

Numero ID \_\_\_\_\_

## Questionario sui problemi comportamentali

Gentili signore e signori

Con questo questionario vorremmo verificare se il **vostro parente** presenta alcuni problemi comportamentali.

Se questo è il caso, indicate per favore il grado di gravità di tale problema. Sono disponibili le seguenti opzioni di risposta:

- Molto raramente (meno di una volta al mese) / Molto leggermente
- Raramente (circa una volta al mese, ma non settimanalmente) / Poco
- A volte (circa una volta al mese) / Medio
- Frequentemente (più volte alla settimana, ma non tutti i giorni) / Gravemente
- Molto spesso (almeno una volta al giorno) / Molto grave

Nelle opzioni di risposta, troverete informazioni sia sulla gravità che sulla frequenza del problema comportamentale. Scegliete la risposta che vi sembra la più adatta.

**Non omettere alcuna affermazione** e spuntare **una sola** opzione di risposta alla volta.

1	Lui o lei mostra un comportamento socialmente inappropriato, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequentemente / Gravemente	Molto spesso / Molto grave
1.1	Approcci inappropriati, come toccare gli sconosciuti o avvicinarsi fisicamente a loro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Toccare o baciare estranei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Aggressività verbale, ad esempio accusando, gridando, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Aggressività fisica, come colpire, spingere, graffiare, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Urinare in pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Comportamento criminale (come il furto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							

2	Avete notato in lui o in lei una perdita delle buone maniere o del decoro, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequente-mente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
2.1	Risate inappropriate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Imprecazioni o grida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Insulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Commenti scortesi o sessualmente allusivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Mancanza di decoro (ad esempio, non essere in gradi di fare la coda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Mancanza di rispetto per la privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Nessuna reazione appropriata ai segnali sociali (ad esempio, la persona continua a parlare anche se le viene fatto segno di fermarsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Mancanza di igiene personale (ad esempio, indossa abiti maleodoranti, sporchi, logori o inadeguati)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Comportamenti maleducati in pubblico, come scoreggiare, grattarsi le parti intime, frugare tra i denti, sputare o ruttare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							
.....							
.....							

3	Lui o lei mostra azioni impulsive, sconsiderate o noncuranti, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequente-mente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
3.1	Guida spericolata (in auto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Acquisto o vendita incauta di oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Divulgazione incauta di dati personali come il numero di carta di credito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							
.....							
.....							

4	Avete notato che a lui o lei manca la motivazione, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequentemente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
4.1	Mancanza di spontaneità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Riduzione o assenza di interesse per le attività che un tempo erano importanti per lui o per lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Necessità di suggerimenti per iniziare o svolgere la attività quotidiane (come lavarsi i denti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Conversazioni non vengono avviate o mantenute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							

5	Avete notato che è meno sensibile ai bisogni e ai sentimenti degli altri, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequentemente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
5.1	Indifferenza verso il dolore o la sofferenza altrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Commenti offensivi sul dolore o la sofferenza di altre persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							

6	Avete notato in lui o lei un ridotto interesse per i contatti e le relazioni sociali, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequente-mente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
6.1	Diminuzione dell'interesse per la compagnia con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Evitare il contatto visivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Diminuzione dell'impegno sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							

7	Avete notato una diminuzione del calore nelle sue interazioni interpersonali, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequente-mente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
7.1	Evitare il contatto fisico, come toccare o abbracciare il compagno/la compagna, amici e parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Distacco emotivo, cioè non reagire più emotivamente alle influenze esterne di natura positiva o negativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Freddezza emotiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							

8	Avete osservato che esegue ripetutamente gli stessi movimenti, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequentemente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
8.1	Sfregamento delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Picchettamento con le mani o con i piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Battere le mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Grattarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Dare strattoni alla pelle o ai vestiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Emettere ronzii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Schiarirsi la gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Sbattere le labbra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							
.....							
.....							

9	Avete notato in lui o lei comportamenti compulsivi o rituali, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequentemente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
9.1	Conteggio compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Rituali di pulizia compulsivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Collezionismo o accaparramento compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Controllo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Andare in bagno in modo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	Disposizione compulsiva degli oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	Camminare in modo compulsivo su determinate distanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	Ripetizione compulsiva di parole, frasi o racconti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							
.....							
.....							

10	Avete notato qualche cambiamento nelle sue preferenze alimentari, come ad esempio:	NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequentemente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
10.1	Aumento del desiderio di dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Limitazione del consumo di alcuni alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							

		NO	Molto raramente / Molto leggermente	Raramente / Poco	A volte / Medio	Frequentemente / Grave-mente	Molto spesso / Molto grave
11	Avete notato che lui o lei ha episodi di abbuffate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ha lui o lei iniziato o aumentato di recente il consumo di sigarette o di alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri esempi di comportamento / Eventuali commenti:							

13	Se avete notato nel vostro parente problemi comportamentali che non vi abbiamo chiesto, indicateli qui: