

NOME DEL QUESTIONARIO

Data di compilazione (gg/mm/aa): |_|_| |_|_| |_|_|

Data volo (gg/mm/aa): |_|_| |_|_| |_|_|

Numero del volo: _____

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____ Età (anni): _____

Data di nascita (gg/mm/aa): |_|_| |_|_| |_|_| Luogo di nascita: _____ Nazionalità: _____

Disturbi e manifestazioni riscontrate in compresenza alla diagnosi principale:

- | | |
|--|---|
| ☐ Epilessia | ☐ Motricità ripetitiva |
| ☐ Fobie (<i>Specificare</i>): _____ | ☐ Rituali ossessivi |
| ☐ Autostimolazione
(<i>Specificare</i>): _____ | ☐ Iperattività finalizzata |
| ☐ Autoaggressività | ☐ Iperattività afinalistica |
| ☐ Aggressività verso gli altri | ☐ Somatizzazione (es. disturbi gastro-intestinali) |
| ☐ Distruzione dell'ambiente | ☐ Difficoltà nell'alimentazione
(<i>Specificare</i>): _____ |

ACCOMPAGNATORE DI RIFERIMENTO

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita (gg/mm/aa): |_|_| |_|_| |_|_| Luogo di nascita: _____ Nazionalità: _____

Ruolo (*genitore, educatore, ecc.*): _____

Telefono: _____ E-mail: _____

FUNZIONAMENTO COMUNICAZIONE

1) METODO PRINCIPALE DI ESPRESSIONE COMUNICATIVA

(*contrassegni solo quello che il ragazzo utilizza con maggiore efficacia*):

- ☐ (a) Gestuale (*es. LIS*) (*Specificare*): _____
- ☐ (b) Visivo (*Comunicazione Aumentativa*)
- ☐ (c) Verbale
- ☐ (d) Altro: _____

2) COME GIUDICA IL CANALE COMUNICATIVO UTILIZZATO DA PARTE DEL RAGAZZO AL FINE DI COMUNICARE I PROPRI BISOGNI?				
NON RIESCE A COMUNICARE I PROPRI BISOGNI PRIMARI (ES. FAME, SETE, ANDARE IN BAGNO)	RIESCE A COMUNICARE I PROPRI BISOGNI PRIMARI SOLO IN DETERMINATI CONTESTI O CON PERSONE SPECIFICHE	RIESCE A COMUNICARE I PROPRI BISOGNI PRIMARI A PRESCINDERE DA CONTESTO E PERSONE	RIESCE A COMUNICARE I PROPRI BISOGNI PRIMARI E SPIEGARE CIÒ CHE LI ORIGINA SOLO IN DETERMINATI CONTESTI O CON PERSONE SPECIFICHE	RIESCE A COMUNICARE I PROPRI BISOGNI PRIMARI E SPIEGARE CIÒ CHE LI ORIGINA A PRESCINDERE DA CONTESTO E PERSONE
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

ASPETTO SENSORIALE			
3) QUALE TRA LE SEGUENTI STIMOLAZIONI PROVOCA FASTIDIO?			
	SI	NO	NON SO
Musica	☐	☐	☐
Rumori forti	☐	☐	☐
Rumori improvvisi	☐	☐	☐
Rumori persistenti	☐	☐	☐
Colori accesi	☐	☐	☐
Superfici riflettenti	☐	☐	☐
Luce del sole	☐	☐	☐
Luce colorata	☐	☐	☐
Buio	☐	☐	☐
Elementi visivi (immagini/video)	☐	☐	☐
Vibrazione	☐	☐	☐
Calore	☐	☐	☐
Freddo	☐	☐	☐
Luoghi dove restare da solo	☐	☐	☐
Ambienti grandi o open space	☐	☐	☐
Lunghi corridoi	☐	☐	☐
Luoghi affollati	☐	☐	☐
Interazione con altre persone	☐	☐	☐
Contatto fisico con altre persone	☐	☐	☐
Porte scorrevoli	☐	☐	☐

ASPETTO COMPORTAMENTALE

4) IN CASO DI FRUSTRAZIONE O INSOFFERENZA, QUALE È IL COMPORTAMENTO DI AGGRESSIVITÀ PIÙ GRAVE CHE PUÒ MANIFESTARE?

(a) Aggressività diretta verso gli altri SI ☐ NO ☐
(SE HA RISPOSTO "NO" PROSEGUA AL PUNTO b)

Con quale intensità si è manifestato questo episodio?	MANIFESTA L'INTENZIONE DI AFFERRARE 1 ☐	MANIFESTA L'INTENZIONE DI COLPIRE 2 ☐	AFFERRA L'ALTRO 3 ☐	COLPISCE SENZA LASCIARE SEGNI 4 ☐	COLPISCE LASCIANDO SEGNI 5 ☐
Quanto sono frequenti questi episodi?	QUASI MAI (MENO DI UNA VOLTA AL MESE) 1 ☐	RARAMENTE (1-2 VOLTE AL MESE) 2 ☐	QUALCHE VOLTA (1 VOLTA ALLA SETTIMANA) 3 ☐	SPESSO (2-3 VOLTE ALLA SETTIMANA) 4 ☐	MOLTO SPESSO (PIÙ DI 3 VOLTE ALLA SETTIMANA) 5 ☐
Quale è la loro durata media di tali episodi?	MENO DI UN MINUTO 1 ☐	DA 1 A 10 MINUTI 2 ☐	DA 10 A 30 MINUTI 3 ☐	DA 30 AI 60 MINUTI 4 ☐	PIÙ DI 60 MINUTI 5 ☐

(b) Aggressività diretta verso se stesso SI ☐ NO ☐
(SE HA RISPOSTO "NO" PROSEGUA AL PUNTO c)

Con quale intensità si è manifestato questo episodio?	MANIFESTA L'INTENZIONE DI COLPIRSI 1 ☐	SI AUTOSTIMOLA (ES. PIZZICOTTI, SCHIAFFI) 2 ☐	SI PROCURA EMATOMI O ABRASIONI 3 ☐	SI PROCURA DANNI TESSUTALI (ES. CAPELLI O TAGLI) 4 ☐	SI PROCURA DELLE FRATTURE O DANNI FUNZIONALI 5 ☐
Quanto sono frequenti questi episodi?	QUASI MAI (MENO DI UNA VOLTA AL MESE) 1 ☐	RARAMENTE (1-2 VOLTE AL MESE) 2 ☐	QUALCHE VOLTA (1 VOLTA ALLA SETTIMANA) 3 ☐	SPESSO (2-3 VOLTE ALLA SETTIMANA) 4 ☐	MOLTO SPESSO (PIÙ DI 3 VOLTE ALLA SETTIMANA) 5 ☐
Quale è la loro durata media di tali episodi?	MENO DI UN MINUTO 1 ☐	DA 1 A 10 MINUTI 2 ☐	DA 10 A 30 MINUTI 3 ☐	DA 30 AI 60 MINUTI 4 ☐	PIÙ DI 60 MINUTI 5 ☐

(c) Distruzione dell'ambienteSI ☐NO ☐

(SE HA RISPOSTO "NO" PROSEGUA AL PUNTO d)

Con quale intensità si manifestano questi episodi?	MOSTRA L'INTENZIONE DI LANCIARE O ROMPERE OGGETTI 1 ☐	DISTRUGGE LIEVEMENTE OGGETTI A PORTATA DI MANO, SENZA COMPROMETTERNE LA FUNZIONE 2 ☐	DISTRUGGE GRAVEMENTE OGGETTI A PORTATA DI MANO SENZA, COMPROMETTENDONE LA FUNZIONE 3 ☐	DISTRUGGE LIEVEMENTE OGGETTI FUORI DALLA PORTATA DI MANO 4 ☐	DISTRUGGE GRAVEMENTE TUTTI O BUONA PARTE DEGLI OGGETTI PRESENTI NELL'AMBIENTE 5 ☐
Quanto sono frequenti questi episodi?	QUASI MAI (MENO DI UNA VOLTA AL MESE) 1 ☐	RARAMENTE (1-2 VOLTE AL MESE) 2 ☐	QUALCHE VOLTA (1 VOLTA ALLA SETTIMANA) 3 ☐	SPESSO (2-3 VOLTE ALLA SETTIMANA) 4 ☐	MOLTO SPESSO (PIÙ DI 3 VOLTE ALLA SETTIMANA) 5 ☐
Quale è la loro durata media di tali episodi?	MENO DI UN MINUTO 1 ☐	DA 1 A 10 MINUTI 2 ☐	DA 10 A 30 MINUTI 3 ☐	DA 30 AI 60 MINUTI 4 ☐	PIÙ DI 60 MINUTI 5 ☐

5) INDICHI ULTERIORI COMPORTAMENTI CHE PUÒ MANIFESTARE IN CASO DI FRUSTRAZIONE O INSOFFERENZA:

- ☐
- (a) Agitazione motoria (es. corsa, fuga, evitamento del compito)

(Specificare): _____

- ☐
- (b) Urla

- ☐
- (c) Stereotipia motoria (Specificare): _____

- ☐
- (d) Ecolalia (Specificare): _____

- ☐
- (e) Pianto

- ☐
- (f) Ritiro (si nascondi, si allontana)

- ☐
- (g) Altro (Specificare): _____

6) QUALI ATTIVITÀ, OGGETTI O AMBIENTI POSSONO CONTRIBUIRE A RILASSARE O CALMARE?

- ☐
- (a) Restare da soli

- ☐
- (h) Disegnare

- ☐
- (b) Stare in un ambiente silenzioso

- ☐
- (i) Colorare

- ☐
- (c) Essere abbracciato da una figura di riferimento

- ☐
- (j) Giochi (Specificare): _____

- ☐
- (k) Rassicurazioni verbali

- ☐
- (d) Ascoltare la musica con le cuffie

- ☐
- (l) Oggetti personali

- ☐
- (e) Ascoltare la musica senza le cuffie

(Specificare): _____

- ☐
- (f) Vedere un video

- ☐
- (m) Cibi (Specificare): _____

(Specificare): _____

- ☐
- (n) Altro (Specificare): _____

- ☐
- (g) Guardare la TV

7) PENSANDO AL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO PIÙ GRAVE CHE SI È MANIFESTATO, LE ATTIVITÀ, GLI OGGETTI O AMBIENTI SOPRA ELENCATI IN QUANTO TEMPO RIESCONO A TRANQUILLIZZARE IL RAGAZZO?

MENO DI UN MINUTO

1

☐

DA 1 A 10 MINUTI

2

☐

DA 10 A 30 MINUTI

3

☐

DA 30 AI 60 MINUTI

4

☐

PIÙ DI 60 MINUTI

5

☐

8) A SUO PARERE, QUALI SONO STATE LE CASUE DI TALI COMPLICAZIONI?

(È possibile selezionare più di una risposta)

☐ Ambiente nuovo

☐ Malessere fisico

☐ Suoni/rumori (*Specificare*): _____

☐ Transizione tra un ambiente e l'altro

☐ Luci (*Specificare*): _____

(*Specificare*): _____

☐ Attesa

☐ Richieste (es. eseguire compiti,

☐ Contatto fisico

domande)

☐ Separazione da oggetti/abiti

☐ Altro (*Specificare*): _____

(*Specificare*): _____

ALIMENTAZIONE

9) SEGUE UNA DIETA PARTICOLARE? (*Selezionare una o più risposta*)

☐ (a) Kashér

☐ (f) Senza glutine

☐ (b) Islamica

☐ (g) Montinari

☐ (c) Induista

☐ (h) Altro (*Specificare*): _____

☐ (d) Vegetariana

☐ Non segue nessuna dieta

☐ (e) Vegana

10) PRESENTA DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI?

SI ☐

NO ☐

7.1) SE SI, SPECIFICARE: _____

11) PRESENTA SELETTIVITÀ ALIMENTARE?

SI ☐

NO ☐

8.1) SE SI, INDICARE CIBI E BEVANDE CONSUMATE:

(a) _____

(f) _____

(b) _____

(g) _____

(c) _____

(h) _____

(d) _____

(i) _____

(e) _____

(j) _____

12) INDICHI EVENTUALI RICHIESTE PARTICOLARI RISPETTO ALLA RISTORAZIONE DURANTE IL VOLO:

ESPERIENZE PRECEDENTI DI VOLO

13) HA EFFETTUATO PRECEDENTEMENTE DEI VOLI? SI ☐ NO ☐

(Se risponde "NO" a questa domanda il questionario è concluso)

14) QUANTI ANNI AVEVA QUANDO HA AVUTO L'ULTIMA ESPERIENZA DI VOLO? |_||_||

15) SI SONO VERIFICATE DELLE COMPLICAZIONI NELLA FASE DI CONTROLLO, NELLE ATTESE O DURANTE IL VOLO? SI ☐ NO ☐

(Se risponde "NO" a questa domanda il questionario è concluso)

16) DOVE SI SONO RICONTRATE DELLE COMPLICAZIONI?

(È possibile selezionare più di una risposta)

- | | |
|--|--|
| ☐ Ingresso nell'aeroporto | ☐ Zona ristoro/negozi |
| ☐ Porte scorrevoli | ☐ Bagno |
| ☐ Scale mobili | ☐ Trasferimento sull'aereo |
| ☐ Ascensori | ☐ Ingresso in aereo |
| ☐ Check-in/accettazione | ☐ Fase di decollo |
| ☐ Controllo documenti o biglietto | ☐ Durante il volo |
| ☐ Controlli di sicurezza | ☐ Durante la fase di atterraggio |
| ☐ Sala di attesa | ☐ Altro (<i>Specificare</i>): _____ |

17) A SUO PARERE, QUALI SONO STATE LE CASUE DI TALI COMPLICAZIONI?

(È possibile selezionare più di una risposta)

- | | |
|---|--|
| ☐ Ambiente nuovo | ☐ Freddo |
| ☐ Suoni/rumori (<i>Specificare</i>): _____ | ☐ Pressione nel decollo e/o atterraggio |
| ☐ Luci (<i>Specificare</i>): _____ | ☐ Malessere fisico |
| ☐ Attesa | ☐ Transizione tra un ambiente e l'altro |
| ☐ Cinture di sicurezza | ☐ (<i>Specificare</i>): _____ |
| ☐ Contatto fisico | ☐ Richieste (es. eseguire compiti, domande) |
| ☐ Separazione da oggetti/abiti | ☐ Altro (<i>Specificare</i>): _____ |
| ☐ (<i>Specificare</i>): _____ | |
| ☐ Caldo | |

18) QUALI SONO STATE LE REAZIONI?

☐ (a) Comportamenti auto-aggressivi
(Specificare): _____

☐ (b) Comportamenti etero-aggressivi
(Specificare): _____

☐ (c) Distruzione dell'ambiente
(Specificare): _____

☐ (d) Autostimolazione
(Specificare): _____

☐ (e) Agitazione motoria

☐ (f) Controlli di sicurezza

☐ (g) Ritiro (Si nasconde o si allontana)

☐ (h) Blocco motorio

☐ (i) Urla

☐ (j) Stereotipie verbali

☐ (k) Stereotipie comportamentali

☐ (l) Pianto

☐ (h) Altro (*Specificare*): _____