



### **FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

Descrivete l'entità <u>solo</u> delle menomazioni e/o degli eventuali punti di forza quando significativi delle funzioni corporee. Utilizzate come traccia la "checklist PMT"	<b>CODIFICA ICF</b>

### **STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

Descrivete le caratteristiche <u>solo</u> delle menomazioni significative di cui si ha documentata evidenza. Utilizzate come traccia la "checklist PMT"	<b>CODIFICA ICF</b>

## ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE (ICF)

<p>Descrivete <b>solo</b> 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 <b>Performance, Performance 1, e Capacità</b>. In caso di differenze tra <b>Performance, Performance 1, e Capacità</b> elencate i <b>Fattori Ambientali</b> che ne sono responsabili. Utilizzate come traccia la "checklistPMT" e l'allegato "breve elenco dei fattori ambientali"</p>	<b>CODIFICA ICF</b>
<b>d1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE</b>	
<b>d2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI</b>	
<b>d3. COMUNICAZIONE</b>	
<b>d4. MOBILITA'</b>	
<b>d5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>	
<b>d6. VITA DOMESTICA</b>	

<b>d7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI</b>	
<b>d8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>	
<b>d9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'</b>	

**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 sullo stato funzionale (es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, ecc) non descrivibili nelle dimensioni precedentemente prese in esame.

--

## Breve elenco dei Fattori Ambientali (ICF)

<b>e1. PRODOTTI E TECNOLOGIA</b>
<b>e110</b> Prodotti o sostanze per il consumo personale ( <i>cibo, farmaci</i> )
<b>e115</b> Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana
<b>e120</b> Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni
<b>e125</b> Prodotti e tecnologia per la comunicazione
<b>e150</b> Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo
<b>e155</b> Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato
<b>e2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO</b>
<b>e225</b> Clima
<b>e240</b> Luce
<b>e250</b> Suono
<b>e3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE</b>
<b>e310</b> Famiglia ristretta
<b>e320</b> Amici
<b>e325</b> Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
<b>e330</b> Persone in posizione di autorità
<b>e340</b> Persone che forniscono aiuto o assistenza
<b>e355</b> Operatori sanitari
<b>e360</b> Altri operatori
<b>e4. ATTEGGIAMENTI</b>
<b>e410</b> Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
<b>e420</b> Atteggiamenti individuali degli amici
<b>e440</b> Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
<b>e450</b> Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
<b>e455</b> Atteggiamenti individuali di altri operatori
<b>e460</b> Atteggiamenti della società
<b>e465</b> Norme sociali, costumi e ideologie
<b>e5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE</b>
<b>e525</b> Servizi, sistemi e politiche abitative
<b>e535</b> Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
<b>e540</b> Servizi, sistemi e politiche di trasporto
<b>e550</b> Servizi, sistemi e politiche legali
<b>e570</b> Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali (comprende ove presente invalidità civile e relativa % o gravità)
<b>e575</b> Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
<b>e580</b> Servizi, sistemi e politiche sanitarie
<b>e585</b> Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
<b>e590</b> Servizi, sistemi e politiche del lavoro
<b>OGNI ALTRO FATTORE AMBIENTALE</b>

<b>Punto di vista della persona</b>
<b><i>Mi presento</i></b>
1. I miei punti di forza ( cosa so fare, cosa mi piace fare, gli aspetti positivi del mio carattere, ecc)
2. Le mie difficoltà ( cosa proprio non riesco a fare, cosa posso fare se ricevo aiuto, gli aspetti difficili del mio carattere, ecc
3. Ciò che è più importante fare per aiutarmi e come
<b>Punto di vista di chi rappresenta la persona</b>
1. I suoi punti di forza ( cosa sa fare, cosa gli piace fare, gli aspetti positivi del suo carattere, ecc)
2. Le sue difficoltà ( cosa proprio non riesce a fare, cosa può fare se riceve aiuto, gli aspetti difficili del suo carattere, ecc)
3. 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 multidisciplinare 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).

**REFERENTE SANITARIO DEL CASO**

**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):**

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

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_