

**STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DI
NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA**
Responsabile: dottoressa Gabriella Vasile
Servizio Territoriale di Cuggiono
segreteria:02/9733330
npicuggiono@ao-legnano.it

SCHEDA INVIO/CONSULENZA

Le notizie raccolte in questo modulo sono **dati riservati ai sensi del GDPR 679/2016**
La compilazione deve essere comunicata alla famiglia del minore interessato, che sottoscriverà
consenso informato e provvederà a fare richiesta di consulenza al servizio NPI.

Scuola..... Tel.....

Via/Piazza..... Città.....

Classe..... Sezione..... N° alunni della classe.....

Risorse presenti nella classe (sostegno, potenziamento, educativa scolastica), specificare nomi

.....

Se sì per quale fragilità problematica.....

Nome e cognome insegnanti (specificare se di ruolo-supplente-incarico-altro)

.....

.....

Motivo della richiesta al Servizio di NPI

.....

.....

DATI DEL BAMBINO

Cognome e Nome dell'alunno

Luogo e data di nascita.....

Indirizzo.....Tel.....

Composizione nucleo familiare:

Madre

Padre

Fratelli

In Italia dal

Paese di avvio della scolarizzazione (dai 6 anni)

.....

Scuole frequentate in Italia

.....

.....

	Madre	Padre	Bambino/a
Paese d'origine			
Madrelingua			

Altre eventuali figure di riferimento del bambino o della famiglia che hanno relazioni con la scuola (educatori, volontari...)

.....

.....

Da quanto tempo l'insegnante segue la classe?

Da quanto tempo l'alunno è inserito nella classe?.....

.....

L'alunno è ripetente?.....Quale/i classe/i ha ripetuto?.....

Quanto tempo l'alunno rimane a scuola? (specificare se frequenta: il pre o post scuola – il tempo normale o pieno o prolungato – le attività integrative)

.....

Per l'alunno è già stata richiesta altra consulenza?.....

A chi?.....

Con quali motivazioni?.....

.....

Risorse/interventi già attivati in ambito scolastico a favore del bambino, nel tentativo di risolvere il problema

.....
.....

Risorse/interventi già attivati in ambito extrascolastico a favore del bambino, nel tentativo di risolvere il problema, di cui si è a conoscenza

.....
.....

MOTIVO DELL'INVIO

Motivi principali per i quali viene richiesta la consulenza.....

.....
.....
.....
.....
.....

Quali sono i punti di forza del bambino?

.....
.....
.....
.....

RAPPORTI SCUOLA/FAMIGLIA

Esistono rapporti regolari tra i familiari e gli insegnanti?

Di che tipo?.....

.....
.....

Con quale frequenza?.....

.....

PROFILO PSICO-PEDAGOGICO

AREA COMPORTAMENTALE

Cosa osservare	Segnali critici	note
Atteggiamento nell'affrontare i differenti compiti	<input type="checkbox"/> disagio <input type="checkbox"/> inadeguatezza <input type="checkbox"/> troppa sicurezza	
Variabilità nei tempi di esecuzione	<input type="checkbox"/> tempi brevi <input type="checkbox"/> tempi lunghi	
La gestione del materiale scolastico	<input type="checkbox"/> smarrimento regolare del materiale <input type="checkbox"/> attaccamento al materiale	
La partecipazione in classe	<input type="checkbox"/> partecipazione prevalente sugli altri <input type="checkbox"/> partecipazione assente <input type="checkbox"/> isolamento <input type="checkbox"/> rispetto delle regole <input type="checkbox"/> non c'è richiesta di aiuto <input type="checkbox"/>	

AREA EMOTIVO-AFFETTIVA

Cosa osservare	Segnali critici	note
Comportamenti sostenuti da dinamiche psicologiche e dalle relazioni interpersonali connesse all'apprendimento	<input type="checkbox"/> atteggiamento oppositivo <input type="checkbox"/> vulnerabilità rispetto alle emozioni <input type="checkbox"/> piange <input type="checkbox"/> collaborazione coi compagni <input type="checkbox"/> incapacità a gestire gli insuccessi o le sconfitte <input type="checkbox"/> risultati scolastici altalenanti <input type="checkbox"/> necessità di incoraggiamenti <input type="checkbox"/> adeguamento alle situazioni nuove	

ATTENZIONE E MEMORIA

Cosa osservare	Segnali critici	note
Capacità di mantenere la concentrazione	<input type="checkbox"/> eccessiva stanchezza <input type="checkbox"/> svolgimento di un'attività per un tempo sufficiente <input type="checkbox"/> perdita di concentrazione	
Capacità di memorizzare informazioni in sequenza	<input type="checkbox"/> memoria a breve termine <input type="checkbox"/> memoria a medio termine <input type="checkbox"/>	
Capacità di pianificare ed organizzare i compiti	<input type="checkbox"/> pianificare un'attività <input type="checkbox"/> ritmi variabili	

LINGUAGGIO

Cosa osservare	Segnali critici	note
Abilità fonologiche e metafonologiche	<input type="checkbox"/> pronuncia dei suoni (indicare quali) <input type="checkbox"/> discriminazione di somiglianze e diversità fra suoni <input type="checkbox"/> comprensione del significato di parole <input type="checkbox"/> comprensione del significato di frasi <input type="checkbox"/> comprensione di spiegazioni complesse <input type="checkbox"/> comprensione di parole astratte <input type="checkbox"/> comprensione di istruzioni date a voce	
Capacità narrative ed espressive	<input type="checkbox"/> racconto coerente e logico di un vissuto <input type="checkbox"/> vocabolario adeguato all'età <input type="checkbox"/> espressione corretta dal punto di vista morfosintattico (sing/plur- concordanza articolo, verbo, ...) <input type="checkbox"/> linguaggio non verbale (gesti, mimica, movimenti del corpo)	
Il lessico attivo e quello passivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Il linguaggio formale e quello informale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

LETTURA

Cosa osservare	Segnali critici	note
L'abilità di decodifica (correttezza e velocità)	<input type="checkbox"/> lenta <input type="checkbox"/> scorretta <input type="checkbox"/> lettere che vengono sostituite (indicare quali) <input type="checkbox"/> espressività <input type="checkbox"/> rifiuto di leggere ad alta voce	
L'abilità di comprensione	<input type="checkbox"/> lettura svolta da lui/lei <input type="checkbox"/> lettura svolta da altri	
La differenza di abilità di lettura tra parole, non parole e brano	<input type="checkbox"/>	

SCRITTURA

Cosa osservare	Segnali critici	note
La capacità grafica e ortografica	<input type="checkbox"/> grafia poco leggibile <input type="checkbox"/> pressione grafica <input type="checkbox"/> fatica nello scrivere <input type="checkbox"/> orientamento spaziale nel foglio <input type="checkbox"/> copiare dalla lavagna <input type="checkbox"/> omissioni <input type="checkbox"/> aggiunte <input type="checkbox"/> inversioni <input type="checkbox"/> fusioni <input type="checkbox"/> divisioni <input type="checkbox"/> uso della punteggiatura	

CALCOLO

Cosa osservare	Segnali critici	note
Le abilità numeriche, di conteggio, di recupero dei fatti aritmetici e delle procedure	<input type="checkbox"/> contare in senso progressivo <input type="checkbox"/> contare a ritroso <input type="checkbox"/> “muoversi” sulla linea numerica mentale <input type="checkbox"/> utilizzare le dita per il conteggio <input type="checkbox"/> recuperare le procedure <input type="checkbox"/> calcolo in colonna <input type="checkbox"/> risoluzione di situazioni problematiche	

AREA VISUO-PERCETTIVA

Cosa osservare	Segnali critici	note
Le abilità connesse all'organizzazione dello spazio e del tempo	<input type="checkbox"/> percezione del tempo <input type="checkbox"/> progressione cronologica <input type="checkbox"/> percezione dello spazio e utilizzo non corretto <input type="checkbox"/> riferimenti topologici (DX-SX, sopra-sotto, ...) <input type="checkbox"/> apprendimento delle sequenze <input type="checkbox"/> apprendimento delle informazioni cronologiche	
Le abilità visuo-motorie	<input type="checkbox"/> coordinazione oculo_manuale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

MOTRICITÀ E PRASSIE

Cosa osservare	Segnali critici	note
Le capacità di pianificazione, elaborazione ed esecuzione di un movimento	<input type="checkbox"/> coordinazione motoria generale (camminata, corsa, scale, ...) <input type="checkbox"/> equilibrio	
Le abilità fino e grosso-motorie	<input type="checkbox"/> impugnatura della matita <input type="checkbox"/> ritaglio <input type="checkbox"/> coloritura <input type="checkbox"/> copiatura di segni spazialmente orientati <input type="checkbox"/> utilizzo dello spazio foglio	

FIRMA INSEGNANTI

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Firma del referente psicopedagogico della scuola

.....

FIRMA DEL REFERENTE DELL'AREA INCLUSIONE D'ISTITUTO (se presente)

.....

Data

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI ALLA CONSULENZA

Padre

Madre

Data