



**SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (2)**

DATA:

COMPILATORE/I:

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>	
<b>Peso</b>		<b>Altezza</b>	
<b>CONDIZIONI DI SALUTE</b>			
<b>Condizioni di peggior salute</b>	<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"/>		
<b>Accorgimenti e/o protocolli sanitari per:</b>	<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>		

**SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (1)**

DATA:

COMPILATORE/I:

<b>Nome</b>		<b>Residenza</b>	
<b>Cognome</b>			
<b>Luogo e data di nascita</b>		<b>Interdizione Spec. Tutore - Amm. di Sostegno</b>	



**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**

<b>Padre</b>	Nome	Residenza	Recapito telefonico
	Data Nascita		Indirizzo e-mail



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



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



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



SCHEDA RACCOLTA INFORMAZIONI (2)

DATA:

COMPILATORE/I:

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



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



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





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



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



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



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



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



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





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



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



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



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



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



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



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



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





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



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



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



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



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



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



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



H) DEAMBULAZIONE	
<b>Tipo di andatura</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Deambula da solo (le condotte di coordinazione dinamica generale sono buone)</li><li>○ L'andatura mostra una scarsa coordinazione dinamica generale</li><li>○ L'andatura è incerta (oscillare, vacilla, cammina con il busto spostato in avanti)</li><li>○ L'andatura è falciante</li><li>○ È sostenuto fisicamente nella deambulazione</li><li>○ Necessità di ausili per garantire la deambulazione</li></ul> <p><i>Specificare</i></p>
<b>Uso di ausili o protesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nessun ausilio</li><li>○ Scarpe con plantare</li><li>○ Scarpe ortopediche</li><li>○ Protesizzazione attraverso (bastone, stampelle ...)</li><li>○ Protesizzazione attraverso deambulatore</li><li>○ Protesizzazione attraverso carrozzina</li></ul> <p><i>Specificare</i></p>
<b>Autonomia nell'uso degli ausili (es carrozzina)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Da solo/Autodeterminato (se siglata questa voce specificare la qualità della prestazione)<ul style="list-style-type: none"><li>- persona svolge l'attività in completa autonomia, senza alcun supporto esterno</li></ul></li><li>○ Aiuto Gestuale:<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilizzo di gesti o segni per guidare o indicare come svolgere un'attività</li><li>- Indicare un oggetto o mimare un'azione</li></ul></li><li>○ Aiuto Verbale:<ul style="list-style-type: none"><li>- Fornire istruzioni o suggerimenti orali [Es. spiegare verbalmente i passaggi di un'attività]</li></ul></li><li>○ Aiuto Gestuale e Verbale:<ul style="list-style-type: none"><li>- Combinazione di gesti e istruzioni verbali</li></ul></li><li>○ Aiuto Fisico Parziale:<ul style="list-style-type: none"><li>- Assistenza fisica limitata per parti specifiche di un'attività [Es: Aiutare a iniziare un movimento che la persona può poi completare da sola]</li></ul></li><li>○ 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"><li>- Esecuzione completa al posto della persona [l'operatore o il caregiver svolge l'intera azione per conto dell'individuo]</li></ul></li></ul> <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	
<b>ATTIVITÀ RICREATIVE (PREFERENZE) ED ABILITÀ SOCIALI E PRATICHE DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO</b>			
<b>Sono state indagate le preferenze della persona attraverso</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Non sono state indagate</li><li>○ Richiesta di informazioni alle persone che meglio conoscono la persona</li><li>○ Osservazione informale nei contesti di vita quotidiani</li><li>○ Valutazione delle preferenze presentando un oggetto/attività alla volta</li><li>○ Valutazione delle preferenze presentando due oggetti/attività alla volta</li><li>○ 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]</li><li>○ Valutazione delle preferenze presentando più oggetti/attività contemporaneamente, rimettendoli a disposizione dopo ogni scelta per vedere quali vengono scelti più spesso</li><li>○ 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]</li><li>○ Conversazione sui valori/desideri e gli interessi personali</li></ul> <p><i>Specificare (quali categorie di stimoli preferiti indagate):</i></p>		
<b>Attività gradite; legate alle categorie di stimoli preferiti, esperite dalla persona nel suo tempo libero nel corso della sua vita</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Musica</li><li>○ Guardare la TV, DVD, Tablet, Smartphone</li><li>○ Giocare con videogiochi</li><li>○ Altri giochi</li><li>○ Attività laboratoriali</li><li>○ Attività con stimolazione sensoriale (dondolare, oscillare, rimbalzare su palle, osservare stimoli visivi, manipolare oggetti, odorare profumi ...)</li><li>○ Attività dinamiche (passeggiare, andare in bicicletta, monopattino, pattini, visitare negozi, centri commerciali, musei, città ...)</li><li>○ Attività sportive</li></ul> <p><i>Specificare quali:</i></p>		



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



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



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



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



SOCIALITÀ, ATTIVITÀ ESTERNE ED ABILITÀ SOCIALI DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO	
<b>Luoghi particolarmente graditi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Negozi,</li><li><input type="radio"/> Centri commerciali</li><li><input type="radio"/> Bar</li><li><input type="radio"/> Ristoranti</li><li><input type="radio"/> Parchi Giochi</li><li><input type="radio"/> Parchi</li><li><input type="radio"/> Cinema</li><li><input type="radio"/> Città</li><li><input type="radio"/> Musei</li><li><input type="radio"/> Casa/Abitazione</li><li><input type="radio"/> Nessun luogo è particolarmente gradito</li></ul> <p><i>Specificare la eventuale gerarchia di gradimento:</i></p>
<b>Comportamento nelle uscite</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Da solo</li><li><input type="radio"/> Aiuto Gestuale</li><li><input type="radio"/> Aiuto Verbale</li><li><input type="radio"/> Aiuto Gestuale e Verbale</li><li><input type="radio"/> Aiuto Fisico Parziale</li><li><input type="radio"/> Aiuto Fisico Totale</li><li><input type="radio"/> Vicariamento</li></ul> <p><i>Specificare:</i></p>
<b>Nel caso in cui siano presenti aiuti di ordine fisico specificare il grado di controllo che deve essere esercitato</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Prossimità fisica, 2-3 metri</li><li><input type="radio"/> Prossimità fisica, 1 metro</li><li><input type="radio"/> Prossimità fisica, stare al suo fianco</li><li><input type="radio"/> Prossimità fisica tenere sotto braccio</li><li><input type="radio"/> Prossimità fisica tenere per mano</li><li><input type="radio"/> Prossimità fisica tenere per entrambe le mani da due caregivers</li></ul> <p><i>Specificare:</i></p>
<b>Tolleranza nei confronti della presenza di più persone nel contesto frequentato</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Nessun problema a tollerare la presenza di più persone nel contesto</li><li><input type="radio"/> Tollerare la presenza di persona anche sconosciute nel contesto</li><li><input type="radio"/> Tollerare la presenza di poche persone sconosciute nel contesto</li><li><input type="radio"/> Tollerare la presenza di persone conosciute nel contesto</li><li><input type="radio"/> Tollerare la presenza di poche e specifiche persone nel contesto</li><li><input type="radio"/> Fatica a permanere in contesti in cui sono presenti persone</li></ul> <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
<b>COMUNICAZIONE</b>	
<b>Comprende informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mediate da un linguaggio per oggetti concreti</li> <li>○ Mediate da un linguaggio dei segni personalizzato e/o adattato</li> <li>○ Mediate da un linguaggio iconico [per immagini]</li> <li>○ Mediate da un linguaggio dei segni convenzionale [Lingua dei Segni Italiana (LIS)]</li> <li>○ Mediate da un linguaggio scritto</li> <li>○ Mediate da un linguaggio vocale</li> </ul> <p><i>Specificare:</i></p>
<b>Ampiezza Comprensione informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capisce il significato di oggetti reali al posto di parole o frasi brevi</li> <li>○ 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]</li> <li>○ Comprensione di immagini al posto di parole o frasi brevi</li> <li>○ 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</li> <li>○ Comprensione di frasi semplici nel linguaggio dei segni [Lingua dei Segni Italiana (LIS)]</li> <li>○ Comprensione di discorsi complessi nel linguaggio dei segni</li> <li>○ Comprensione di singole parole parlate</li> <li>○ Comprensione di frasi semplici parlate</li> <li>○ Comprensione di discorsi parlati più lunghi e complessi</li> <li>○ Comprensione nella lettura di singole parole</li> <li>○ Comprensione nella lettura di frasi semplici</li> <li>○ Comprensione nella lettura di testi più lunghi e complessi</li> </ul> <p><i>Specificare con esempi:</i></p>



<b>Produce informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mediate da un linguaggio per oggetti concreti</li><li>○ Mediate da un linguaggio dei segni personalizzato e adattato</li><li>○ Mediate da un linguaggio iconico</li><li>○ Mediate da un linguaggio dei segni convenzionale [Lingua dei Segni Italiana (LIS)]</li><li>○ Mediate da un linguaggio scritto</li><li>○ Mediate dal ricorso al linguaggio vocale</li></ul> <p><i>Specificare:</i></p>
<b>Operanti verbali padroneggiati</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mand: richiede di ciò che si desidera<ul style="list-style-type: none"><li>- Esempio: Chiedere "acqua" quando si ha sete</li></ul></li><li>○ Ecoico: ripetizione di suoni o parole emesse da un interlocutore [imitazione vocale]<ul style="list-style-type: none"><li>- Esempio: Ripetere "cane" dopo averlo sentito</li></ul></li><li>○ 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"><li>- Esempio: Dire "palla" vedendo una palla</li></ul></li><li>○ Intraverbale: risposta verbale a domande o frasi<ul style="list-style-type: none"><li>- Esempio: Rispondere "rosso" alla domanda "Di che colore è il pomodoro?"</li></ul></li><li>○ 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"><li>- "Penso che sia un cane" invece di solo "È un cane" ["Penso che" modifica la certezza dell'affermazione]</li><li>- "Il grande cane marrone" invece di solo "cane" ["grande" e "marrone" aggiungono dettagli descrittivi]</li><li>- "Sicuramente arriverà tardi" invece di solo "Arriverà tardi" ["Sicuramente" esprime un alto grado di certezza]</li><li>- "Probabilmente ploverà domani" invece di "Ploverà domani" ["Probabilmente" indica un certo grado di incertezza]</li></ul></li></ul> <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	
<b>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELLA CONDOTTA</b>			
<b>Categorie del disturbo del Comportamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Autolesionismo</li><li><input type="radio"/> Aggressività Fisica Eterodiretta verso persone</li><li><input type="radio"/> Aggressività Fisica Eterodiretta verso cose (distruttività)</li><li><input type="radio"/> Stereotipie o comportamenti autostimolatori</li><li><input type="radio"/> Comportamenti ritualistici di natura compulsiva</li><li><input type="radio"/> Comportamenti sessualmente inappropriati</li><li><input type="radio"/> Fuga</li><li><input type="radio"/> Pica</li><li><input type="radio"/> Catatonia</li> <li><input type="radio"/> Altro: specificare</li></ul>		
<b>Definizione operativa</b>	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> )		



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



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



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



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





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



FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO ONLUS

SCHEDA DI INGRESSO



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



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			