 **REGIONE PIEMONTE**

### ALLEGATO B) parte 2 - D.G.R. 15 – 6181 del 29 luglio 2013

**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA**

**E PROGETTO MULTIDISCIPLINARE**

Aggiornato al

**Cognome Nome**

**Nato a Il**

**Residente a**

**Scuola frequentata**

**BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA**

**CODIFICA ICD 10**

**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 “*checklist PMT*” 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 (ICF)**

*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) |
| 1. Cose che trovo difficili (cosa che proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo aiuto, ecc) |
| 1. 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) |
| 1. Cose che trova difficili (cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve aiuto, gli aspetti problematici del suo carattere, ecc) |
| 1. Ciò che è più importante fare per aiutarlo e come |

**ELEMENTI PER LA DEFINIZIONE DEL PROGETTO MULTIDISCIPLINARE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICO-FORMATIVA**

**A) LE COSE PIÙ IMPORTANTI DA PROGRAMMARE**

**B) AZIONI SOCIALI ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA** (riportare AD ESEMPIO le azioni attivate).

**C) AZIONI SANITARIE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA** (riportare AD ESEMPIO i trattamenti o le azioni attivate).

**D) AZIONI SCOLASTICHE ATTIVABILI DIRETTAMENTE PER LA PERSONA** (riportare AD ESEMPIO le azioni attivate).

**L' ALUNNO NECESSITA**

**Assistenza sanitaria a scuola ۞ SI ۞ NO**

Specificare:

**Utilizzo di prodotti, adattamenti ambientali e tecnologie ۞ SI ۞ NO**

Specificare:

**Assistenza di base (CCNL Comparto Scuola) ۞ SI ۞ NO**

Specificare:

**Assistenza specialistica (nota 30 / XI / 2001 prot. 3390 ) ۞ SI ۞ NO**

Specificare: Assistenza educativa in affiancamento all'insegnante di sostegno

**REFERENTI / RESPONSABILI PER I VARI INTERVENTI**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dott.ssa Lucia Pagana, neuropsichiatria infantile

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

**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)\_\_\_\_\_ASL TO 3\_\_\_\_ (Qualifica)\_\_\_NPI (firma) Lucia Pagana

I componenti l’equipe multidisciplinare:

(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 \_\_\_\_\_la \_\_

\_\_\_\_Collegno\_\_\_\_\_\_, lì \_

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