **Capacità** *descrivete i* **Fattori Ambientali** *che ne sono responsabili e la loro modalità di interazione con la persona.*

*Utilizzate come traccia la “*checklistPMT*” e l’allegato “*breve elenco dei fattori ambientali*”*

**d1**. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE

**d2**. COMPITI E RICHIESTE GENERALI

**d3**. COMUNICAZIONE

**d4**. MOBILITA’

**d5**. CURA DELLA PROPRIA PERSONA

**d6**. VITA DOMESTICA

**d7**. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI

**d8**. AREE DI VITA PRINCIPALI

**d9**. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA’

# FATTORI CONTESTUALI PERSONALI

Fate una descrizione sintetica del soggetto e di ogni altra informazione rilevante non descritta in precedenza.

Includete tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sul funzionamento (es. stili di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, ecc) non descrivibili nelle dimensioni precedentemente prese in esame.

***A cura dell’interessato e/o della famiglia***

|  |
| --- |
| **Punto di vista della persona** |
| ***Mi presento*** |
| 1. I miei punti di forza ( cosa so fare, cosa mi piace fare, gli aspetti positivi del mio carattere, cosa devi conoscere di me, modi con i quali posso comunicare con te, ecc) |
| 2. Cose che trovo difficili (cosa proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo aiuto, ecc) |
| 3. Ciò che è più importante fare per aiutarmi e come |
| **Punto di vista di chi rappresenta la persona** |
| 1. I suoi punti di forza ( cosa sa fare, cosa gli piace fare, gli aspetti positivi del suo carattere, ecc) |
| 2. Cose che trova difficili (cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve aiuto, gli aspetti problematici del suo carattere, ecc) |
| 3. Ciò che è più importante fare per aiutarlo e come |

# ELEMENTI PER LA DEFINIZIONE DEL PROGETTO MULTIDISCIPLINARE PER L’INCLUSIONE SCOLASTICO-FORMATIVA.

1. **LE COSE PIÙ IMPORTANTI DA PROGRAMMARE**
2. **AZIONI SOCIALI ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA** (riportare AD ESEMPIO le azioni attivate).
3. **AZIONI SANITARIE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA** (riportare AD ESEMPIO i trattamenti o le azioni attivate)

# AZIONI SCOLASTICHE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA

(riportare AD ESEMPIO le azioni attivate)

# L’ALUNNO NECESSITA

**Assistenza sanitaria a scuola**  **Sì**  **No**

Specificare

# Utilizzo di prodotti, adattamenti ambientali e tecnologie  Sì  No

Specificare

# Assistenza di base (CCNL Comparto Scuola)  Sì  No

Specificare

# Assistenza Specialistica (nota 30/XI/2001 prot. 3390)  Sì  No

Specificare

# REFERENTI/RESPONSABILI PER I VARI INTERVENTI

**IDONEITA’ ALLA FREQUENZA DELLE STRUTTURE FORMATIVE IN CUI SIANO**

# PREVISTE ATTIVITA’ DI LABORATORI(Istituti Tecnici Professionali ed Artistici e Formazione Professionale)

**(richiesta in relazione all’incolumità dell’alunno/a -CM 400 del 31/12/91):**

IDONEO NON IDONEO

Firma del Referente del caso

(Ente) (Qualifica) (firma)

I componenti dell’equipe

(Ente) (Qualifica) (firma)

(Ente) (Qualifica) (firma)

(Ente) (Qualifica) (firma)

(Ente) (Qualifica) (firma)

(Ente) (Qualifica) (firma)

(Ente) (Qualifica) (firma)

(Ente) (Qualifica) (firma)

I/Il genitore/i

Il Responsabile

, lì \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

# Questo documento è sottoposto al segreto professionale (art. 622 C. P.)

**ALLEGATO C)**

# REGIONE PIEMONTE ASL

Il sottoscritto…………………………………………padre (o tutore) di………………………………..………………

Nato a………………………………………………..il……………………………………………..

La sottoscritta………………………………………madre (o tutrice) di………………………………….………….…

Nata a………………………………………………..il……………………………………………..

**DICHIARANO**

**DI ESSERE STATI INFORMATI** circa le procedure per l’individuazione del proprio figlio/a (o della persona su cui si esercita la funzione di tutore) come alunno/a con:

□ Disabilità

**DI DARE IL CONSENSO (oltre a quanto già dichiarato in sede di primo accesso al Servizio sanitario):**

* + All’ utilizzo dei dati sanitari emersi in fase di accertamento, nei momenti di redazione del Profilo di funzionamento e del progetto multidisciplinare alla presenza di operatori di altri Servizi o Enti
  + Al coinvolgimento del figlio/a (o della persona su cui si esercita la funzione di tutore), nelle modalità da concordare, nella compilazione del Profilo di Funzionamento e del Progetto Multidisciplinare
  + Alla registrazione del Profilo di Funzionamento e del Progetto Multidisciplinare nel Sistema Informativo utilizzato dal servizio sanitario
  + All’attivazione delle procedure di legge per il riconoscimento di:
    - persona con Handicap ai sensi della legge 104/92
    - persona con invalidità ai sensi di legge 118/71 Luogo…………………..…………….., Data ………………………………….

Firma Padre o tutore:

Firma Madre o tutore: