The **C**o**R**onav**I**ru**S** Health **I**mpact **S**urvey (CRISIS) - **A**dapted for **A**utismand **R**elatedNeurodevelopmentalconditions (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 perche non specifiche, ed altre sono stati 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 Anaganostu, 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@childmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@childmind.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 puo 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/jessicaboi.npi@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 figlio/a *e la sua famiglia.***

1. **Qual è la sua parentela rispetto al/la bambino/a**?
   1. Madre
   2. Padre
   3. Nonno
   4. Zia/Zio
   5. Genitore adottivo
   6. Altro: Specificare\_\_\_\_
2. **Per favore, specifichi il sesso di suo/a figlio/a alla nascita:** 
   1. Maschio
   2. Femmina
   3. Altro \_\_\_\_
3. **Per favore, specifichi il genere di suo/a figlio/a:**

Ragazzo/Uomo

Ragazza/Donna

Ragazzo Trans / Uomo Trans

Ragazza Trans / Donna Trans

Non binario

1. Identità non elencata (per favore, specifichi: \_\_\_\_\_\_)
2. **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.** 
   1. Inghilterra, Irlanda, Scozia o Galles
   2. Australia – non discendenti degli Aborigeni o degli abitanti delle isole Torres
   3. Australia – discendenti degli Aborigeni o degli abitanti delle isole Torres
   4. Nuova Zelanda – non discendenti Maori
   5. Nuova Zelanda – discendenti Maori
   6. Nord Europa, comprende Svezia, Norvegia, Finlandia e paesi circostanti
   7. Europa Occidentale, comprende Francia, Germania, Paesi bassi e paesi circostanti.
   8. Europa Orientale, comprende Russia, Polonia Ungheria e paesi circostanti.
   9. Europe Meridionale, comprende Italia, Grecia, Spagna, Portogallo e paesi circostanti.
   10. Medio Oriente, comprende Libano, Turchia e paesi circostanti.
   11. Asia Orientale, comprende Cina, Giappone, Corea del Sud, Corea del Nord, Taiwan e Hong Kong
   12. Sud Est Asiatico, comprende Tailandia, Malesia, Indonesia, Singapore e paesi circostanti.
   13. Asia del Sud, comprende India, Pakistan, Sri Lanka e paesi circostanti.
   14. Polynesia, Micronesia or Melanesia, comprende Tonga, Fiji, Papua Nuova Guinea e paesi circostanti.
   15. Africa
   16. Nord America – non discendenti delle Prime Nazioni, dei Nativi Americani, di Inuit o Métis
   17. Nord America - discendenti delle Prime Nazioni, dei Nativi Americani, di Inuit o Métis
   18. America Centrale o Sud America
   19. Non so
   20. Altro
3. **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]***
   1. Si
   2. No
4. **Suo/a figlio/a è iscritto a scuola/università per l’anno accademico in corso?** 
   1. Non è iscritto in una scuola
   2. Asilo/Scuola dell’Infanzia
   3. Scuola Primaria
   4. Scuola Media Inferiore
   5. Scuola Media Superiore
   6. Laurea Triennale/Corso Professionalizzante dopo il diploma
   7. Laurea magistrale/
5. **Quale delle seguenti descrive meglio l’ambiente in cui vive suo/a figlio/a?** 
   1. Grande città
   2. Periferia/Sobborgo di una grande città
   3. Piccola città
   4. Paese o villaggio
   5. Area rurale
6. **Quale è il titolo di studio che LEI ha conseguito?** 
   1. Scuola Elementare/Media Inferiore
   2. Scuola Media Superiore non completata
   3. Diploma Scuola Media Superiore
   4. Università: laurea triennale non completata
   5. Laurea triennale
   6. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea non completata.
   7. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea o Master/Dottorato
7. **Quale è il titolo di studio che ha conseguito il secondo genitore/tutore di suo/ figlio/a?** 
   1. Scuola Elementare/Media Inferiore
   2. Scuola Media Superiore non completata
   3. Diploma Scuola Media Superiore
   4. Università: laurea triennale non completata
   5. Laurea triennale
   6. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea non completata.
   7. Laurea magistrale o Corso Professionalizzante post laurea o Master/Dottorato
   8. Non secondo genitore
8. **Quale delle seguenti si riferisce al contesto educativo di suo figlio/a PRIMA dell’emergenza dovuta al Coronavirus (COVID-19) nella sua zona:**
   1. Mio figlio/a frequentava una scuola con programma curriculare, anche con servizi di supporto (es. insegnante di sostegno, stanza con degli ausili, attività modificate).
   2. Mio figlio/a frequentava una scuola con programma scolastico “personalizzato” (Es. classe con sussidi educativi specifici) all’interno di una scuola pubblica.
   3. Mio figlio/a frequentava una scuola privata o comunque non pubblica, con programma didattico personalizzato.
   4. Mio figlio/a frequentava un centro educativo basato su un programma specifico (Es., centro ABA).
   5. Mio figlio/a frequentava un programma didattico domiciliare (Es., educazione scolastica parentale, programma ABA domiciliare).
   6. Mio figlio/a era inserito in una struttura residenziale e non viveva a casa.
   7. Mio figlio/a frequentava un contesto scolastico senza seguire un programma didattico individualizzato.
9. **Quante persone vivono attualmente nella casa dove vive suo figlio/a (escludendo tuo figlio/a)**? \_\_\_
10. **Specifichi per favore la/e loro parentela/e con suo figlio/a (indichi tutti quelli necessari):**
    1. Un genitore
    2. Due genitori
    3. Nonni
    4. Fratelli
    5. Altri bambini
    6. Altri parenti
    7. Estranei
11. **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)**
12. Se sì,

* **Tornano a casa ogni giorno?**
* Si
* 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)**

1. **Quante stanze (in totale) ci sono nella casa dove vive suo figlio/a?** \_\_\_
2. **Suo figlio/a è coperto da assicurazione sanitaria? *[Domanda non attiva]***
   1. Sì, pubblica (SSN)
   2. 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?**

1. Sì
2. No
   1. **Quanto è alto suo/ figlio/a? \_\_\_ centimetri (cm)**

1. **Quanto pesa suo/ figlio/a? \_\_\_ chilogrammi (kg)**
2. **Come definirebbe la salute fisica globale di suo/ figlio/a?**
   1. Eccellente
   2. Molto Buona
   3. Buona
   4. Discreta
   5. Scadente
3. **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)?**
   1. Allergie stagionali
   2. Asma o patologie polmonari
   3. Patologie cardiache
   4. Problemi Renali
   5. Patologie immunomediate
   6. Diabete o iperglicemia
   7. Tumori
   8. Artrite
   9. Cefalea frequente o di grado severo
   10. Epilessia o crisi epilettiche
   11. Patologie severe dello stomaco o dell’intestino
   12. Patologie della pelle o grave acne
   13. Disturbi della vista
   14. Disturbi dell’udito
   15. Disturbo Ossessivo Compulsivo
   16. Problematiche emotive o patologie psichiatriche come Depressione o Ansia
   17. Problemi correlati ad alcool o uso di sostanze
   18. Disabilità Intellettiva
   19. Disturbo dello Spettro Autistico
   20. Disturbo del Linguaggio
   21. Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
   22. Altri problemi che richiedano servizi educativi specifici
   23. Altri disturbi del neurosviluppo
   24. Ritardo del neurosviluppo
   25. Condizioni genetiche note
   26. 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?**

Nessuna parola/non parla

Utilizza singole parole di significato compiuto (per esempio, per fare richieste)

Mette insieme tre parole all’interno di brevi frasi

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:**

1. **… suo/a figlio/a ha avuto contatti con qualcuno che potrebbe avere avuto Coronavirus/COVID-19? (indicare tutte le risposte possibili)**
   1. Sì, qualcuno risultato positivo al test diagnostico
   2. Sì, qualcuno con la diagnosi medica, ma che non ha effettuato test diagnostico
   3. Sì, qualcuno con sintomi probabili, ma che non ha ricevuto una diagnosi medica
   4. No, che io sappia
2. **… a suo/a figlio/a è stata sospettata l’infezione da Coronavirus/COVID-19** 
   1. Sì, è risultato positivo al test diagnostico
   2. Sì, ha ricevuto la diagnosi medica, ma non ha effettuato test diagnostico
   3. Sì, ha avuto alcuni sintomi probabili, ma non ha ricevuto una diagnosi medica
   4. Nessun segno o sintomo
3. **… suo/a figlio/a ha qualcuno dei seguenti segni/sintomi ? (indicare tutte le risposte possibili)**
   1. Febbre
   2. Tosse
   3. Respiro corto
   4. Mal di gola
   5. Affaticamento
   6. Perdita del gusto o dell’olfatto
   7. Infezione oculare
   8. Altro \_\_\_
   9. Nessuno delle precedenti
4. **… qualcuno della famiglia di suo/a figlio/a ha ricevuto la diagnosi di Coronavirus/COVID-19? (indicare tutte le risposte possibili)**
   1. Sì, persone che abitano in casa
   2. Sì, persone che non abitano in casa
   3. No
5. **… ai membri della tua famiglia è capitata una delle seguenti situazioni a causa della pandemia Coronavirus/COVID-19? (indicare tutte le risposte possibili)** 
   1. Si è ammalato
   2. E’ stato ospedalizzato
   3. Autoisolamento con sintomi
   4. Autoisolamento senza sintomi (es. a causa di un possibile contatto)
   5. Ha perso il lavoro o è stato licenziato
   6. Ha ridotto la possibilità di guadagnare
   7. E’ deceduto
   8. Nessuna delle precedenti

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

1. **…. di essere contagiato?**
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
2. **… che amici o familiari possano essere stati contagiati?**
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
3. **… che la sua *Salute Fisica* fosse influenzata dal Coronavirus/COVID-19?**
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
4. **… che la sua *Salute Mentale/Emotiva* venisse influenzata dal Coronavirus/COVID-19?**
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
5. **Quanto suo/a figlio/a sta parlando, chiedendo, leggendo o guardando contenuti sul Coronavirus/COVID-19?**
   1. Mai
   2. Raramente
   3. Occasionalmente
   4. Spesso
   5. Per la maggior parte del tempo
   6. Non valutabile a causa delle limitate abilità comunicative di mio/a figlio/a
6. **L’emergenza Coronavirus/COVID-19 nella tua zona ha portato a qualche cambiamento positivo nella vita di suo/a figlio/a?**
   1. Nessuno
   2. Pochi
   3. 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:**

1. **… quanto tempo ha trascorso suo/a figlio/a fuori casa (es. Per andare nei negozi, nei parchi, ecc.)?**
   1. Per niente
   2. 1-2 volte alla settimana
   3. Pochi giorni alla settimana
   4. Molti giorni alla settimana
   5. Ogni giorno
2. **… quanto sono state stressanti le restrizioni sul non poter uscire di casa per suo/a figlio/a?**
   1. Per niente/ Nessun cambiamento
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
3. **…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.)?**
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
4. **… fino a che punto i cambiamenti relativi all’emergenza Coronavirus/COVID-19 nella vostra zona hanno determinato problemi finanziari per la sua famiglia?** 
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
5. **… qual è il grado di preoccupazione di suo/a figlio/a relativamente alla stabilità della vostra condizione di vita?**
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
   6. Sconosciuto a causa della comunicazione limitata di mio figlio
6. **… qual è il grado di preoccupazione di suo/a figlio/a relativamente alla possibilità di rimanere senza cibo a causa della mancanza di soldi?**
   1. Per niente
   2. Solo un po’
   3. Moderatamente
   4. Abbastanza
   5. Estremamente
   6. Sconosciuto a causa della comunicazione limitata di mio figlio
7. **…** **quanto è fiducioso/a suo/a figlio/a che l’emergenza Cornonavirus/COVID-19 nella vostra zona finisca presto?** 
   1. Solo un po’
   2. Moderatamente
   3. Abbastanza
   4. Estremamente
   5. 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...**

1. **...** **giocava e/o si intratteneva in modo appropriato per almeno 20 minuti?**
2. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
3. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
4. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo per passo)
5. Per niente
6. **… organizzava/iniziava le sue attività quotidiane (ad esempio, compiti in classe/compiti a casa/faccende domestiche, seguire un programma generale delle attività da svolgere)?**
7. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
8. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
9. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo per passo)
10. Per niente
11. **… 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?**
12. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
13. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
14. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo per passo)
15. Per niente
16. **…** **gestiva le esigenze relative ai pasti e al cibo (ad esempio, preparare, organizzare e ripulire)?**
17. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
18. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
19. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo per passo)
20. Per niente

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

1. **… in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire nei giorni feriali?**
2. Prima delle 20.00
3. Tra le 20.00 e le 22.00
4. Tra le 22 e le 24.00
5. Dopo le 24.00
6. **… in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire nel fine settimana?**
7. Prima delle 20.00
8. Tra le 20.00 e le 22.00
9. Tra le 22 e le 24.00
10. Dopo le 24.00
11. **… in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito nei giorni feriali?**
    1. <6 ore
    2. 6-8 ore
    3. 8-10 ore
    4. >10 ore
12. **… in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito nel fine settimana?**
    1. <6 ore
    2. 6-8 ore
    3. 8-10 ore
    4. >10 ore
13. **…** **in media, suo/a figlio/a ha avuto difficoltà ad addormentarsi (ad es. entro 20 minuti) dopo essere andato a letto?**
14. Mai
15. Raramente (meno di una volta alla settimana)
16. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
17. Spesso (tre o più volte a settimana, ma non quotidianamente)
18. Regolarmente (quotidianamente)
19. **…** **in media, suo/a figlio/a, dopo essersi addormentato/a, si è svegliato/a ed è rimasto/a sveglio/a durante la notte?**
20. Mai
21. Raramente (meno di una volta alla settimana)
22. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
23. Spesso (tre o più volte alla settimana, ma non quotidianamente)
24. Regolarmente (quotidianamente)
25. **… 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?**
    1. Nessuno
    2. 1-2 giorni
    3. 3-4 giorni
    4. 5-6 giorni
    5. Tutti i giorni
26. **… quanti giorni alla settimana suo/a figlio/a ha trascorso del tempo all’aria aperta?** 
    1. Nessuno
    2. 1-2 giorni
    3. 3-4 giorni
    4. 5-6 giorni
    5. 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...**

1. **…** **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)?**
2. Mai
3. Raramente
4. Occasionalmente
5. Spesso
6. Regolarmente
7. **…** **ha presentato comportamenti di stimolazione sensoriale (ad esempio, guardare gli oggetti da particolari angolazioni, toccare o annusare oggetti per un tempo prolungato)?**
8. Mai
9. Raramente
10. Occasionalmente
11. Spesso
12. Regolarmente
13. **…** **ha messo in atto altri rituali o routine?**
14. Mai
15. Raramente
16. Occasionalmente
17. Spesso
18. Regolarmente
19. **… 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)?**
20. Mai
21. Raramente
22. Occasionalmente
23. Spesso
24. Regolarmente
25. **… 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)?**
26. Mai
27. Raramente
28. Occasionalmente
29. Spesso
30. Regolarmente
31. **…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)?**
32. Mai
33. Raramente
34. Occasionalmente
35. Spesso
36. 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:**

* 1. Iperattività
  2. Difficoltà a rimanere concentrato
  3. Arrabbiarsi o perdere la calma facilmente
  4. Aggressività verbale
  5. Eteroaggressività fisica verso oggetti o persone
  6. Si è fatto male volontariamente (autoaggressività)
  7. Essere disobbediente e litigare spesso
  8. Piangere facilmente
  9. Essere eccessivamente preoccupato/a per le situazioni sociali (ad es. andare a scuola, partecipare a feste di compleanno, parlare in pubblico)
  10. Essere eccessivamente preoccupato/a di separarsi dal genitore/caregiver
  11. Sembrare eccessivamente ansioso
  12. Nessuno dei precedenti

**57a**.*[*[*Per*](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Per) *ogni comportamento segnato nella domanda 57, chiedere]:*

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

1. Leggermente
2. Moderatamente
3. Molto
4. 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:**

1. **… guardando la TV o i media digitali (ad es. Netflix, YouTube, navigare sul Web)?**
   1. Nessun utilizzo di TV o media digitali
   2. Meno di 1 ora
   3. 1-3 ore
   4. 4-6 ore
   5. Più di 6 ore
2. **... utilizzando i social network (ad es. FaceTime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)? SALTARE SE ETA’ E’ INFERIORE AI 5 ANNI**
   1. Nessun utilizzo dei social network
   2. Meno di 1 ora
   3. 1-3 ore
   4. 4-6 ore
   5. Più di 6 ore
3. **… giocando ai video games?**
   1. Nessun utilizzo dei video games
   2. