

## Allegato 3

**Diagnosi Funzionale** (da DGR 1851/2012: "Modifiche e integrazioni alla dgr1/2010: percorso per l'accertamento di disabilita' e certificazione per l'integrazione scolastica di minorenni in Emilia-Romagna")

LOGO  
REGIONALE  
Azienda

# DIAGNOSI FUNZIONALE

ai sensi art. 3 Legge 104/92

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Sesso M/F \_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

## DIAGNOSI CLINICA

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

## CODIFICAZIONE – DIAGNOSI (ICD – 10 )

(ASSE)

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_  
(4) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_

## Indicare criticità e test clinici di riferimento

*Compilare tutti i campi, riportando "ndd" ove non vi sia nulla da segnalare*

**AREA MOTORIA** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AREA SENSORIALE

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

## AREA COGNITIVA

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

## AREA APPRENDIMENTI:

**LETTURA/SCRITTURA/CALCOLO** (secondo testistica neurofunzionale di riferimento)

---

---

## **AREA LINGUISTICO/COMUNICATIVA**

---

---

## **AREA AFFETTIVO-RELAZIONALE**

---

---

## **AREA AUTONOMIA PERSONALE**

---

---

## **AREA AUTONOMIA SOCIALE**

---

---

## **GRADO DI COMPROMISSIONE FUNZIONALE DELLE AREE**

**Nessuno LIEVE MEDIO GRAVE**

**MOTORIA**

**SENSORIALE**

**COGNITIVA**

**APPRENDIMENTI**

**LINGUISTICO/COMUNICATIVA**

**AFFETTIVO/RELAZIONALE**

**AUTONOMIA PERSONALE**

**AUTONOMIA SOCIALE**

## **PROPOSTA di RISORSE per l'INTEGRAZIONE**

- docente di sostegno
- supporto educativo - assistenziale per le seguenti funzioni

---

supporto assistenziale di base per le seguenti funzioni

---

supporto / progetti specifici : \_\_\_\_\_

---

ausili\* per \_\_\_\_\_

---

*\*indicare eventuali sussidi specifici, anche tecnologici, specificando se sono già previsti dal percorso clinico-assistenziale (nomenclatore tariffario) o se è proposta di nuova acquisizione per la frequenza scolastica*

trasporto per \_\_\_\_\_

altro\* \_\_\_\_\_

---

*\* a) specificare eventuale bisogno di risorse con specifiche competenze (es. interprete lingua dei segni; psicoeducative, etc.)*

*b) allegare certificato per eventuale somministrazione di farmaci in orario scolastico e/o per eventuale comparsa di effetti collegati alla assunzione di farmaci, anche somministrati in orario extra-scolastico*

**Operatore Referente del caso**

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Professionalità** \_\_\_\_\_

**Recapito tel.** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

NB: la presente Diagnosi Funzionale è rilasciata dal referente del caso della Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

Salvo diversa indicazione entro l'inizio dell'anno scolastico, esso va considerato automaticamente rinnovato per tutti gli anni dello stesso ordine e grado scolastico.