



SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (2)

DATA:

COMPILATORE/I:

Nome		Cognome	
Peso		Altezza	
CONDIZIONI DI SALUTE			
Condizioni di peggior salute	<input type="checkbox"/> Alvo non regolare <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Intolleranze alimentari <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Allergie alimentari <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Obesità <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Difficoltà nella alimentazione (sotto alimentazione) <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Selettività Alimentare <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Disfagia <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Allergie-Intolleranze <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Ciclo mestruale, <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Dolore: segnala e in che modo il dolore? <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Portatore di malattia infettiva (HBV, HCV, ...) <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Altre problematiche di peggior salute <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/>		
Accorgimenti e/o protocolli sanitari per:	<input type="checkbox"/> Protocollo Alvo <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Protocollo Intolleranze alimentari <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Protocollo Allergie alimentari <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Protocollo Obesità <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Protocollo Difficoltà nella alimentazione <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Protocollo Selettività alimentare <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Protocollo Disfagia <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Protocollo Allergie <i>Specificare</i> <input type="checkbox"/> Altri protocolli <i>Specificare</i>		

SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (1)

DATA:

COMPILATORE/I:

Nome		Residenza	
Cognome			
Luogo e data di nascita		Interdizione Spec. Tutore - Amm. di Sostegno	



DIAGNOSI

- Funzionamento intellettivo Limite
- Disabilità Intellettiva lieve
- Disabilità Intellettiva Moderata
- Disabilità Intellettiva Severa
- Disabilità Intellettiva Profonda

Specificare:

- Disturbi dello Spettro Autistico Livello 1
- Disturbi dello Spettro Autistico Livello 2
- Disturbi dello Spettro Autistico Livello 3

Specificare:

- Difficoltà comportamentali ["Comportamenti problematici" o "Comportamenti di sfida" "Problemi di regolazione comportamentale"] senza Problematiche Psicopatologiche
- Difficoltà comportamentali ["Comportamenti problematici" o "Comportamenti di sfida" "Problemi di regolazione comportamentale"] con Problematiche Psicopatologiche

Specificare:

MOTIVO DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO

SCHEDA RETI SUPPORTIVE ALLA PERSONA CON DISABILITA'

DATA:

COMPILATORE/!:

RETE FAMILIARE

Padre	Nome	Residenza	Recapito telefonico
	Data Nascita		Indirizzo e-mail



Madre	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Fratello/Sorella	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Fratello/Sorella	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Fratello/Sorella	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
RETE PARENTALE in contatto con la Persona con Disabilità (PcD)			
Nonno paterno	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Nonna paterna	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Nonno materno	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Nonna materna	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Zio/Zia paterno	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Zio/Zia materno	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail



Zio/Zia materno	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Zio/Zia materno	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
RETE AMICALE in contatto con la Persona con Disabilità (PcD)			
Persona	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Persona	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Persona	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Persona	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Persona	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
Persona	Nome Data Nascita	Residenza	Recapito telefonico Indirizzo e-mail
OPERATORI TERRITORIALI DI RIFERIMENTO			
Pediatra/Medico curante	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail		
Neuropsichiatra/Psichiatra	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail		
Psicologo/Psicologa	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail		
Assistente Sociale Comune di Residenza	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail		



RETE DI SOSTEGNO ALLA PcD	
Tipo di Servizio	<ul style="list-style-type: none">○ Non frequenta alcun servizio○ Scuola <i>Specificare:</i>○ Servizi di inclusione sociale <i>Specificare:</i>○ Servizio Riabilitativo Semiresidenziale <i>Specificare</i>○ Servizio Riabilitativo Residenziale <i>Specificare:</i>○ Comunità Terapeutica <i>Specificare:</i>○ Servizio Semiresidenziale (es centro diurno) <i>Specificare</i>○ Servizio Residenziale <i>Specificare</i>○ Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura <i>Specificare</i>
Frequenza Servizio	<ul style="list-style-type: none">○ Per fasce orarie nella settimana <i>Specificare</i>○ Per l'intera settimana (lun-ven) in regime diurno <i>Specificare</i>○ Per l'intera settimana in regime residenziale con rientri a casa <i>Specificare</i>○ Per l'intera settimana in regime residenziale senza rientri a casa
Tipo di sostegno erogato	<ul style="list-style-type: none">○ Rapporto individualizzato per tutto l'orario di permanenza <i>Specificare</i>○ Rapporto individualizzato per specifiche fasce orarie <i>Specificare</i>○ Rapporto di piccolo gruppo (es. 1:2,3) <i>Specificare</i>○ Rapporto di medio gruppo (es. 1:4,5, 6) <i>Specificare</i>○ Rapporto in grande gruppo (es. 1:7 e oltre) <i>Specificare</i>
Responsabile Servizio	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail
Psicologo/Psicologa del servizio/Analista del comportamento (anche in regime consulenziale)	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail
Riferimento sanitario del servizio	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail
Educatore di riferimento	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail
Operatore Socio Sanitario di riferimento	Recapito Telefonico Indirizzo e-mail



SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (2)

DATA:

COMPILATORE/I:

Nome		Cognome	
Peso		Altezza	
CONDIZIONI DI SALUTE			
Condizioni di peggior salute	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Alvo non regolare <i>Specificare</i><input type="radio"/> Intolleranze alimentari <i>Specificare</i><input type="radio"/> Allergie alimentari <i>Specificare</i><input type="radio"/> Obesità <i>Specificare</i><input type="radio"/> Difficoltà nella alimentazione (sotto alimentazione) <i>Specificare</i><input type="radio"/> Selettività Alimentare <i>Specificare</i><input type="radio"/> Disfagia <i>Specificare</i><input type="radio"/> Allergie-Intolleranze <i>Specificare</i><input type="radio"/> Ciclo mestruale, <i>Specificare</i><input type="radio"/> Dolore: segnala e in che modo il dolore? <i>Specificare</i><input type="radio"/> Portatore di malattia infettiva (HBV, HCV, ...) <i>Specificare</i><input type="radio"/> Altre problematiche di peggior salute <i>Specificare</i><input type="radio"/>		
Accorgimenti e/o protocolli sanitari per:	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Protocollo Alvo <i>Specificare</i><input type="radio"/> Protocollo Intolleranze alimentari <i>Specificare</i><input type="radio"/> Protocollo Allergie alimentari <i>Specificare</i><input type="radio"/> Protocollo Obesità <i>Specificare</i><input type="radio"/> Protocollo Difficoltà nella alimentazione <i>Specificare</i><input type="radio"/> Protocollo Selettività alimentare <i>Specificare</i><input type="radio"/> Protocollo Disfagia <i>Specificare</i><input type="radio"/> Protocollo Allergie <i>Specificare</i><input type="radio"/> Altri protocolli <i>Specificare</i>		



Crisi epilettiche	
Tipo di diagnosi	
Tipo di crisi	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Assenze Specificare<input type="radio"/> Crisi convulsiva senza perdita di coscienza Specificare<input type="radio"/> Crisi convulsiva con perdita di coscienza Specificare<input type="radio"/> Crisi parziale Specificare<input type="radio"/> Crisi a grappolo Specificare<input type="radio"/> Altro tipo Specificare
Frequenza crisi	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Assenti da lungo periodo Specificare da quanto tempo<input type="radio"/> Sporadiche (1-3 all'anno) Specificare numero esatto<input type="radio"/> Occasionali (4-11 all'anno) Specificare numero esatto<input type="radio"/> Mensili (1 al mese) Specificare numero esatto<input type="radio"/> Bi-settimanali (2-3 al mese) Specificare numero esatto<input type="radio"/> Settimanali (1 a settimana). Specificare numero esatto<input type="radio"/> Pluri-settimanali (2-6 a settimana) Specificare numero esatto<input type="radio"/> Giornaliere (1 al giorno) Specificare numero esatto<input type="radio"/> Pluri-giornaliere (2+ al giorno) Specificare numero medio



<p>Segni prodromici</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Disorientamento:<ul style="list-style-type: none">- Difficoltà nel riconoscere ambienti familiari- Confusione riguardo alla routine quotidiana○ Agitazione motoria:<ul style="list-style-type: none">- Girovagare senza scopo apparente- Aumento dell'irrequietezza o dei movimenti ripetitivi○ Alterazioni nella comunicazione:<ul style="list-style-type: none">- Incremento di vocalizzazioni o ecolalie- Cambiamenti nel tono o volume della voce- Riduzione o aumento improvviso della comunicazione verbale○ Intensificazione di comportamenti stereotipati:<ul style="list-style-type: none">- Aumento di gesti o movimenti ripetitivi caratteristici dell'individuo- Accentuazione di manierismi o tic○ Comportamenti incongrui:<ul style="list-style-type: none">- Azioni non correlate al contesto attuale- Risposte inappropriate agli stimoli ambientali○ Cambiamenti emotivi:<ul style="list-style-type: none">- Improvvisi sbalzi d'umore- Aumento dell'irritabilità o aggressività- Manifestazioni di ansia o paura apparentemente immotivate○ Alterazioni fisiologiche:<ul style="list-style-type: none">- Cambiamenti nella sudorazione o nel colorito della pelle- Alterazioni del respiro (es. accelerazione)- Tensione muscolare visibile○ Modifiche nell'interazione sociale:<ul style="list-style-type: none">- Improvviso isolamento o ritiro- Aumento della ricerca di contatto o rassicurazione○ Disturbi dell'attenzione:<ul style="list-style-type: none">- Difficoltà nel mantenere la concentrazione su attività abituali- Facile distraibilità o iperfocalizzazione su dettagli specifici○ Rifiuto o alterazione delle routine:<ul style="list-style-type: none">- Resistenza inusuale a seguire le abituali sequenze di attività- Insistenza anomala su determinati comportamenti o richieste <p>ALTRO SPECIFICARE</p>
<p>Accorgimenti e/o protocolli che devono essere assolti</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Terapia al Bisogno <i>Specificare</i>○ Utilizzo di protezioni [preventive e non restrittive] <i>Specificare</i>○ Utilizzo di contenzioni [attive e restrittive] <i>Specificare</i>○ Altro <i>Specificare</i>



Problematiche sensoriali	
Vista (protesizzazioni)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> È presente un deficit ma la persona non è protesizzata <input type="radio"/> È presente un deficit e la persona è protesizzata <input type="radio"/> È presente un deficit ma la persona utilizza le protesi saltuariamente <input type="radio"/> È presente deficit la persona non tollera la protesi <input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>
Udito (protesizzazioni)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> È presente un deficit ma la persona non è protesizzata <input type="radio"/> È presente un deficit e la persona è protesizzata <input type="radio"/> È presente un deficit ma la persona utilizza le protesi saltuariamente <input type="radio"/> È presente deficit la persona non tollera la protesi <input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>
DEAMBULAZIONE	
Condotte grosso motorie	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Deambulazione autonoma senza problematiche <input type="radio"/> Deambulazione con incedere incerto <input type="radio"/> Deambulazione con incedere falciante <input type="radio"/> Deambulazione con scarsa coordinazione generale <input type="radio"/> Deambulazione con uso autonomo di ausili o protesi <input type="radio"/> Deambulazione con sostegni nell'uso di ausili o protesi <input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>
TERAPIA FARMACOLOGIA	
Terapia in atto	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Farmaco DosaggioOrari
Modalità di somministrazione-assunzione	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Autosomministrazione <i>Specificare</i> <input type="radio"/> Farmaco e bicchiere fornito in mano <i>Specificare</i> <input type="radio"/> Farmaco assunto attraverso cucchiaio o attraverso bicchiere <i>Specificare</i> <input type="radio"/> Farmaco assunto con mescolato in stimoli solidi, liquidi <i>Specificare</i> <input type="radio"/> Farmaco assunto triturato e mescolato in stimoli solidi, liquidi <i>Specificare</i> <input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>



INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)

(Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J Am Geriatr Soc 1995;43:130-137)

- 1) Patologie cardiache (solo cuore) ①②③④⑤
- 2) Ipertensione ①②③④⑤
- 3) Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) ①②③④⑤
- 4) Patologie respiratorie polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe ①②③④⑤
- 5) O.O.N.G.L. occhio, orecchio, naso, gola, laringe si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente ①②③④⑤
- 6) Apparato GI superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) ①②③④⑤
- 7) Apparato GI inferiore intestino, ernie ①②③④⑤
- 8) Patologie epatiche solo fegato ①②③④⑤
- 9) Patologie renali solo rene ①②③④⑤
- 10) Altre patologie genito-urinarie ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali ①②③④⑤
- 11) Sistema muscolo-scheletro-cute muscoli, scheletro, tegumenti ①②③④⑤
- 12) Patologie sistema nervoso sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza ①②③④⑤
- 13) Patologie endocrine-metaboliche include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici ①②③④⑤
- 14) Patologie psichiatriche-comportamentali ①②③④⑤

①: assente; ②: lieve; ③: moderato; ④: grave; ⑤: molto grave

Indice di severità: _____ **Indice di comorbidity:** _____



OPERATORI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Medico curante			
Psichiatra			
Responsabile Servizio			
Educatore di riferimento			
Comune di residenza e riferimenti			
Altro			
FAMILIARI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Padre			
Nome madre			
Amici o conoscenti rilevanti per la persona			



SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (3)

DATA:

COMPILATORE/I:

Nome	Cognome
AUTONOMIE PERSONALI ED ABILITA' PRATICHE DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO	
A) Alimentazione	
Se l'alimentazione non avviene in forme naturali specificare come e le routine legate alla assunzione del cibo	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cibo spezzettato<input type="radio"/> Cibo macinato<input type="radio"/> Cibo frullato<input type="radio"/> Cibo frullato e addensante<input type="radio"/> Alimentazione parenterale<input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>
Fa uso di ausili (spec.)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Piatto con bordo rialzato<input type="radio"/> Piatto con ventosa adesivata al tavolo<input type="radio"/> Bicchiere con becuccio per bere<input type="radio"/> Bicchiere con fondo appesantito<input type="radio"/> Cucchiaino/forchetta con impugnatura rinforzata<input type="radio"/> Cucchiaino/forchetta con impugnatura base raccolta/rebbi modificati<input type="radio"/> Cucchiaino/forchetta ricurvi<input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>
Masticazione	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Mastica correttamente<input type="radio"/> Mastica correttamente ma frettolosamente<input type="radio"/> Schiaccia il cibo con i denti e poi deglutisce<input type="radio"/> Schiaccia il cibo sotto il palato e poi deglutisce<input type="radio"/> Deglutisce il cibo senza masticarlo<input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>
Uso della cucchiaino	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Da solo:<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno<input type="radio"/> Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione<input type="radio"/> Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]<input type="radio"/> Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali<input type="radio"/> Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]<input type="radio"/> Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione]<input type="radio"/> Altro <i>Specificare</i>



Uso del forchetta	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo:<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] ○ Altro <i>Specificare</i>
Uso del coltello	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo:<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] ○ Altro <i>Specificare</i>



Si versa da bere	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo:<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] ○ Altro <i>Specificare</i>
Uso del tovagliolo	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo:<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] ○ Altro <i>Specificare</i>
Si sporca durante l'alimentazione?	<ul style="list-style-type: none">○ Utilizza la bavaglia○ Si pulisce nelle maniche o con altre parti di indumento○ Fa cadere il cibo dalla bocca○ Fa cadere il cibo dalle posate○ Fa cadere il cibo dal piatto <p><i>Specificare:</i></p>



Comportamenti problematici legati all'alimentazione	<ul style="list-style-type: none">○ Si alza continuamente dal posto a tavola○ Ruba il cibo dal piatto di altri○ Rovescia i piatti○ Rovescia il bicchiere○ Lancia le posate○ Sposta le stoviglie delle persone sedute al suo tavolo○ Altro Specificare
B) Igiene	
Mani	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autoderminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Viso	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autoderminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Denti	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Doccia	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Bidè	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Igiene durante il periodo mestruale	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Farsi la barba	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Eventuali ausili utilizzati	<ul style="list-style-type: none">○ Vasca con seduta○ Doccia con seduta○ Lavandino reclinabile○ Water attrezzato con doccino○ Bagno attrezzato <p><i>Specificare:</i></p>
C) Controllo vescicale e sfinterico e comportamenti legati all'uso del wc	
Controllo vescicale	<ul style="list-style-type: none">○ Spontaneo Diurno e Notturno○ Spontaneo solo Diurno○ Spontaneo solo Notturno○ Condizionato ad orari Diurno○ Condizionato ad orari Notturno○ Utilizzo di presidi per tutta la giornata <p><i>Specificare</i></p>
Controllo sfinterico	<ul style="list-style-type: none">○ Spontaneo Diurno e Notturno○ Spontaneo solo Diurno○ Spontaneo solo Notturno○ Condizionato ad orari Diurno○ Condizionato ad orari Notturno○ Utilizzo di presidi per tutta la giornata <p><i>Specificare</i></p>



Comportamenti di abbigliamento legati all'uso del WC (Abbassare mutande e pantaloni, alzare mutande e pantaloni, sistemarsi gli abiti)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Pulizia legata all'utilizzo del W.C.	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Comportamenti problematici nel repertorio (assunzione di feci, manipolazione...)	<ul style="list-style-type: none">○ Sporcare le mani di feci○ Sporcare mani e vestiti di feci○ Sporcare mani e pareti di feci○ Mettere le dita all'interno dell'anno per prendere le feci○ Portare le feci alla bocca <p><i>Specificare:</i></p>



D) Abbigliamento: Svestire/Togliere i capi di abbigliamento	
Toglie le mutande	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autoderminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Toglie le T-shirt	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autoderminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Toglie le calze	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Toglie pantaloni senza allacciature (pigiamma, tuta)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Toglie maglie e felpe	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Toglie scarpe slacciate o aperte	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Toglie scarpe allacciate o con chiusura	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Sa togliere camicie con bottoni	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Sa togliere pantaloni con chiusure (cerniere e bottoni)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Sa togliere giubbini o cappotti slacciati	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Sa togliere giubbini o cappotti allacciati	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
E) Abbigliamento: Indossare/Mettere i capi di abbigliamento	
Indossa le mutande	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Indossa le T-shirt	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Indossa le calze	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Indossa pantaloni senza allacciature (pigiamama, tuta)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Indossa maglie e felpe	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Indossa scarpe slacciate o aperte	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Indossa scarpe con allacciature o altra chiusura	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Indossa camicie con bottoni	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autoderminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Indossa pantaloni con chiusure (cerniere e bottoni)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autoderminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>



Indossa giubbini o cappotti slacciati	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Sa usare il proprio guardaroba (o al contrario devono essergli predisposti i vestiti da indossare)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività [Es: Guidare fisicamente la mano della persona durante tutta un'azione] <p><i>Specificare:</i></p>
Ha delle preferenze	<p><i>Fare un elenco delle preferenze:</i></p>



F) Sonno	
Ore medie di sonno notturno	<ul style="list-style-type: none">○ 8 ore o più○ Da 6 a 8○ Da 4 a 6○ Da 2 a 4 <p><i>Specificare</i></p>
Particolari abitudini legate all'addormentamento	<ul style="list-style-type: none">○ Si addormenta da solo○ Si addormenta dopo un rituale di pre-addormentamento [una sequenza prevedibile e ripetitiva di azioni o eventi che precedono la messa a letto]○ Si addormenta con la presenza di accorgimenti ambientali○ Si addormenta con la presenza di specifici stimoli○ Necessità della presenza dell'adulto per addormentarsi <p><i>Specificare</i></p>
Modalità con cui normalmente viene svegliato (eventualmente segnalare modalità o accorgimenti che favoriscono un buon risveglio)	<ul style="list-style-type: none">○ Si sveglia da solo○ Si sveglia su chiamata○ Si sveglia attraverso la costruzione di rituale [una serie di azioni costanti che segnalano l'inizio della giornata facilitando la transizione dal sonno allo stato di veglia in modo graduale e rassicurante]○ Si sveglia con aiuti fisici da parte del caregivers <p><i>Specificare</i></p>
Disturbo del sonno	<ul style="list-style-type: none">○ Difficoltà importanti di addormentamento e resistenza ad andare a letto○ Risvegli precoci [con impossibilità di riaddormentarsi; sonno di durata insufficiente]○ Risvegli frequenti nel corso della notte○ Difficoltà a riaddormentarsi dopo i risvegli○ Notte completamente insonne <p><i>Specificare</i></p>
Comportamenti problema legati al sonno (urla, comportamenti inappropriati durante la notte...)	<ul style="list-style-type: none">○ Girovagare per il contesto○ Entrare nelle camere da letto○ Urlare○ Svegliare fisicamente altre persone <p><i>Specificare</i></p>



H) DEAMBULAZIONE	
Tipo di andatura	<ul style="list-style-type: none">○ Deambula da solo (le condotte di coordinazione dinamica generale sono buone)○ L'andatura mostra una scarsa coordinazione dinamica generale○ L'andatura è incerta (oscillare, vacilla, cammina con il busto spostato in avanti)○ L'andatura è falciante○ È sostenuto fisicamente nella deambulazione○ Necessità di ausili per garantire la deambulazione <p><i>Specificare</i></p>
Uso di ausili o protesi	<ul style="list-style-type: none">○ Nessun ausilio○ Scarpe con plantare○ Scarpe ortopediche○ Protesizzazione attraverso (bastone, stampelle ...)○ Protesizzazione attraverso deambulatore○ Protesizzazione attraverso carrozzina <p><i>Specificare</i></p>
Autonomia nell'uso degli ausili (es carrozzina)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Vicariamento totale [Il vicariamento si usa quando la persona non può assolutamente svolgere l'attività, nemmeno con supporto; la persona non partecipa attivamente all'azione]<ul style="list-style-type: none">- Esecuzione completa al posto della persona [l'operatore o il caregiver svolge l'intera azione per conto dell'individuo] <p><i>Specificare</i></p>



