

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE / PASSAGGIO PER CONTINUITA' DI CURA
ELEA → GARSIA**

(A) Dati Soggetto. NPIA di riferimento

(0) Codice Fiscale _____

(1) Sig./a _____

(2) nato/a il _____ (3) a: _____

(4) residente a: _____ (5) via _____

(6) tel. _____

(7) Domiciliato/a _____ (8) via _____

(9) Nazionalità: _____

(10) UOS NPIA DI RIFERIMENTO: _____

(11) Composizione del nucleo familiare

Cognome e nome	Relazione di parentela

(B) Percorso scolastico / formativo

(12) Scuola frequentata / anno di iscrizione: _____

(13) Orario di frequenza scolastica: _____

(14) Insegnante di sostegno: Sì No monte ore _____

(15) Educatore: Sì No monte ore _____

(16) Tutor: Sì No monte ore _____

(17) Progetto educativo individualizzato con obiettivi della classe: Sì No

(18) Progetto educativo individualizzato con obiettivi minimi: Sì No

(19) Progetto educativo individualizzato differenziato: Sì No

Progetti in essere:

(20) Progetto C.S.R.D: Sì No

(21) Descrizione: _____

(22) Progetto P.I.A.F.S.T: Sì No

(23) Descrizione: _____

(24) Progetto Scuola Territorio: Sì No

(25) Descrizione: _____

(26) Altri Progetti: Sì No

(27) Descrizione: _____

(C) Diagnosi

(28) ICDX-10 Asse ____ (29) Codice: _____ (30) diagnosi: _____
(31) data ril. _____ (32) diagnosi descrittiva _____

(33) (D) Diagnosi Funzionale Sintetica

(34) Invalidità civile: Sì No in corso % _____

(35) Legge 104: Sì No se sì:
(36) con gravità: Sì No

(37) Indennità di accompagnamento: Sì No

(38) Indennità di frequenza: Sì No

(39) (E) Trattamenti terapeutici a carico del S.S.N

(40) (F) Trattamenti terapeutici presso privati

(41) (G) Interventi in corso

(42) (H) Trasporti assistiti e personalizzati

(I) Operatori di riferimento UOS NPIA

(43) Responsabile del caso Neuropsichiatria Infantile:

_____ qualifica: _____

(44) Psicologo/a: _____

(45) Logopedista: _____

(46) Educatore/trice: _____

(47) Fisioterapista: _____

(L) Operatori di riferimento esterni a NPIA

(48) Medico Medicina Generale: _____

(49) Servizio Minori: _____ qualifica: _____

(50) Altro: _____ qualifica: _____

(M) Proposte attivazione nuovi servizi per la continuità assistenziale:

(51) Centro Socio Riabilitativo Assistenziale: Sì No

(52) Centro Socio Riabilitativo Diurno: Sì No

(53) Gruppo appartamento: Sì No

(54) Comunità alloggio: Sì No

(55) Casa famiglia: Sì No

(56) Assistenza Domiciliare Socio - Educativa: Sì No

(57) Assistenza Domiciliare Socio - Assistenziale: Sì No

(58) Laboratorio occupazionale: Sì No

(59) Formazione in situazione (aa 18/21): Sì No

(60) Borsa lavoro: Sì No

(61) Percorsi per l'autonomia: Sì No

(N) Altri servizi AUSL coinvolti per la continuità assistenziale.

(62) DSM – Psichiatria adulti: Sì No

(63) DSM – Dipendenze Patologiche: Sì No

(64) Unità Operativa Riabilitazione: Sì No

(65) Nucleo Cure Primarie: Sì No

(66) Altro: _____

(67) **(O) Data**

(68) **(P) Compilatore**

Note

- (0) Codice Fiscale
- (1) Cognome / Nome
- (2) Data di nascita
- (3) Codice ISTAT comune + descrizione
- (4) Codice ISTAT comune + descrizione
- (5) Indirizzo di residenza
- (6) telefono dei genitori o di chi ne ha la patria potestà
- (7) Codice ISTAT comune + descrizione
- (8) Indirizzo di domicilio
- (9) Codice ISTAT Cittadinanza + descrizione
- (10) Denominazione struttura NPIA che ha in carico il soggetto
- (11) Deve intendersi come 'nucleo familiare convivente'
- (12) Tipo di scuola eventualmente frequentata ed anno di iscrizione
- (13) Numero di ore previste di frequenza
- (14) Presenza dell'insegnante di sostegno e numero di ore assegnate
- (15) Presenza di un educatore della scuola e numero di ore assegnate
- (16) Presenza di tutor e numero di ore assegnate
- (17) Progetto eventuale di questa tipologia
- (18) Progetto eventuale di questa tipologia
- (19) Progetto eventuale di questa tipologia
- (20) Progetto eventuale di per Centro Socio – Riabilitativo Diurno
- (21) Specificare note sul progetto come luogo, frequenza, ecc.
- (22) Progetto eventuale di Percorsi Integrati in Alternanza Formazione Scuola Territorio
- (23) Specificare note sul progetto come luogo, frequenza, ecc.
- (24) Progetto eventuale Scuola Territorio
- (25) Specificare note sul progetto come luogo, frequenza, ecc.
- (26) Altro progetto eventuale
- (27) Specificare nome e note sul progetto come luogo, frequenza, ecc.
- (28) Asse diagnosi in formato ICD-10
- (29) Codice diagnosi in formato ICD-10.
- (30) Descrizione diagnosi in formato ICD-10
- (31) Data di rilevazione
- (32) Eventuale descrizione aggiuntiva in formato testo libero
- (33) Descrittivo. Racchiude informazioni sugli aspetti: motori, cognitivi, del linguaggio, relazionali.
- (34) Eventuale esistenza di invalidità civile, se corrente, e sua percentuale
- (35) Eventuale esistenza Legge 104. Se sì:
- (36) specificarne la gravità
- (37) Eventuale esistenza di indennità di accompagnamento
- (38) Eventuale esistenza di indennità di frequenza
- (39) Specificare la tipologia di trattamento e la sua frequenza
- (40) Specificare la tipologia di trattamento e la sua frequenza. Sono comprese tutte le tipologie di 'Privato'.

- (41) Specificare la tipologia, la frequenza ed il costo degli interventi in corso. Sono esclusi i trattamenti previsti al punto 42 e 43.
- (42) Si riferiscono a trasporti per scuola, trattamenti, interventi, ecc. Specificare il soggetto (impresa / ditta) che effettua il trasporto; se è a pagamento o gratuito. In caso sia a pagamento specificare chi sostiene il costo.
- (43) Specificare il nominativo responsabile referente del caso per il servizio di NPIA e la sua qualifica
- (44) Nominativo dello psicologo eventualmente attivo sul caso
- (45) Nominativo del/la logopedista eventualmente attivo/a sul caso
- (46) Nominativo del/gli educatore/i eventualmente attivo/i sul caso
- (47) Nominativo del/la fisioterapista eventualmente attivo/a sul caso
- (48) Nominativo del medico di medicina generale attribuito in anagrafe sanitaria AUSL
- (49) Eventuale nominativo del Servizio minori e sua qualifica
- (50) Eventuale altro nominativo esterno AUSL che a vario titolo opera sul caso, e sua qualifica
- (51 / 61) Barrare il servizio che sarebbe necessario attivare per mantenere la continuità assistenziale
- (62 / 66) Barrare il/i servizio/i coinvolti dalla NPIA circa la continuità assistenziale. Se selezionato 'Altro' specificarne la denominazione
- (67) Identifica la data di compilazione della scheda
- (68) Identifica univocamente l'operatore che compila la scheda

Tutte le informazioni sono da considerarsi attualizzate alla data della compilazione della scheda, sia di segnalazione che di passaggio.