

**The CoRonaviruS Health Impact Survey (CRISIS) - Adapted for Autism and Related  
Neurodevelopmental conditions (AFAR)- V0.5.1  
Parent/Caregiver Baseline Form (3-21 years)**

**Licenza Attribuita:** CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

**Team che ha sviluppato l'intervista principale CRISIS:**

I questionari CRISIS sono stati sviluppati attraverso un lavoro di collaborazione tra i ricercatori del gruppo di Kathleen Merikangas e Argyris Stringaris del *National Institute of Mental Health Intramural Research Program Mood Spectrum Collaboration*, e quelli di Michael P. Milham del *Child Mind Institute* e del *NYS Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research*.

*Collaboratori e consulenti:* Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiades, Dan Klein, Giovanni Salum

*Coordinatori:* Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Ken Towbin

*Supporto tecnico ed editoriale:* Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O' Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

**Team che ha sviluppato l'intervista CRISIS AFAR:**

L'adattamento ha lo scopo di valutare le esigenze specifiche e i cambiamenti correlati all'emergenza Coronavirus/COVID-19 in bambini ed adolescenti (3- 21 anni) con autismo e disturbi del neurosviluppo correlati. Brevemente, la struttura generale del questionario principale CRISIS è stata mantenuta, e sono stati aggiunti delle domande che si focalizzano su servizi, comportamenti adattivi e sintomi associati di importanza rilevante per i Disturbi dello Spettro Autistico e altre condizioni del neurosviluppo correlate. Alcune domande sono state rimosse perché non specifiche, ed altre sono state riformulate per un miglior adattamento (un riepilogo dettagliato è disponibile su richiesta a [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org)).

*Ideatori:* Adriana Di Martino, Louise Gallagher, Stelios Georgiades, Panagiota (Neny) Pervanidou, Audrey Thurm, Bethany Vibert. *Additional Content:* la sezione intitolata Scuola e Servizi si basa per la maggior parte su domande selezionate dal questionario "CARING through COVID" sviluppato da Shafali Jeste e dai suoi colleghi e leggermente riadattato.

*Consulenti:* So Hyun (Sophy) Kim, Meng-Chuan Lai

*Supporto tecnico ed editoriale:* Evdokia Anagnostou, Lindsay Alexander, Jacob Stroud, Irene Droney

Il gruppo CRISIS promuove la comunicazione e la notifica avanzata di qualsiasi supporto o resoconto scientifico o pubblicazione di dati che sono stati raccolti con l'intervista principale CRISIS e con il presente adattamento ([merikank@mail.nih.gov](mailto:merikank@mail.nih.gov) and [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org), rispettivamente) sebbene non sia espressamente richiesto. Promuoviamo inoltre la condivisione volontaria di dati al fine di effettuare studi psicometrici che saranno condotti da Dr. Stringaris ([argyris.stringaris@nih.gov](mailto:argyris.stringaris@nih.gov)). Si può contattare [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org) per contribuire data anonimi di CRISIS AFAR.

*Per la versione italiana, rivolgersi a :*

**Prof. Alessandro Zuddas/Dott.ssa Jessica Boi**

S. C. Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Pediatrico Microcitemico "A.Cao" dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari; tel: 070 5296 3512-3509-3442 – email: [azuddas.unica@gmail.com](mailto:azuddas.unica@gmail.com)/[jessicaboi@gmail.com](mailto:jessicaboi@gmail.com).

Numero Identificativo:

Nazione:

Stato/Regione:

La sua età (anni):

Età di suo figlio (anni):

## BACKGROUND:

***Per prima cosa, prima di iniziare con le domande principali, vorremmo raccogliere alcune informazioni generiche su suo/a figliola e la sua famiglia.***

**1. Qual è la sua parentela rispetto al/la bambino/a?**

- a. Madre
- b. Padre
- c. Nonno
- d. Zia/Zio
- e. Genitore adottivo
- f. Altro: Specificare \_\_\_\_\_

**2. Per favore, specifichi il sesso di suo/a figlio/a alla nascita:**

- a. Maschio
- b. Femmina
- c. Altro \_\_\_\_\_

**3. Per favore, specifichi il genere di suo/a figlio/a:**

- a. Ragazzo/Uomo
- b. Ragazza/Donna
- c. Ragazzo Trans / Uomo Trans
- d. Ragazza Trans / Donna Trans
- e. Non binario
- f. Identità non elencata (per favore, specifichi: \_\_\_\_\_)

**4. Pensando a ciò che conosce rispetto alla storia familiare di suo/a figlio/a, quale delle seguenti frasi descrive meglio le regioni geografiche da cui provengono gli antenati del/la bambino/a (es. bis-bis-bisnonni)? Può selezionare più opzioni se necessario.**

- a. Inghilterra, Irlanda, Scozia o Galles
- b. Australia – non discendenti degli Aborigeni o degli abitanti delle isole Torres
- c. Australia – discendenti degli Aborigeni o degli abitanti delle isole Torres
- d. Nuova Zelanda – non discendenti Maori
- e. Nuova Zelanda – discendenti Maori
- f. Nord Europa, comprende Svezia, Norvegia, Finlandia e paesi circostanti
- g. Europa Occidentale, comprende Francia, Germania, Paesi bassi e paesi circostanti.
- h. Europa Orientale, comprende Russia, Polonia Ungheria e paesi circostanti.
- i. Europa Meridionale, comprende Italia, Grecia, Spagna, Portogallo e paesi circostanti.
- j. Medio Oriente, comprende Libano, Turchia e paesi circostanti.

- k. Asia Orientale, comprende Cina, Giappone, Corea del Sud, Corea del Nord, Taiwan e Hong Kong
- l. Sud Est Asiatico, comprende Tailandia, Malesia, Indonesia, Singapore e paesi circostanti.
- m. Asia del Sud, comprende India, Pakistan, Sri Lanka e paesi circostanti.
- n. Polynesia, Micronesia or Melanesia, comprende Tonga, Fiji, Papua Nuova Guinea e paesi circostanti.
- o. Africa
- p. Nord America – non discendenti delle Prime Nazioni, dei Nativi Americani, di Inuit o Métis
- q. Nord America - discendenti delle Prime Nazioni, dei Nativi Americani, di Inuit o Métis
- r. America Centrale o Sud America
- s. Non so
- t. Altro

**5. Suo/a figlio/a ha origine Spagnola o Latina – Messicana, Messicano-Americana, Chicano, Porto Ricano, Cubano, Americano del Centro o del Sud o di altra origine o cultura Spagnola? [Domanda non attiva]**

- a. Sì
- b. No

**6. Suo/a figlio/a è iscritto a scuola/università per l'anno accademico in corso?**

- a. Non è iscritto in una scuola
- b. Asilo/Scuola dell'Infanzia
- c. Scuola Primaria
- d. Scuola Media Inferiore
- e. Scuola Media Superiore
- f. Laurea Triennale/Corso Professionalizzante dopo il diploma
- g. Laurea magistrale/

**7. Quale delle seguenti descrive meglio l'ambiente in cui vive suo/a figlio/a?**

- a. Grande città
- b. Periferia/Sobborgo di una grande città
- c. Piccola città
- d. Paese o villaggio
- e. Area rurale

**8. Quale è il titolo di studio che LEI ha conseguito?**

- a. Scuola Elementare/Media Inferiore
- b. Scuola Media Superiore non completata
- c. Diploma Scuola Media Superiore
- d. Università: laurea triennale non completata
- e. Laurea triennale
- f. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea non completata.
- g. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea o Master/Dottorato

**9. Quale è il titolo di studio che ha conseguito il secondo genitore/tutore di suo/figlio/a?**

- a. Scuola Elementare/Media Inferiore
- b. Scuola Media Superiore non completata
- c. Diploma Scuola Media Superiore
- d. Università: laurea triennale non completata
- e. Laurea triennale
- f. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea non completata.
- g. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea o Master/Dottorato
- h. Non secondo genitore

**10. Quale delle seguenti si riferisce al contesto educativo di suo figlio/a PRIMA dell'emergenza dovuta al Coronavirus (COVID-19) nella sua zona:**

- a. Mio figlio/a frequentava una scuola con programma curricolare, anche con servizi di supporto (es. insegnante di sostegno, stanza con degli ausili, attività modificate).
- b. Mio figlio/a frequentava una scuola con programma scolastico "personalizzato" (Es. classe con sussidi educativi specifici) all'interno di una scuola pubblica.
- c. Mio figlio/a frequentava una scuola privata o comunque non pubblica, con programma didattico personalizzato.
- d. Mio figlio/a frequentava un centro educativo basato su un programma specifico (Es., centro ABA).
- e. Mio figlio/a frequentava un programma didattico domiciliare (Es., educazione scolastica parentale, programma ABA domiciliare).
- f. Mio figlio/a era inserito in una struttura residenziale e non viveva a casa.
- g. Mio figlio/a frequentava un contesto scolastico senza seguire un programma didattico individualizzato.

**11. Quante persone vivono attualmente nella casa dove vive suo figlio/a (escludendo tuo figlio/a)? \_\_\_\_**

**12. Specifichi per favore la/e loro parentela/e con suo figlio/a (indichi tutti quelli necessari):**

- a. Un genitore
- b. Due genitori
- c. Nonni
- d. Fratelli
- e. Altri bambini
- f. Altri parenti
- g. Estranei

**13. Ci sono adulti in casa che svolgono LAVORI INDISPENSABILI (Es., operatori sanitari, addetti alle consegne, negozianti, addetti alla sicurezza, addetti alla manutenzione di un edificio)? (Sì/No)**

- a. Se sì,
  - Tornano a casa ogni giorno?
    - Sì
    - No, siamo separati a causa del COVID-19
    - No, siamo separate per altri motivi

- Sono PRIMO SOCCORRITORE, OPERATORE SANITARIO o ALTRO LAVORATORE in una struttura che tratta COVID-19? (Sì/No)

14. Quante stanze (in totale) ci sono nella casa dove vive suo figlio/a? \_\_\_\_

15. Suo figlio/a è coperto da assicurazione sanitaria? *[Domanda non attiva]*

- a. Sì, pubblica (SSN)
- b. Sì, anche altra private

16. Nei 3 mesi precedenti l'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella tua zona, la sua famiglia ha ricevuto aiuti economici da programmi assistenziali statali (Es. Legge 104/92), regionali, o dai servizi sociali comunali, aiuti alle famiglie con figli a carico, aiuti generici, assistenza temporanea per famiglie in difficoltà?