OPERATORI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Medico curante			
Psichiatra			
Responsabile Servizio			
Educatore di riferimento			
Comune di residenza e riferimenti			
Altro			
FAMILIARI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Padre			
Madre			
Fratelli			
Amici o conoscenti rilevanti per la persona			



SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (4)

DATA:

COMPILATORE/I:

Nome		Cognome	
ATTIVITÀ RICREATIVE (PREFERENZE) ED ABILITÀ SOCIALI E PRATICHE DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO			
Sono state indagate le preferenze della persona attraverso	<ul style="list-style-type: none">○ Non sono state indagate○ Richiesta di informazioni alle persone che meglio conoscono la persona○ Osservazione informale nei contesti di vita quotidiani○ Valutazione delle preferenze presentando un oggetto/attività alla volta○ Valutazione delle preferenze presentando due oggetti/attività alla volta○ Valutazione delle preferenze presentando più oggetti/attività contemporaneamente, senza rimmetterli a disposizione una volta scelti [vengono dunque rimossi dalle opzioni alternative man mano che vengono scelti]○ Valutazione delle preferenze presentando più oggetti/attività contemporaneamente, rimettendoli a disposizione dopo ogni scelta per vedere quali vengono scelti più spesso○ Osservazione delle scelte libere in un ambiente con molte opzioni [valutazione delle preferenze osservando le scelte spontanee della persona quando esposta ad un ambiente ricco di stimoli]○ Conversazione sui valori/desideri e gli interessi personali <p><i>Specificare (quali categorie di stimoli preferiti indagate):</i></p>		
Attività gradite; legate alle categorie di stimoli preferiti, esperite dalla persona nel suo tempo libero nel corso della sua vita	<ul style="list-style-type: none">○ Musica○ Guardare la TV, DVD, Tablet, Smartphone○ Giocare con videogiochi○ Altri giochi○ Attività laboratoriali○ Attività con stimolazione sensoriale (dondolare, oscillare, rimbalzare su palle, osservare stimoli visivi, manipolare oggetti, odorare profumi ...)○ Attività dinamiche (passeggiare, andare in bicicletta, monopattino, pattini, visitare negozi, centri commerciali, musei, città ...)○ Attività sportive <p><i>Specificare quali:</i></p>		



<p>Attività gradite, legate alle categorie di stimoli preferiti, che ad oggi la persona pratica nel suo tempo libero</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Musica○ Guardare la TV, DVD, Tablet, Smartphone○ Giocare con videogiochi○ Altri giochi○ Attività laboratoriali○ Attività con stimolazione sensoriale (dondolare, oscillare, rimbalzare su palle, osservare stimoli visivi, manipolare oggetti, odorare profumi ...)○ Attività dinamiche (passeggiare, andare in bicicletta, monopattino, pattini, visitare negozi, centri commerciali, musei, città ...)○ Attività sportive <p><i>Specificare quali:</i></p>
---	---



Autonomia nello svolgimento delle stesse	<ul style="list-style-type: none">○ Completamente autonomo○ Con supervisione a distanza○ Con istruzioni verbali○ Con aiuto fisico occasionale○ Con aiuto fisico continuo○ Non in grado di svolgere attività di tempo libero da solo <p>Specificare:</p>
ROUTINE QUOTIDIANA/SETTIMANALE ED ABILITA' SOCIALI E PRATICHE DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO	
Descrivere il grado di autonomia e il quadro delle sue routine quotidiane: <ul style="list-style-type: none">- Risveglio- Colazione- Attività mattutine (specificare il tipo, eventuali difficoltà di ingaggio, attività preferite, tempi di prestazione e attenzione; problemi nelle transizioni, passare da un'attività all'altra ed eventualmente strategie utilizzate; autonomia nello svolgimento...)- Attività pomeridiane (vedi specifiche sopracitate)- Abitudini particolari (es. relax, sonno pomeridiano...)- Orari tipici di allettamento e di addormentamento- Varietà delle attività proposte in seno alla settimana	Specificare di seguito grado di autonomia: <ul style="list-style-type: none">○ Da solo:<ul style="list-style-type: none">- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none">- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività- Indicare un oggetto o mimare un'azione○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none">- Combinazione di gesti e istruzioni verbali○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none">- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]○ Aiuto Fisico Totale [la persona partecipa passivamente, il suo corpo è coinvolto nell'azione]:<ul style="list-style-type: none">- Supporto fisico completo per l'intera attività <p>Descrivere di seguito in modo conciso il quadro di routine riportate a fianco con le informazioni richieste [Risveglio; Colazione; Attività Pomeridiane; Attività particolari; Abitudini particolari; Orari tipici allettamento; Varietà delle attività settimanali proposte]</p>



Descrivere il tipo di sostegni utilizzati per favorire il quadro delle routine quotidiane	<ul style="list-style-type: none">○ Si organizza da solo i tempi della sua giornata○ Gestisce la giornata attraverso l'utilizzo autonomo di una agenda tipica (cartacea, su smartphone ...)○ Gestisce la giornata attraverso l'utilizzo autonomo di una agenda (per etichette verbali, iconica, con stimoli concreti)○ Le indicazioni verbali dei caregivers sono lo strumento per orientare la persona nella giornata○ Le guide fisiche dei caregivers sono lo strumento per orientare la persona nella giornata○ Non è in uso nessuno sostegno per orientare la persona nella giornata <p><i>Specificare:</i></p>
ORIENTAMENTO ED ABILITA' SOCIALI E PRATICHE DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO	
All'interno di spazi ristretti (bagno e camera)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo○ Aiuto Gestuale○ Aiuto Verbale○ Aiuto Gestuale e Verbale○ Aiuto Fisico Parziale○ Aiuto Fisico Totale○ Vicariamento <p><i>Specificare:</i></p>
All'interno di un nucleo abitativo (o della casa)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo○ Aiuto Gestuale○ Aiuto Verbale○ Aiuto Gestuale e Verbale○ Aiuto Fisico Parziale○ Aiuto Fisico Totale○ Vicariamento <p><i>Specificare:</i></p>
All'intero del plesso (condominio, palazzina, centro, comunità abitativa, ospedale)	<ul style="list-style-type: none">○ Da solo○ Aiuto Gestuale○ Aiuto Verbale○ Aiuto Gestuale e Verbale○ Aiuto Fisico Parziale○ Aiuto Fisico Totale○ Vicariamento <p><i>Specificare:</i></p>



All'esterno del luogo di domicilio/residenza (zona nelle immediate vicinanze a luogo dove dimora)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Da solo<input type="radio"/> Aiuto Gestuale<input type="radio"/> Aiuto Verbale<input type="radio"/> Aiuto Gestuale e Verbale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Parziale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Totale<input type="radio"/> Vicariamento <p>Specificare:</p>
Orientamento nel complesso del territorio più allargato (quartiere o paese)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Da solo<input type="radio"/> Aiuto Gestuale<input type="radio"/> Aiuto Verbale<input type="radio"/> Aiuto Gestuale e Verbale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Parziale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Totale<input type="radio"/> Vicariamento <p>Specificare:</p>
Utilizzo mezzi pubblici (sostenere l'orientamento)	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Da solo<input type="radio"/> Aiuto Gestuale<input type="radio"/> Aiuto Verbale<input type="radio"/> Aiuto Gestuale e Verbale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Parziale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Totale<input type="radio"/> Vicariamento <p>Specificare:</p>



SOCIALITÀ, ATTIVITÀ ESTERNE ED ABILITÀ SOCIALI DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO	
Luoghi particolarmente graditi	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Negozi,<input type="radio"/> Centri commerciali<input type="radio"/> Bar<input type="radio"/> Ristoranti<input type="radio"/> Parchi Giochi<input type="radio"/> Parchi<input type="radio"/> Cinema<input type="radio"/> Città<input type="radio"/> Musei<input type="radio"/> Casa/Abitazione<input type="radio"/> Nessun luogo è particolarmente gradito <p><i>Specificare la eventuale gerarchia di gradimento:</i></p>
Comportamento nelle uscite	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Da solo<input type="radio"/> Aiuto Gestuale<input type="radio"/> Aiuto Verbale<input type="radio"/> Aiuto Gestuale e Verbale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Parziale<input type="radio"/> Aiuto Fisico Totale<input type="radio"/> Vicariamento <p><i>Specificare:</i></p>
Nel caso in cui siano presenti aiuti di ordine fisico specificare il grado di controllo che deve essere esercitato	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Prossimità fisica, 2-3 metri<input type="radio"/> Prossimità fisica, 1 metro<input type="radio"/> Prossimità fisica, stare al suo fianco<input type="radio"/> Prossimità fisica tenere sotto braccio<input type="radio"/> Prossimità fisica tenere per mano<input type="radio"/> Prossimità fisica tenere per entrambe le mani da due caregivers <p><i>Specificare:</i></p>
Tolleranza nei confronti della presenza di più persone nel contesto frequentato	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nessun problema a tollerare la presenza di più persone nel contesto<input type="radio"/> Tollerare la presenza di persona anche sconosciute nel contesto<input type="radio"/> Tollerare la presenza di poche persone sconosciute nel contesto<input type="radio"/> Tollerare la presenza di persone conosciute nel contesto<input type="radio"/> Tollerare la presenza di poche e specifiche persone nel contesto<input type="radio"/> Fatica a permanere in contesti in cui sono presenti persone <p><i>Specificare:</i></p>



OPERATORI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Medico curante			
Psichiatra			
Responsabile Servizio			
Educatore di riferimento			
Comune di residenza e riferimenti			
Altro			
FAMILIARI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Padre			
Madre			
Fratelli			
Amici o conoscenti rilevanti per la persona			



SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (5)

DATA:

COMPILATORE/I:

Nome	Cognome
COMUNICAZIONE	
Comprende informazioni	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mediate da un linguaggio per oggetti concreti ○ Mediate da un linguaggio dei segni personalizzato e/o adattato ○ Mediate da un linguaggio iconico [per immagini] ○ Mediate da un linguaggio dei segni convenzionale [Lingua dei Segni Italiana (LIS)] ○ Mediate da un linguaggio scritto ○ Mediate da un linguaggio vocale <p><i>Specificare:</i></p>
Ampiezza Comprensione informazioni	<ul style="list-style-type: none"> ○ Capisce il significato di oggetti reali al posto di parole o frasi brevi ○ Comprensione di gesti personali al posto delle parole [specifici per quella persona o condivisi da un piccolo gruppo ristretto (es. familiari), ma non comprensibili da altre persone estranee] ○ Comprensione di immagini al posto di parole o frasi brevi ○ Comprensione di gesti comuni [ampiamente riconosciuti dalla comunità sociale e quindi generalmente condivisi e intellegibili, come per es. annuire con la testa per dire "sì" o agitare la mano per salutare o indicare l'orologio per riferirsi al tempo] al posto di parole o frasi brevi ○ Comprensione di frasi semplici nel linguaggio dei segni [Lingua dei Segni Italiana (LIS)] ○ Comprensione di discorsi complessi nel linguaggio dei segni ○ Comprensione di singole parole parlate ○ Comprensione di frasi semplici parlate ○ Comprensione di discorsi parlati più lunghi e complessi ○ Comprensione nella lettura di singole parole ○ Comprensione nella lettura di frasi semplici ○ Comprensione nella lettura di testi più lunghi e complessi <p><i>Specificare con esempi:</i></p>



