Scheda 4

**REGIONE PIEMONTE**

**DISTRETTO DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNITÀ MULTIDISCIPLINARE DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ MINORI**

**Valutazione ai sensi della DGR 34-13176**

**PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA**

**E PROGETTO MULTIDISCIPLINARE**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIAGNOSI CLINICA

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

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

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

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

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

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

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

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

1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ICD 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1 a - FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

|  |  |
| --- | --- |
| Descrivete l’entità **solo** delle menomazioni e/o degli eventuali punti di forza quando significativi delle funzioni corporee. Utilizzate come traccia la “*checklist PMT”* | CODIFICA ICF |
|  |  |

**1 b - STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

|  |  |
| --- | --- |
| Descrivete le caratteristiche **solo** delle menomazioni significative di cui si ha documentata evidenza. Utilizzate come traccia la *“checklist PMT”* | CODIFICA ICF |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Descrivete **solo** l’entità delle limitazioni, o gli eventuali eventuali punti di forza delle attività e restrizione della partecipazione che appaiono significative per la persona.  La descrizione deve essere fatta in termini di **Performance**, **Performance** **1**, e **Capacità**.  In caso di differenze tra **Performance**, **Performance** **1**, e **Capacità** elencate i **Fattori Ambientali** che ne sono responsabili.  Utilizzate come traccia la *“checklistPMT”* e l’allegato *“breve elenco dei fattori ambientali”* | CODIFICA ICF |
| **d1**. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE |  |
| **d2**. COMPITI E RICHIESTE GENERALI |
| **d3**. COMUNICAZIONE |
| **d4**. MOBILITA’ |
| **d5**. CURA DELLA PROPRIA 0 E410+4 |
| **d6**. VITA DOMESTICA |
| **d7**. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI |
| **d8**. AREE DI VITA PRINCIPALI |
| **d9**. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA’ |

**a - ATTIVITA’ E PARTECIPAZIONE**

**FATTORI CONTESTUALI PERSONALI (ICF)**

|  |
| --- |
|  |

**Breve elenco dei Fattori Ambientali”**

|  |
| --- |
| **e1. PRODOTTI E TECNOLOGIA** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL’UOMO** |
|  |
|  |
|  |
| **e3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e4. ATTEGGIAMENTI** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **OGNI ALTRO FATTORE AMBIENTALE** |
|  |

|  |
| --- |
| **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, ecc) |
| 1. Le mie difficoltà ( cosa proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo aiuto, gli aspetti difficili del mio carattere, 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. Le sue difficoltà ( cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve aiuto, gli aspetti difficili del suo carattere, ecc) |
| 1. Ciò che è più importante fare per aiutarlo e come |

**PROGETTO MULTIDISCIPLINARE** (definizione delle strategie generali da rivedere annualmente **comprendente gli ambiti condivisi su cui lavorare a livello multisciplinare nel periodo considerato** da dettagliare a livello di PEI o altri progetti conseguenti.. )

**A) LE COSE PIÙ IMPORTANTI DA FARE (**descritti con categorie ICF)

**B) OBIETTIVI (**di carattere generale condivisi ed eventualmente ripartiti in più anni, La specificazione degli obiettivi comprende la sezione risultati attesi. La descrizione degli obiettivi potrebbe essere libera, riportando però riferimento alle categorie ICF**)**

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

**E – REFERENTE SANITARIO DEL CASO**

**F – REFERENTI/RESPONSABILI PER I VARI INTERVENTI**

**G – 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):**

Questo documento è sottoposto al Segreto professionale (art. 622 Codice Penale)

Firma del Referente del caso

(Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 della Unità multidisciplinare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Allegato B – parte progettuale:**

**Da compilare da parte UVMD minori integrata dall’esperto designato dall’USP/AF e da rappresentanti degli Enti Territoriali.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipi di trattamento | N° Ore | Struttura |
| * Attività dei familiari. |  | Famiglia |
| * Riabilitazione logopedica |  | ASL/Altro |
| * Riabilitazione neuropsicomotoria |  | ASL |
| * Riabilitazione FKT |  | ASL |
| * Riabilitazione cognitiva |  | ASL |
| * Intervento psicologico; |  | ASL |
| * Attività di assistenza specialistica a scuola (nota 30/XI/2001 prot. 3390); |  | ASL |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * Altre attività scolastiche |  | ASL |
| * Attività di assistenza specialistica a scuola (nota 30/XI/2001 prot. 3390); |  | Enti Locali |
| * Attività socio-sanitarie |  | Enti gestori/ASL |
| * Altre attività (specificare) |  | Associazione |
| * Acquisti specifici (Materiali didattici etc..) |  |  |
| * Adattamenti ambientali ed Ausili |  |  |
| * Trasporti |  | Ente locale |
| * Supporto Mensa (personale, cibi..etc..) |  |  |
| * Altro (specificare) |  |  |
|  |  |  |
| RISORSE SCOLASTICHE |  |  |
| * Attività di sostegno a scuola; |  | Scuola |
| * Attività di personale docente |  | Scuola |
| * Attività di assistenza di Base (CCNL Comparto Scuola); |  | Scuola |