

Allegato (ndr modello di diagnosi funzionale)

(carta intestata della struttura)
REGIONE LOMBARDIA
AZIENDA _____
SERVIZIO DI

DIAGNOSI FUNZIONALE

COGNOME.....	NOME.....
NATO A	IL.....
RESIDENTE A.....	VIA.....Tel
SCUOLA.....	CLASSE.....
OPERATORE DEL SERVIZIO REFERENTE PER L'UTENTE.....	

N.B. Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza (art. 622 C.P.). Il presente atto va conservato all'interno del Fascicolo personale con facoltà di visione da parte degli operatori che si occupano dell'alunno con disabilità.

La Diagnosi Funzionale descrive la situazione clinico-funzionale del ragazzo al momento dell'accertamento (qual è la situazione nel qui e ora); deve quindi evidenziare non solo i deficit ma anche le potenzialità (sul piano cognitivo, affettivo-relazionale, sensoriale linguistico, ecc.).

E' un documento dettagliato, redatto dal servizio specialistico che ha in carico il minore e consegnato alla famiglia, che a sua volta lo fa avere alla scuola, sulla base del quale verrà poi predisposto collegialmente il PDF e il PEI.

Include conseguentemente le informazioni essenziali utili per l'integrazione scolastica, tra cui la specifica del livello di gravità e tipo di disabilità e delle eventuali tipologie di assistenza necessarie, onde consentire alla scuola e all'ente locale l'attribuzione delle risorse necessarie.

Per gli allievi di primo inserimento a scuola, viene effettuata entro la scadenza delle iscrizioni, per gli allievi già inseriti a scuola e inviati al collegio di accertamento in corso d'anno, viene redatta entro fine maggio.

Viene aggiornata al passaggio dalla scuola dell'infanzia alla scuola primaria, dalla scuola primaria alla scuola secondaria di primo grado, dalla scuola secondaria di primo grado alla scuola secondaria di secondo grado o alla formazione professionale regionale e consegnata alla scuola al momento dell'iscrizione. Può anche essere aggiornata in qualunque momento vi siano cambiamenti significativi del quadro di base, tali da richiedere modifiche relative alle tipologie di risorse da attivare.

DIAGNOSI CLINICA (codificata e per esteso) _____

PATOLOGIA:

- Fisica
- Psicica
- Sensoriale
 - Visiva
 - Uditiva
- Plurima

EVIDENZIARE POTENZIALITA' E DIFFICOLTA' NELLE SEGUENTI AREE:

COGNITIVA (Sviluppo raggiunto / Capacità di integrazione delle competenze)

AFFETTIVO-RELAZIONALE (Rapporti interpersonali, controllo pulsionale, tolleranza alle frustrazioni, autostima)

COMUNICAZIONE (Comprensione / Produzione / Modalità compensative)

SENSORIALE (Vista: specificare tipo e grado di deficit / Udito: specificare tipo e grado di deficit)

MOTORIO-PRASSICA (Motricità globale / Motricità fine)

NEUROPSICOLOGICA (Memoria / Attenzione / Organizzazione spazio-temporale)

AUTONOMIA (Personale / Sociale)

EVENTUALI NOTE DESCRITTIVE DELLE FUNZIONI COMPROMESSE

NOTE DESCRITTIVE DELLE POTENZIALITA' E RISORSE

In base a quanto sopra esposto, per garantire il diritto allo studio secondo quanto previsto dagli artt. 12 e 13 della L 104/92 e dall'art. 2, comma 2 bis della L.R. 31/80, l'alunno ha necessità di

INSEGNANTE DI SOSTEGNO

- si**
- no**

ASSISTENZA

- di base ⁽¹⁾**
 - accompagnamento per gli spostamenti
 - non deambulante
 - non vedente
 - assistenza per l'igiene personale
 - assistenza durante la mensa
- specialistica per l'autonomia personale per ⁽²⁾ :**
 - assistenza per la comunicazione
 - non udente
 - non vedente
 - gravemente ipovedente
 - assistenza educativa per le relazioni sociali e la comunicazione
 - Scuola
 - Casa
 - Entrambi

¹ Di competenza della scuola ai sensi della Legge 124 del 3 maggio 1999, art. 8, Protocollo d'Intesa tra il Ministero P.I. con ANCI UPI UNCEM e OO.SS del 13 Settembre 2000, e CCNL 1998/2001, Nota MP 3390 del 30.11.2001, CCNL 24.07.2003 (comparto scuola)

² Di competenza dell'Ente Locale, Protocollo d'Intesa tra il Ministero P.I. con ANCI UPI UNCEM e OO.SS del 13 Settembre 2000

AUSILI SPECIFICI (ausili motori e/o posturali, protesi, tecnologie compensative):

.....
.....
.....

SERVIZIO TRASPORTO

.....
.....
.....

MODIFICHE DI PROGRAMMAZIONE E/O ORGANIZZAZIONE

.....
.....
.....

DATA.....

TIMBRO E FIRMA.....