Produce informazioni	<ul style="list-style-type: none">○ Mediate da un linguaggio per oggetti concreti○ Mediate da un linguaggio dei segni personalizzato e adattato○ Mediate da un linguaggio iconico○ Mediate da un linguaggio dei segni convenzionale [Lingua dei Segni Italiana (LIS)]○ Mediate da un linguaggio scritto○ Mediate dal ricorso al linguaggio vocale <p><i>Specificare:</i></p>
Operanti verbali padroneggiati	<ul style="list-style-type: none">○ Mand: richiede di ciò che si desidera<ul style="list-style-type: none">- Esempio: Chiedere "acqua" quando si ha sete○ Ecoico: ripetizione di suoni o parole emesse da un interlocutore [imitazione vocale]<ul style="list-style-type: none">- Esempio: Ripetere "cane" dopo averlo sentito○ Tact: nomina/denomina oggetti o eventi presenti [non solo stimoli visivi, ma anche acustici o afferenti ad altre modalità sensoriali]<ul style="list-style-type: none">- Esempio: Dire "palla" vedendo una palla○ Intraverbale: risposta verbale a domande o frasi<ul style="list-style-type: none">- Esempio: Rispondere "rosso" alla domanda "Di che colore è il pomodoro?"○ Autoclitico: parole che descrivono o modificano ciò che stiamo dicendo [L'autoclitico mostra la capacità di una persona di riflettere sul proprio linguaggio e di comunicare sfumature nel significato]. Esempi pratici:<ul style="list-style-type: none">- "Penso che sia un cane" invece di solo "È un cane" ["Penso che" modifica la certezza dell'affermazione]- "Il grande cane marrone" invece di solo "cane" ["grande" e "marrone" aggiungono dettagli descrittivi]- "Sicuramente arriverà tardi" invece di solo "Arriverà tardi" ["Sicuramente" esprime un alto grado di certezza]- "Probabilmente ploverà domani" invece di "Ploverà domani" ["Probabilmente" indica un certo grado di incertezza] <p><i>Specificare con esempi:</i></p>



OPERATORI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Medico curante			
Psichiatra			
Responsabile Servizio			
Educatore di riferimento			
Comune di residenza e riferimenti			
Altro			
FAMILIARI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Padre			
Madre			
Fratelli			
Amici o conoscenti rilevanti per la persona			



SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (6)

DATA:

COMPILATORE/I:

Nome		Cognome	
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELLA CONDOTTA			
Categorie del disturbo del Comportamento	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Autolesionismo<input type="radio"/> Aggressività Fisica Eterodiretta verso persone<input type="radio"/> Aggressività Fisica Eterodiretta verso cose (distruttività)<input type="radio"/> Stereotipie o comportamenti autostimolatori<input type="radio"/> Comportamenti ritualistici di natura compulsiva<input type="radio"/> Comportamenti sessualmente inappropriati<input type="radio"/> Fuga<input type="radio"/> Pica<input type="radio"/> Catatonia <input type="radio"/> Altro: specificare		
Definizione operativa	A partire dalla categoria siglata descrivere cosa fa la persona (es. <i>Autolesionismo: colpire con la mano destra il volto all'altezza dello zigomo destro</i>)		



Frequenza del comportamento target	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Più volte all'ora<input type="radio"/> Alcune volte al giorno<input type="radio"/> Una volta al giorno<input type="radio"/> 2-3 volte a settimana<input type="radio"/> 4-6 volte a settimana<input type="radio"/> Una volta a settimana<input type="radio"/> Meno di una volta a settimana<input type="radio"/> Raramente (1-2 volte al mese)<input type="radio"/> Mai o quasi mai <p><i>Specificare:</i></p>
---	---



Intensità del comportamento target	<ul style="list-style-type: none">○ Mette a repentaglio la sua vita o la vita di altri○ Mette a repentaglio la sua salute o la salute di altri○ Produce danni estesi a sé stesso ad altri al contesto○ Produce danni lievi a sé stesso ad altri al contesto○ Produce danni superficiali a sé stesso ad altri al contesto○ Il comportamento non produce danni a sé stesso, ad altri al contesto ma limita le possibilità di sviluppo○ Il comportamento non produce danni a sé stesso, ad altri al contesto ma è particolarmente interferente e limita quindi le possibilità di inclusione sociale○ Il comportamento non produce danni a sé stesso, ad altri al contesto ma risulta stigmatizzante per la persona○ Il comportamento non produce danni a sé stesso, ad altri al contesto, ma comunque preoccupa i caregivers <p><i>Specificare:</i></p>
Durata del comportamento target	<ul style="list-style-type: none">○ Tutta la giornata (più di 8 ore)○ Molto lungo (4-8 ore)○ Lungo (2-4 ore)○ Medio-lungo (1-2 ore)○ Medio (30-60 minuti)○ Medio-breve (15-30 minuti)○ Breve (5-15 minuti)○ Molto breve (1-5 minuti)○ Istantaneo (finisce appena emesso) <p><i>Specificare:</i></p>
Strumenti di misurazione adottati	<ul style="list-style-type: none">○ Analisi Funzionale Sperimentale○ Schede di osservazione sistematica diretta [es. Osservazione ABC – Chart]○ Strumenti indiretti I [es. Questionari, Checklist o Interviste]○ Diario delle consegne○ Colloqui con i caregivers <p><i>Specificare:</i></p>



