**SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO**

**PER ALUNNI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

***Attività di consulenza presso***

***SPORTELLO AUTISMO ITALIA CTS LECCE - I.T.E.T. “G. Deledda” Lecce***

***sede diffusa di ……***

**QUADRO A - PERSONE COINVOLTE NELLA CONSULENZA**

*Attenzione! Se il nominativo da inserire nei punti 1,2,4,5 è sempre lo stesso, compilare per esteso solo i punti 1 e 4 e scrivere IDEM negli altri*

**1 -** CHI RICHIEDE QUESTA CONSULENZA

| Nominativo o denominazione Istituto Scolastico/Centro/Servizio |
| --- |
| Grado di parentela o Ente + Qualifica |

**2 –** IL DESTINATARIO PRINCIPALE

***Attenzione! Eventuali dati che riguardano una persona con disabilità vanno inseriti più avanti.***

(Generalmente è chi si occupa dell'intervento con la persona disabile. A lei/lui intestiamo la relazione con le nostre indicazioni).

| Nominativo o denominazione Istituto Scolastico/Centro/Servizio |
| --- |
| Grado di parentela o Ente + Qualifica |

**3 -** ALTRI DESTINATARI / PERSONE INTERESSATE DIRETTAMENTE ALLA CONSULENZA

| Nominativo o denominazione Istituto Scolastico/Centro/Servizio |
| --- |
| Grado di parentela o Ente + Qualifica |
| Presenti durante la consulenza ? **Sì 🔾 No 🔾** |

**4 -** PERSONA DI RIFERIMENTO PER COMUNICAZIONI *barrare anche il sistema di contatto preferito con una crocetta*

| Nominativo |  |
| --- | --- |
| Istituto Scolastico/Ente/Servizio/Ufficio |  |
| **🔾** cellulare: | |
| **🔾** telefono (ore ufficio): | |
| **🔾** posta elettronica ufficio: | |
| **🔾** posta elettronica personale: | |

**5 –** COMPILATORE/I DI QUESTO DOCUMENTO (nominativo; grado di parentela o Ente + Qualifica )

| Nominativo o denominazione Istituto Scolastico/Centro/Servizio |
| --- |
| Grado di parentela o Ente + Qualifica |

**QUADRO B - CONTENUTI DELLA CONSULENZA**

**6** - LA CONSULENZA È FINALIZZATA AD AFFRONTARE PROBLEMATICHE CHE RIGUARDANO *(una sola scelta)*:

**A**- **🔾** una persona con disabilità *(assicurarsi di compilare il QUADRO C)*

*in questo caso, il destinatario indicato al punto 2 sarà presente alla valutazione? ->*  **Sì 🔾 No 🔾**

**B**- **🔾** l'attività di un professionista che si occupa di persone disabili / ausili

**C**- **🔾** un ente / servizio *(precisare di seguito quale è la richiesta; poi compilare soltanto i punti da 7 a 9)*: …..

**D**- **🔾** altro *(precisare di seguito la richiesta; poi compilare soltanto i punti da 7 a 9*): …..

**7** - TEMA DELLA CONSULENZA

Cerchiamo soluzioni a problemi relativi a: *(anche più scelte)*

**🔾** Servizi relativi agli ausili **🔾** Apprendimento

**🔾** Caratteristiche e reperibilità di ausili **🔾** Postura

**🔾** Comunicazione **🔾** Lettura / scrittura

**🔾** Accesso al personal computer e/o a dispositivi elettronici e informatici

Altro:

**8** - SCOPO DELLA CONSULENZA

Il risultato fondamentale che ci si attende è *(anche più scelte)*:

**🔾** Verifica di validità degli ausili in uso **🔾** Prova di prodotti

**🔾** Verifica di utilità di adozione di ausili **🔾** Aggiornamento

**🔾** Adattamenti / personalizzazioni di ausili **🔾** Formazione

**🔾** Individuazione dei prodotti / modelli più adatti

**🔾** Indicazioni per la progettazione di soluzioni integrate di ausili

Se possibile, elencare i prodotti / strategie per cui si richiede la verifica o la prova:

**9 -** AMBITO IN CUI SI PREVEDE DI UTILIZZARE I RISULTATI DELLA CONSULENZA *(anche più scelte)*

**🔾** Abitazione **🔾** Scuola **🔾**  Istituto / Centro Lavoro

**🔾** Tempo libero / associazione / gruppo **🔾** Altro:

**QUADRO C – INFORMAZIONI SULLA PERSONA CON DISABILITÀ** *(soltanto se al punto 6 è stata scelta la risposta A)*

**10 -** INFORMAZIONI

| Nominativo: | | Sesso: F **🔾** M **🔾** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Data e luogo di nascita: | Comune di residenza: | | |
| Diagnosi specialistica[[1]](#footnote-0) (se presente): | | | |
| redatta da: | | | in data: |
| presso: | | | sede di: |
| Interventi riabilitativi: | | | effettuati da: |
| Specialista/i di riferimento: | | | |
| N.B.: Se la Diagnosi non è stata effettuata, specificare se:   * il soggetto è in fase di valutazione; * il soggetto non è in fase di valutazione, ma insegnanti o genitori iniziano a notare comportamenti | | | |
| Eventuale scuola e classe frequentata: | | | Sostegno Sì **🔾** No **🔾** |
| Eventuale occupazione: | | | |
| Eventuale servizio / centro frequentato: | | | |
| Ha già avuto contatti con il nostro Centro? Sì **🔾** No **🔾** Con chi / per cosa? | | | |
| Segue terapie: Sì **🔾** No **🔾** Se sì, quali: | | | |
| Informazioni dalla famiglia |  | | |
| Caratteristiche del percorso didattico pregresso[[2]](#footnote-1) |  | | |
| Altre osservazioni |  | | |

**11 -** STUDI SULLA PERSONA CON DISABILITÀ PER LA RILEVAZIONE DEL BISOGNO *(indicare quali aree sono interessate dalla disabilità e a quale livello: motoria, sensoriale, neuropsicologica, intellettiva, comunicativa, psicologica, altro - eventuale diagnosi)*

| **AREA** | **INDICATORI** |
| --- | --- |
| **AUTONOMIA** | □ mancanza di autonomia nel movimento e nell’uso del proprio corpo;  □ mancanza di controllo sfinterico nella minzione;  □ mancanza di controllo sfinterico intestinale;  □ difficoltà nell’uso di oggetti personali e di materiali scolastici  □ mancanza di autonomia durante i pasti;  □ mancanza di autonomia negli spazi scolastici;  □ mancanza di autonomia negli spazi esterni alla scuola;  □ altro (specificare): |
| **AFFETTIVO/**  **RELAZIONALE** | □ difficoltà di autoregolazione, autocontrollo;  □ scarsa autostima;  □ scarsa motivazione;  □ scarsa curiosità;  □ difficoltà nella relazione con i compagni;  □ difficoltà nella relazione con i docenti;  □ difficoltà nella relazione con gli adulti;  □ altro (specificare): |
| **SENSORIALE** | □ Deficit sensoriale (specificare):  Sono presenti problemi uditivi? Sì **🔾** No **🔾**  Se sì, specificare che tipo di problemi: Sordità - Ipoacusia (con protesi - senza protesi)  Acuità visiva: buona 🔿 deficitaria 🔿 porta lenti **🔾** cecità 🔿  Coordinazione visuo-motoria: deficitaria 🔿 sufficiente 🔿 buona 🔿  Capacità di mantenimento dello sguardo: insufficiente🔿 sufficiente🔿 buona **🔾**  Presenta nistagmo? Sì **🔾** No **🔾**  Capacità di esplorazione insufficiente 🔿 sufficiente 🔿 buona **🔾** |
| **MOTORIO**  **PRASSICA** | □ difficoltà nel riconoscimento del proprio schema corporeo;  □ impaccio grosso-motorio (difficoltà nella deambulazione, deficit negli schemi motori di base, etc..);  □ impaccio fino-motorio (deficit nella coordinazione oculo-manuale, deficit nell’uso cooperativo di entrambe le mani, etc..);  □ scarso/assente controllo del campo grafico (difficoltà a tracciare segni, simboli, forme dentro spazi definiti, etc..);  □ deficit motorio (specificare):  □ altro (specificare): |
| **COMUNICAZIONE**  **LINGUAGGIO** | **LINGUAGGIO ESPRESSIVO:**  □ vocale (è in grado di fare richieste, commenti, di rispondere a semplici domande, etc..);  □ non vocale che segue un percorso con modalità alternative di comunicazione (scrittura, indicazione, gestualità, mimica, LIS, tabelle di comunicazione, ausili tecnologici).  **LINGUAGGIO RECETTIVO:**  □ difficoltà a comprendere/eseguire istruzioni semplici da parte dell’adulto;  □ difficoltà a comprendere/eseguire istruzioni semplici da parte dei coetanei;  □ difficoltà a comprendere istruzioni complesse da parte dell’adulto;  □ difficoltà a comprendere/eseguire istruzioni semplici da parte dei coetanei;  □ difficoltà a riconoscere, indicare o toccare oggetti, immagini, persone su richiesta;  □ altro (specificare): |
| **COGNITIVA** | **CAPACITÀ DI ATTENZIONE E MEMORIA:**  □ difficoltà ad ascoltare (specificare per quanto tempo);  □ difficoltà a concentrarsi (specificare per quanto tempo);  □ difficoltà a portare a termine senza interruzione un compito;  □ Difficoltà nel memorizzare ( tabelline, formule, forme grammaticali, sequenze, filastrocche, etc..);  □ altro (specificare):  **CAPACITÀ LOGICHE:**  □ Difficoltà a categorizzare (colori e forme, operare: classificazioni, intersezioni, relazioni, seriazioni, utilizzare il legame sequenziale causa/effetto, etc..);  □ altro (specificare): |
| **COMPORTAMENTALE** | **PRESENZA DI PROBLEMI COMPORTAMENTALI:**  □ comportamenti etero aggressivi;  □ comportamenti auto lesivi;  □ stereotipie motorie;  □ autostimolazioni sensoriali (sguardo periferico, fissazione per fonti luminose e/o sonore, ecolalia, etc..);  □ rigidità comportamentali;  □ altro (specificare): |
| **FATTORI DEL CONTESTO FAMILIARE, SCOLASTICO ED EXTRASCOLASTICO** | □ famiglia problematica;  □ pregiudizi ed ostilità culturali;  □ scarsità di servizi cui la famiglia possa fare ricorso;  □ difficoltà di comunicazione e collaborazione tra agenzie (scuola, servizi, enti...) che intervengono nell’educazione e nella formazione;  □ difficoltà socio-economiche;  □ ambienti deprivati/devianti;  □ mancanza di mezzi o risorse nella scuola;  □ altro (specificare): |

**12 -** SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI PUNTI DI FORZA

*(relativamente all’alunno, al gruppo classe e agli insegnanti del team educativo)*

| **PUNTI DI FORZA**  **DELL’ALUNNO** | Discipline preferite: | |
| --- | --- | --- |
| Discipline in cui riesce: | |
| Attività preferite: | |
| Attività in cui riesce: | |
| Desideri e/o bisogni espressi: | |
| Hobbies, passioni, attività extrascolastiche: | |
| Persone nella scuola, nella famiglia e/o nell’extrascuola significative, o disponibili, o che svolgono attività interessanti per l’alunno: | |
| **PUNTI**  **DI FORZA**  **DEL GRUPPO CLASSE** | presenza di un compagno o un gruppo di compagni di riferimento | per le attività disciplinari |
| per il gioco |
| per le attività extrascolastiche |
| **PUNTI**  **DI FORZA**  **DEL TEAM DOCENTI**  **E DEI GENITORI** | Esperienze di uno o più insegnanti in campi anche non strettamente scolastici: | |
| Competenza di uno o più insegnanti in una disciplina o attività specifica scolastica o non scolastica: | |
| Hobbies, desideri, bisogni che possono trovare spazio in un progetto formativo per la classe o l’alunno: | |
| Presenza di un genitore che svolge un’attività di | |
| Presenza di un gruppo di genitori disponibili a | |

**13 -** OSSERVAZIONE DEGLI STILI DI APPRENDIMENTO

|  | |
| --- | --- |

**14 -** EVENTUALE DOCUMENTAZIONE O INFORMAZIONI CLINICHE UTILI *(ad es.: valutazioni effettuate rispetto alle difficoltà segnalate; riabilitazioni svolte; … - eventualmente allegare documentazione)*

**15 -** NOTE *(eventualmente aggiungere altri fogli)*

*Ai sensi degli artt. 7, 8, 11, 22 della legge 196/2003 (“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”) La informiamo che i dati da Lei forniti verranno trattati con correttezza, liceità e trasparenza e al fine di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati saranno conservati solo su supporto cartaceo e per il tempo necessario all’erogazione del servizio. Il titolare del trattamento è il C.T.S. di Lecce. L’utente prende atto dell’informativa ed esprime liberamente il proprio consenso affinché i propri dati siano trattati nei limiti di tale informativa e nel rispetto di ogni disposizione di legge.*

Data, Firma

*DIRIGENTE SCOLASTICO/CENTRO/SERVIZIO*



1. *Informazioni ricavabili da diagnosi e/o colloqui con lo specialista* [↑](#footnote-ref-0)
2. *Informazioni ricavabili da relazioni relative agli anni scolastici precedenti* [↑](#footnote-ref-1)