- a. Sì
- b. No

17. Quanto è alto suo/ figlio/a? \_\_\_\_ centimetri (cm)

18. Quanto pesa suo/ figlio/a? \_\_\_\_ chilogrammi (kg)

19. Come definirebbe la salute fisica globale di suo/ figlio/a?

- a. Eccellente
- b. Molto Buona
- c. Buona
- d. Discreta
- e. Scadente

20. Le è stato mai detto da un operatore sanitario o da un educatore professionale che suo/a figlio/a risulta affetto da una delle seguenti patologie (indichi tutte quelle applicabili)?

- a. Allergie stagionali
- b. Asma o patologie polmonari
- c. Patologie cardiache
- d. Problemi Renali
- e. Patologie immunomediate
- f. Diabete o iperglicemia
- g. Tumori
- h. Artrite
- i. Cefalea frequente o di grado severo
- j. Epilessia o crisi epilettiche
- k. Patologie severe dello stomaco o dell'intestino
- l. Patologie della pelle o grave acne
- m. Disturbi della vista
- n. Disturbi dell'udito
- o. Disturbo Ossessivo Compulsivo
- p. Problematiche emotive o patologie psichiatriche come Depressione o Ansia
- q. Problemi correlati ad alcool o uso di sostanze
- r. Disabilità Intellettiva
- s. Disturbo dello Spettro Autistico
- t. Disturbo del Linguaggio

- u. Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
- v. Altri problemi che richiedano servizi educativi specifici
- w. Altri disturbi del neurosviluppo
- x. Ritardo del neurosviluppo
- y. Condizioni genetiche note
- z. Nessuno delle precedenti

20a. Se ha indicato una tra r e y, per favore specifichi \_\_\_\_\_

**20b. [Se ha indicato una tra o più delle opzioni tra r e x allora risponda alla seguente]:  
Quale è il livello di linguaggio che suo/a figlio/a utilizzava spontaneamente quotidianamente per almeno 1 mese prima dell'emergenza COVID19-nella tua zona geografica?**

- a. Nessuna parola/non parla
- b. Utilizza singole parole di significato compiuto (per esempio, per fare richieste)
- c. Mette insieme tre parole all'interno di brevi frasi
- d. Utilizza frasi lunghe autonomamente ed è in grado di raccontare qualcosa che è accaduto .

## STATO DI SALUTE/ESPOSIZIONE AL CORONAVIRUS/COVID-19

Nelle **ULTIME DUE SETTIMANE**:

**21.... suo/a figlio/a ha avuto contatti con qualcuno che potrebbe avere avuto Coronavirus/COVID-19? (indicare tutte le risposte possibili)**

- a. Sì, qualcuno risultato positivo al test diagnostico
- b. Sì, qualcuno con la diagnosi medica, ma che non ha effettuato test diagnostico
- c. Sì, qualcuno con sintomi probabili, ma che non ha ricevuto una diagnosi medica
- d. No, che io sappia

**22.... a suo/a figlio/a è stata sospettata l'infezione da Coronavirus/COVID-19**

- a. Sì, è risultato positivo al test diagnostico
- b. Sì, ha ricevuto la diagnosi medica, ma non ha effettuato test diagnostico
- c. Sì, ha avuto alcuni sintomi probabili, ma non ha ricevuto una diagnosi medica
- d. Nessun segno o sintomo

**23.... suo/a figlio/a ha qualcuno dei seguenti segni/sintomi ? (indicare tutte le risposte possibili)**

- a. Febbre
- b. Tosse
- c. Respiro corto
- d. Mal di gola
- e. Affaticamento
- f. Perdita del gusto o dell'olfatto
- g. Infezione oculare
- h. Altro \_\_\_\_

- i. Nessuno delle precedenti

**24.... qualcuno della famiglia di suo/a figlio/a ha ricevuto la diagnosi di Coronavirus/COVID-19? (indicare tutte le risposte possibili)**

- a. Sì, persone che abitano in casa
- b. Sì, persone che non abitano in casa
- c. No

**25.... ai membri della tua famiglia è capitata una delle seguenti situazioni a causa della pandemia Coronavirus/COVID-19? (indicare tutte le risposte possibili)**

- a. Si è ammalato
- b. E' stato ospedalizzato
- c. Autoisolamento con sintomi
- d. Autoisolamento senza sintomi (es. a causa di un possibile contatto)
- e. Ha perso il lavoro o è stato licenziato
- f. Ha ridotto la possibilità di guadagnare
- g. E' deceduto
- h. Nessuna delle precedenti

**Nelle ULTIME DUE SETTIMANE, quanto è stato preoccupato suo/a figlio/a:**

**26..... di essere contagiato?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente

**27.... che amici o familiari possano essere stati contagiati?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente

**28.... che la sua *Salute Fisica* fosse influenzata dal Coronavirus/COVID-19?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente

**29.... che la sua *Salute Mentale/Emotiva* venisse influenzata dal Coronavirus/COVID-19?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente

**30.Quanto suo/a figlio/a sta parlando, chiedendo, leggendo o guardando contenuti sul Coronavirus/COVID-19?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Per la maggior parte del tempo
- f. Non valutabile a causa delle limitate abilità comunicative di mio/a figlio/a

**31. L'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella tua zona ha portato a qualche cambiamento positivo nella vita di suo/a figlio/a?**

- a. Nessuno
- b. Pochi
- c. Alcuni
- Se ha risposto b or c alla domanda 31, per favore specifichi: \_\_\_\_\_

### **CAMBIAMENTI NELLO STILE DI VITA DOVUTI ALL' EMERGENZA CORONAVIRUS/COVID-19 CRISIS NELLE ULTIME DUE SETTIMANE:**

Nelle **ULTIME DUE SETTIMANE:**

**32.... quanto tempo ha trascorso suo/a figlio/a fuori casa (es. Per andare nei negozi, nei parchi, ecc.)?**

- a. Per niente
- b. 1-2 volte alla settimana
- c. Pochi giorni alla settimana
- d. Molti giorni alla settimana
- e. Ogni giorno

**33.... quanto sono state stressanti le restrizioni sul non poter uscire di casa per suo/a figlio/a?**

- a. Per niente/ Nessun cambiamento
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente

**34. ...quanto è stato difficile per suo/a figlio/a dover cancellare eventi importanti della sua vita (come feste di compleanno, diploma/laurea, balli/concerti, vacanze, ecc.)?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente

**35.... fino a che punto i cambiamenti relativi all'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona hanno determinato problemi finanziari per la sua famiglia?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente



- d. Abbastanza
- e. Estremamente

**36.... qual è il grado di preoccupazione di suo/a figlio/a relativamente alla stabilità della vostra condizione di vita?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente
- f. Sconosciuto a causa della comunicazione limitata di mio figlio

**37.... qual è il grado di preoccupazione di suo/a figlio/a relativamente alla possibilità di rimanere senza cibo a causa della mancanza di soldi?**

- a. Per niente
- b. Solo un po'
- c. Moderatamente
- d. Abbastanza
- e. Estremamente
- f. Sconosciuto a causa della comunicazione limitata di mio figlio

**38.... quanto è fiducioso/a suo/a figlio/a che l'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona finisca presto?**

- a. Solo un po'
- b. Moderatamente
- c. Abbastanza
- d. Estremamente
- e. Sconosciuto a causa della comunicazione limitata di mio figlio

**Grazie per aver completato le domande di cui sopra.**

**Al fine di valutare meglio l'impatto dell'emergenza COVID-19 su suo/a figlio/a, vorremmo dapprima porre delle domande riguardo i comportamenti quotidiani e il ritmo sonno-veglia di suo/a figlio/a NEI TRE MESI PRECEDENTI l'inizio dell'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona, e in seguito riguardo alle ultime DUE SETTIMANE.**

### **COMPORTAMENTI QUOTIDIANI (NEI TRE MESI PRECEDENTI L'EMERGENZA)**

**NEI TRE MESI PRECEDENTI l'inizio dell'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona quanto suo/a figlio/a in modo indipendente...**

**39.... giocava e/o si intratteneva in modo appropriato per almeno 20 minuti?**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo per passo)
- d. Per niente

**40.... organizzava/iniziava le sue attività quotidiane (ad esempio, compiti in classe/compiti a casa/faccende domestiche, seguire un programma generale delle attività da svolgere)?**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo per passo)
- d. Per niente

**41.... svolgeva le attività quotidiane di cura personale (ad es. vestirsi/cambiarsi in modo indipendente, lavarsi i denti, farsi il bagno/la doccia tutti i giorni) e/o quelle iniziali della giornata?**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo per passo)
- d. Per niente

**42.... gestiva le esigenze relative ai pasti e al cibo (ad esempio, preparare, organizzare e ripulire)?**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo per passo)
- d. Per niente

**NEI TRE MESI PRECEDENTI l'inizio dell'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona**

**43.... in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire nei giorni feriali?**

- a. Prima delle 20.00
- b. Tra le 20.00 e le 22.00
- c. Tra le 22 e le 24.00
- d. Dopo le 24.00

**44.... in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire nel fine settimana?**

- a. Prima delle 20.00
- b. Tra le 20.00 e le 22.00
- c. Tra le 22 e le 24.00
- d. Dopo le 24.00

**45.... in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito nei giorni feriali?**

- a. <6 ore
- b. 6-8 ore
- c. 8-10 ore
- d. >10 ore

**46.... in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito nel fine settimana?**

- a. <6 ore
- b. 6-8 ore
- c. 8-10 ore
- d. >10 ore

**47.... in media, suo/a figlio/a ha avuto difficoltà ad addormentarsi (ad es. entro 20 minuti) dopo essere andato a letto?**

- a. Mai
- b. Raramente (meno di una volta alla settimana)
- c. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
- d. Spesso (tre o più volte a settimana, ma non quotidianamente)
- e. Regolarmente (quotidianamente)

**48.... in media, suo/a figlio/a, dopo essersi addormentato/a, si è svegliato/a ed è rimasto/a sveglio/a durante la notte?**

- a. Mai
- b. Raramente (meno di una volta alla settimana)
- c. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
- d. Spesso (tre o più volte alla settimana, ma non quotidianamente)
- e. Regolarmente (quotidianamente)

**49.... quanti giorni alla settimana suo/a figlio/a ha praticato attività fisica (ad es. con aumento della frequenza cardiaca, aumento della frequenza respiratoria) per almeno 30 minuti?**

- a. Nessuno
- b. 1-2 giorni
- c. 3-4 giorni
- d. 5-6 giorni
- e. Tutti i giorni

**50.... quanti giorni alla settimana suo/a figlio/a ha trascorso del tempo all'aria aperta?**

- a. Nessuno
- b. 1-2 giorni
- c. 3-4 giorni
- d. 5-6 giorni
- e. Tutti i giorni

### **COMPORTAMENTI E INTERESSI (NEI TRE MESI PRECEDENTI L'EMERGENZA COVID19)**

**NEI TRE MESI PRECEDENTI l'inizio dell'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona, quanto frequentemente suo/a figlio/a...**

**51.... ha presentato movimenti ripetitivi, manierismi e/o stereotipie motorie (ad es. movimenti stereotipati di tutto il corpo o semplicemente movimenti delle mani e delle dita)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**52.... ha presentato comportamenti di stimolazione sensoriale (ad esempio, guardare gli oggetti da particolari angolazioni, toccare o annusare oggetti per un tempo prolungato)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**53.... ha messo in atto altri rituali o routine?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**54.... si è adattato/a facilmente a cambiamenti della routine quotidiana (ad es. cambiamenti di orari, luoghi, ordine o l'occorrenza di attività quotidiane regolarmente programmate come appuntamenti, orari dei pasti, o l'aggiunta di eventi/attività impreviste)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**55.... ha richiesto ai familiari e alle altre persone con cui suo/a figlio/a interagisce di aderire a routine, rituali, abitudini specifiche, incluso fare le cose in un determinato modo, fare cose che richiedono un'indicazione specifica o un cambiamento nel comportamento familiare (ad esempio, impiega più tempo per completare i compiti, cambia il programma per andare incontro al bambino/a)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**56....ha messo in atto attività legate ad un interesse ristretto (ad esempio giocare solo con un determinato giocattolo/tema, parlare solo di quel giocattolo/tema, guardare contenuti legati solo a quel giocattolo/tema)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**NEI TRE MESI PRECEDENTI l'inizio dell'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona...**

**57. ... quale di questi è stato un problema significativo nel comportamento di suo/a figlio/a (che non era già controllato da un trattamento)? SALTARE SE ETA' E' INFERIORE AI 5 ANNI**

**Indichi tutte le opzioni applicabili:**

- a. Iperattività
- b. Difficoltà a rimanere concentrato
- c. Arrabbiarsi o perdere la calma facilmente
- d. Aggressività verbale
- e. Eteroaggressività fisica verso oggetti o persone
- f. Si è fatto male volontariamente (autoaggressività)
- g. Essere disobbediente e litigare spesso
- h. Piangere facilmente
- i. Essere eccessivamente preoccupato/a per le situazioni sociali (ad es. andare a scuola, partecipare a feste di compleanno, parlare in pubblico)
- j. Essere eccessivamente preoccupato/a di separarsi dal genitore/caregiver
- k. Sembrare eccessivamente ansioso
- l. Nessuno dei precedenti

**57a.** *[Per ogni comportamento segnato nella domanda 57, chiedere]:*  
**Quanto è stato un problema per lei?**

- a. Leggermente
- b. Moderatamente
- c. Molto
- d. Tanto

### **USO DEI MEDIA (NEI TRE MESI PRECEDENTI L'EMERGENZA)**

**NEI TRE MESI PRECEDENTI l'inizio dell'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona, quanto tempo al giorno trascorreva suo/a figlio/a:**

**58. ... guardando la TV o i media digitali (ad es. Netflix, YouTube, navigare sul Web)?**

- a. Nessun utilizzo di TV o media digitali
- b. Meno di 1 ora
- c. 1-3 ore
- d. 4-6 ore
- e. Più di 6 ore

**59.... utilizzando i social network (ad es. FaceTime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)? SALTARE SE ETA' E' INFERIORE AI 5 ANNI**

- a. Nessun utilizzo dei social network
- b. Meno di 1 ora
- c. 1-3 ore
- d. 4-6 ore
- e. Più di 6 ore

**60. ... giocando ai video games?**

- a. Nessun utilizzo dei video games
- b. Meno di 1 ora
- c. 1-3 ore
- d. 4-6 ore
- e. Più di 6 ore

**NEI TRE MESI PRECEDENTI l'inizio dell'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona, quanto frequentemente suo/a figlio/a...**

**61. ... ha interagito online/ tramite messaggi/ e-mail / telefonate / videochat con i coetanei al di fuori della famiglia (ad eccezione dei videogiochi)? SALTARE SE ETA' E' INFERIORE AI 5 ANNI**

- a. Per niente
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente
- f. Non applicabile (ad esempio, nessuna opportunità)

**62. ... ha interagito online/ tramite messaggi/ tramite mail/ telefonate/ videochiamate con adulti al di fuori dell'ambito domestico, come con i parenti (esclusi i terapeuti o gli insegnanti)? SALTARE SE ETA' E' INFERIORE AI 5 ANNI**

- a. Per niente
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente
- f. Non applicabile (ad esempio, nessuna opportunità)

**Grazie per aver completato le domande di cui sopra.**

**Ora vorremmo porre delle domande riguardo i comportamenti quotidiani e il ritmo sonno-veglia di suo/a figlio/a nelle ULTIME DUE SETTIMANE.**

**COMPORTEMENTI QUOTIDIANI (ULTIME DUE SETTIMANE)**

**Nelle ULTIME DUE SETTIMANE quanto, suo/a figlio/a, in modo indipendente...**

**63. ... ha giocato e/o si è intrattenuto in modo appropriato per almeno 20 minuti?**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo-passo)
- d. Per niente

**64. ... ha organizzato/ha iniziato le sue attività quotidiane (ad esempio, compiti in classe/compiti a casa/faccende domestiche, seguire un programma generale delle attività da svolgere)?**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)

- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo-passo)
- d. Per niente

**65. ... ha svolto le attività quotidiane di cura personale (ad es. vestirsi/cambiarsi in modo indipendente, lavarsi i denti, farsi il bagno/la doccia tutti i giorni) e/o quelle iniziali della giornata??**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo-passo)
- d. Per niente

**66. ... ha gestito le esigenze relative ai pasti e al cibo (ad esempio, preparare, organizzare e ripulire)?**

- a. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
- b. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
- c. Con stretta supervisione (necessità di istruzioni passo-passo)
- d. Per niente

#### **NELLE ULTIME DUE SETTIMANE**

**67. ... in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire durante i giorni feriali?**

- a. Prima delle 20.00
- b. Tra le 20.00 e le 22.00
- c. Tra le 22 e le 24.00
- d. Dopo le 24.00

**68. ... in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire durante il fine settimana?**

- a. Prima delle 20.00
- b. Tra le 20.00 e le 22.00
- c. Tra le 22 e le 24.00
- d. Dopo le 24.00

**69. ... in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito durante i giorni feriali?**

- a. <6 ore
- b. 6-8 ore
- c. 8-10 ore
- d. >10 ore

**70. ... in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito durante il fine settimana?**

- a. <6 ore
- b. 6-8 ore
- c. 8-10 ore
- d. >10 ore

**71. ... in media, suo/a figlio/a ha avuto difficoltà ad addormentarsi (ad es. entro 20 minuti) dopo essere andato a letto?**

- a. Mai

- b. Raramente (meno di una volta alla settimana)
- c. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
- d. Spesso (tre o più volte alla settimana, ma non quotidianamente)
- e. Regolarmente (quotidianamente)

**72.... in media, suo/a figlio/a, dopo essersi addormentato/a, si è svegliato/a ed è rimasto/a sveglio/a durante la notte?**

- a. Mai
- b. Raramente (meno di una volta alla settimana)
- c. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
- d. Spesso (tre o più volte alla settimana, ma non quotidianamente)
- e. Regolarmente (quotidianamente)

**73.... quanti giorni alla settimana suo/a figlio/a ha praticato attività fisica (ad es. con aumento della frequenza cardiaca, aumento della frequenza respiratoria) per almeno 30 minuti?**

- a. Nessuno
- b. 1-2 giorni
- c. 3-4 giorni
- d. 5-6 giorni
- e. Tutti i giorni

**74.... quanti giorni alla settimana suo/a figlio/a ha trascorso del tempo all'aria aperta?**

- a. Nessuni
- b. 1-2 giorni
- c. 3-4 giorni
- d. 5-6 giorni
- e. Tutti i giorni

## **COMPORTAMENTI E INTERESSI (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)**

**Nelle ULTIME DUE SETTIMANE quanto frequentemente suo/a figlio/a...**

**75.... ha presentato movimenti ripetitivi, manierismi e/o stereotipie motorie (ad es. movimenti stereotipati di tutto il corpo o semplicemente movimenti delle mani e delle dita)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**76.... ha presentato comportamenti di stimolazione sensoriale (ad esempio, guardare gli oggetti da particolari angolazioni, toccare o annusare oggetti per un tempo prolungato)?**

- a. Mai



- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**77. ... ha messo in atto altri rituali o routine?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**78. ... si è adattato/a facilmente ai cambiamenti della routine quotidiana (ad es. cambiamenti di orari, luoghi, ordine o di attività quotidiane regolarmente programmate o tipiche come appuntamenti, orari dei pasti o l'aggiunta di eventi/attività impreviste)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**79. ... ha richiesto ai familiari e alle altre persone con cui suo/a figlio/a interagisce di rispettare routine, rituali, abitudini specifiche, incluso fare le cose in un determinato modo, e che richiedono un'indicazione specifica o un cambiamento nel comportamento familiare (ad esempio, impiega più tempo per completare i compiti, cambiare il programma per andare incontro al bambino/a)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

**80. ... ha messo in atto un'attività legata ad un interesse ristretto (ad esempio giocare solo con quel determinato giocattolo/tema, parlare solo di quel giocattolo/tema, guardare contenuti legati solo a quel giocattolo/tema)?**

- a. Mai
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente

## **NELLE ULTIME DUE SETTIMANE**

**81. ... quale di questi è stato un problema significativo nel comportamento di suo/a figlio/a (che non era già controllato dal trattamento)?**

**Indichi tutte le opzioni applicabili:**

- a. Iperattività
- b. Difficoltà a rimanere concentrato
- c. Arrabbiarsi o perdere la calma facilmente
- d. Aggressività verbale
- e. Eteroaggressività fisica verso oggetti o persone
- f. Autoaggressività
- g. Essere disobbediente e litigare spesso
- h. Piangere facilmente
- i. Essere eccessivamente preoccupato/a per le situazioni sociali (ad es. andare a scuola, partecipare a feste di compleanno, parlare in pubblico)
- j. Essere eccessivamente preoccupato/a di separarsi dal genitore/caregiver
- k. Sembrare eccessivamente ansioso
- l. Nessuno dei precedenti

**81a.** *Per ogni comportamento segnato nella domanda 62, chiedere]:*

**Quanto è stato un problema per lei?**

- m. Leggermente
- n. Moderatamente
- o. Molto
- p. Tanto

## **USO DEI MEDIA (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)**

**NELLE ULTIME DUE SETTIMANE** quanto tempo al giorno ha trascorso suo/a figlio/a:

**82. ... guardando la TV o i media digitali (ad es. Netflix, YouTube, navigare sul Web)?**

- a. Nessun utilizzo di TV o media digitali
- b. Meno di 1 ora
- c. 1-3 ore
- d. 4-6 ore
- e. Più di 6 ore

**83.... utilizzando i social network (ad es. FaceTime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?**

- a. Nessun utilizzo dei social network
- b. Meno di 1 ora
- c. 1-3 ore
- d. 4-6 ore
- e. Più di 6 ore

**84.... giocando ai video games?**

- a. Nessun utilizzo dei video games
- b. Meno di 1 ora
- c. 1-3 ore
- d. 4-6 ore
- e. Più di 6 ore

**NELLE ULTIME DUE SETTIMANE**, quanto frequentemente suo/a figlio/a:

**85. ... ha interagito online/ tramite messaggi/ e-mail / telefonate / videochat con i coetanei al di fuori della famiglia (ad eccezione dei videogiochi)?**

- a. Per niente
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente
- f. Non applicabile (ad esempio, nessuna opportunità)

**86. ... ha interagito online/ tramite messaggi/ e-mail/ telefonate/ videochiamate al di fuori dell'ambito domestico, come con i parenti (esclusi i terapeuti o gli insegnanti)?**

- a. Per niente
- b. Raramente
- c. Occasionalmente
- d. Spesso
- e. Regolarmente
- f. Non applicabile (ad esempio, nessuna opportunità)

## SCUOLA e SERVIZI

Grazie per aver risposto alle domande sopra.

Ora vorremmo chiederle informazioni riguardo i servizi forniti dalla scuola e da operatori esterni, che potrebbero essere stati modificati dall'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella sua zona.

**87. Come sono stati modificati dall'emergenza Coronavirus/COVID-19 nella sua zona i servizi didattici e gli altri servizi offerti in classe a suo figlio?**

**Per favore selezioni tutte le risposte pertinenti.**

- a. Mio figlio ha continuato la sua istruzione a casa.
- b. Mio figlio è rientrato a casa da una struttura residenziale.
- c. La scuola di mio figlio è chiusa.
- d. La struttura residenziale di mio figlio è chiusa ai visitatori.
- e. Mio figlio ha perso l'accesso a parte di istruzione, interventi, servizi, o all'assistenza sanitaria.
- f. L'istruzione di mio figlio e l'accesso ai servizi terapeutici non sono stati colpiti dall'emergenza Coronavirus (COVID-19).

**88. Quanto l'accesso di suo figlio ai seguenti interventi o servizi che suo figlio riceve a SCUOLA è stato interessato dall'epidemia del Coronavirus (COVID-19)?**

	Mio figlio continua a ricevere questo servizio dalla sua scuola (potrebbe essere modificato) (1)	Mio figlio ha perso l'accesso e non ha ricevuto questo servizio dall'inizio dell'emergenza COVID-19 (2)	Mio figlio non ha ricevuto regolarmente questo servizio neanche prima dell'emergenza COVID19(3)
Insegnamento di abilità accademiche e funzionali (1)			
Logopedia (2)			
Terapia Occupazionale (OT) (3)			
Fisioterapia (PT) (4)			
Analisi applicata del Comportamento (ABA) (5)			
Training per le abilità sociali (6)			
Psicologia generale/ counseling intra-scolastico(7)			

**88a.** *[Per ciascun servizio sopra, se è stata selezionata l'opzione (1)]:*

**Per favore specificare come [inserire il nome del servizio da sopra] è ora fornito:**

- a. Usando la *telemedicina* (Zoom, skype, conversazioni telefoniche)
- b. Attraverso email e materiale spedito a casa
- c. Da un insegnante, un terapeuta comportamentale o un altro terapeuta che viene a casa.
- d. Attraverso appuntamenti di persona fuori casa

**88b.** *[Per ciascun servizio sopra, se nella domanda 93a è stata selezionata l'opzione (1) , allora chiedere]: Per il [specificare il servizio in 93a-1] che suo figlio sta ora ricevendo attraverso la telemedicina (e.g., Zoom, Skype, conversazioni telefoniche) quanto ha trovato utile questa modalità?*

- a. Per niente utile
- b. Poco utile
- c. Piuttosto utile
- d. Estremamente utile

**88c.** *[Per ciascun servizio sopra, se nella domanda 88a è stata selezionata l'opzione (2), allora domandare]:*

**Per favore per il [specificare il servizio in 88 (2)] che suo figlio sta ora ricevendo attraverso emails o materiale spedito a casa:**

**quanto ha trovato utile questa modalità?**

- a. Per niente utile
- b. Poco utile
- c. Piuttosto utile
- d. Estremamente utile

**89. Quanto il suo accesso ai seguenti interventi o servizi che suo figlio riceve FUORI DALLA SCUOLA è stato modificato dall'emergenza Coronavirus (COVID-19)?**

	Mio figlio continua a ricevere questo servizio (Può essere modificato)	Mio figlio ha interrotto l'accesso e non ha ricevuto questo servizio dall'inizio dell'emergenza COVID-19	Mio figlio non riceveva regolarmente questo servizio neanche prima dell'emergenza COVID-19
Logopedia (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia occupazionale (OT) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapia (PT) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Analisi Applicata del Comportamento (ABA)</u> (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Training per le Abilità Sociali</u> (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicologia generale/ <i>counseling</i> (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Visite mediche (Psichiatria /Pediatrica/Neurologia)</u> (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia ludica (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**89a.** *[Per ciascun servizio sopra, se è stata selezionata l'opzione (1)]:*

**Per favore specificare come [inserire il nome del servizio da sopra] è ora fornito:**

- Usando la telemedicina (Zoom, skype, conversazioni telefoniche)
- Attraverso email e materiale spedito a casa
- Da un insegnante, un terapeuta comportamentale o un altro terapeuta che viene a casa
- Attraverso appuntamenti di persona fuori casa

**89b.** *[Per ciascun servizio sopra, se nella domanda 89a è stata selezionata l'opzione (a), allora domandare]:*

**Per il [specificare il servizio indicato nella risposta 89a] che suo figlio sta ora ricevendo attraverso la telemedicina (e.g., Zoom, Skype, conversazioni telefoniche) quanto ha trovato utile questa modalità?**

- Per niente utile
- Poco utile
- Piuttosto utile
- Estremamente utile

**89c.** [Per ciascun servizio sopra, se nella domanda 89a è stata selezionata l'opzione (b), allora domandare]:  
**per il [specificare il servizio indicato nella risposta 89 b] che suo figlio sta ora ricevendo attraverso email o materiale spedito a casa quanto ha trovato utile questa modalità?**

- a. Per niente utile
- b. Poco utile
- c. Piuttosto utile
- d. Estremamente utile

**90. Suo figlio ha avuto bisogno di accedere ad uno dei seguenti servizi dall'inizio dell'epidemia di Coronavirus (COVID-19) e in che modo questi servizi sono stati forniti?**

	Mio figlio non ha avuto bisogno di accedere a questo tipo di servizio	Si, mio figlio ha avuto accesso tramite telemedicina	Si, mio figlio ha avuto accesso tramite appuntamenti a casa	Si, mio figlio ha avuto accesso tramite appuntamenti di persona in studio	Mio figlio non ha potuto accedere a questo servizio
Medico di famiglia/ Pediatria di Libera Scelta (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Neuro)Psichiatria (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologia pediatrica/Neuropediatria (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastroenterologia (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicologia (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altre specialità (come endocrinologia, odontoatria) (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**91. Dall'inizio dell'epidemia di Coronavirus (COVID-19), quale delle seguenti situazioni avete vissuto complessivamente? Per favore selezioni tutte le risposte pertinenti.**

- a. Gli appuntamenti routinari di mio figlio sono stati cancellati o posticipati.
- b. Le procedure programmate o i trattamenti di mio figlio sono stati cancellati o posticipati.
- c. Ho avuto difficoltà a raggiungere o parlare con il/la medico/medici di mio figlio.
- d. Ho avuto problemi ad accedere ai farmaci di mio figlio o ad ottenere le prescrizioni.
- e. Ha avuto problemi a gestire o somministrare i farmaci a mio figlio.
- f. Ho problemi nel permettermi le medicine, i trattamenti o la terapia di mio figlio.
- g. Ho perso l'accesso ad un trial clinico.
- h. Altro (Per favore specificare) \_\_\_\_\_
- i. Nessuno dei precedenti

**92. E' stato prescritto a suo figlio qualche farmaco per la *salute mentale* o per problematiche comportamentali? (S/N)**

a. Se Si:

**97a. Quali opzioni sarebbero le più utili per gestire al meglio i farmaci di suo figlio? (selezioni tutte le risposte pertinenti)**

- 1. Promemoria o notifiche per somministrare i farmaci
- 2. Aiuto con il costo dei farmaci
- 3. Rendendo accessibili le prescrizioni o avendo abbastanza farmaco a casa
- 4. Aiuto nell'aggiustamento della dose del farmaco
- 5. Altro (Per favore specificare)
- 6. Nessuno dei precedenti

b. No

**93. E' stato prescritto a suo figlio qualsiasi altro farmaco per la salute fisica? (S/N)**

a. Se Si:

**98a. Quali opzioni sarebbero le più utili per gestire al meglio i farmaci di suo figlio? (selezioni tutte le risposte pertinenti)**

- 1. Promemoria o notifiche per somministrare i farmaci
- 2. Aiuto con il costo dei farmaci
- 3. Rendendo accessibili le prescrizioni o avendo abbastanza farmaco a casa
- 4. Aiuto nell'aggiustamento della dose del farmaco
- 5. Altro (Per favore specificare)
- 6. Nessuno dei precedenti

b. No

## **ULTERIORI PREOCCUPAZIONI E COMMENTI**

**Per favore descriva qualsiasi altra cosa che la preoccupa riguardo l'impatto del Coronavirus/COVID-19 su suo figlio.**

**[CASELLA DI TESTO]**



**Per favore fornisca qualsiasi commento che vorrebbe condividere riguardo questo studio e/o argomenti correlati.**

**[CASELLA DI TESTO]**