<p>Ipotesi valore funzionale (cosa vuole comunicare per voi quel comportamento)</p>	<p>Comportamenti influenzati e mantenuti dall'interazione sociale:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Per ottenere attenzione○ Per ottenere oggetti o attività desiderate○ Per evitare compiti o situazioni spiacevoli○ Per allontanarsi da specifici stimoli fastidiosi [es. il tipo di interazione sociale] <p>Comportamenti non legati all'interazione sociale:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Per provare sensazioni piacevoli○ Per alleviare sensazioni sgradevoli [dolore, sovrastimolazione ...]○ Per neutralizzare una condizione di disagio interno [possibile disregolazione sul versante autonomico] <p><i>Specificare:</i></p>
--	---



Descrizione dell'intervento in atto per decrementare il Disturbo del Comportamento	Procedure Proattive: <ul style="list-style-type: none">○ Interventi sugli antecedenti di carattere ambientale (es. organizzazione dei contesti, specifiche modificazioni strutturali del contesto)○ Educazione strutturata <u>Interventi sugli antecedenti: procedure proattive</u> <ul style="list-style-type: none">○ Rinforzamento differenziale di comportamenti alternativi desiderabili○ Rinforzamento differenziale di comportamenti incompatibili○ Rinforzamento differenziale di comportamenti altri rispetto al comportamento disfunzionale○ Rinforzamento Non Contingente○ Funtional Communication Training○ Training mand○ Training accettare il rifiuto○ Training accettare l'attesa○ Pairing○ Contrattazione Educativa○ Task analysis○ Shaping○ Chaining○ Token Economy○ Storie Sociali/Comportamento governato da regola (regole verbali)○ Modeling○ Video Modeling○ Self-management○ Esposizione graduata○ Esposizione con Prevenzione della Risposta○ Desensibilizzazione○ Altro (specificare): <p><i>Specificare descrivendo l'intervento/i:</i></p>
---	---



<p>Descrizione dell'intervento in atto per decrementare il Disturbo del Comportamento</p>	<p>Procedure Reattive:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Estinzione <p><u>Punizione Positiva</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Rimprovero<input type="radio"/> Esercizio Físico Contingente<input type="radio"/> Ipercorrezione<input type="radio"/> Blocco físico contingente<input type="radio"/> Altro (specificare) <p><u>Punizione Negativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Time-out senza isolamento<input type="radio"/> Time-out con esclusione (isolamento)<input type="radio"/> Costo della Risposta<input type="radio"/> Altro (specificare): <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Contenzione meccanica<input type="radio"/> Contenzione farmacologica <p><i>Specificare descrivendo l'intervento/i:</i></p>
<p>Ulteriori spunti di approfondimento</p>	<p>Eventi che precedono in modo abbastanza attendibile le manifestazioni di problematicità del comportamento:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Rumorosità del contesto situazionale<input type="radio"/> Affollamento del contesto situazionale<input type="radio"/> Povertà di stimolazioni da parte nel contesto situazionale<input type="radio"/> Povertà di stimoli/attività nel contesto situazionale<input type="radio"/> Tempi di attesa prolungati<input type="radio"/> Mancanza di prevedibilità nei passaggi da un contesto situazionale all'altro<input type="radio"/> Mancanza di prevedibilità rispetto gli eventi della giornata<input type="radio"/> Interruzione di attività/contesti situazionali graditi<input type="radio"/> Condizioni di dolore presente contingente<input type="radio"/> Condizioni di dolore cronico<input type="radio"/> Particolari stimoli attivanti presenti nel contesto situazionale<input type="radio"/> Alterazione del tono dell'umore <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Altro specificare:



FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO ONLUS

SCHEDA DI INGRESSO



Ulteriori spunti di approfondimento	Eventi che seguono in modo abbastanza attendibile le manifestazioni di problematicità del comportamento: <ul style="list-style-type: none">○ Allontanamento spontaneo dal contesto situazionale○ Allontanamento guidato dal contesto situazionale○ Rassicurazioni fornite dal personale○ Accesso a stimoli/attività che detensionano la persona○ Lasciare concludere alla persona la situazione di problematicità del comportamento e reindirizzarla verso un altro contesto situazionale○ Blocco delle mani per favorire il detensionamento○ Blocco degli arti da seduto○ Blocco degli arti da sdraiato per favorire il detensionamento○ Terapia al bisogno per favorire il detensionamento○ Contenzione meccanica○ Contenzione meccanica e terapia al bisogno ○ Altro specificare: <p>NB: in caso di Blocco specificare il numero di operatori che sono coinvolti</p>
Ulteriori spunti di approfondimento	Eventi che in modo abbastanza attendibile peggiorano le manifestazioni di problematicità del comportamento: <ul style="list-style-type: none">○ Mantenimento nel contesto situazionale in cui sta avvenendo la situazione di problematicità○ Allontanamento dal contesto situazionale in cui sta avvenendo la situazione di problematicità○ Utilizzare forme diverse di rimprovero verbale con tono di voce alto○ Rassicurazioni fornite dal personale○ Richiedere forme riparative del danno prodotto○ Impedire alla persona concludere la situazione di problematicità del comportamento reindirizzandola verso un altro contesto situazionale○ Timeout con isolamento○ Blocco delle mani per favorire il detensionamento○ Blocco degli arti da seduto○ Blocco degli arti da sdraiato per favorire il detensionamento ○ Altro specificare:



OPERATORI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Medico curante			
Psichiatra			
Responsabile Servizio			
Educatore di riferimento			
Comune di residenza e riferimenti			
Altro			
FAMILIARI DI RIFERIMENTO PER LA COMPILAZIONE			
Padre			
Madre			
Fratelli			
Amici o conoscenti rilevanti per la persona			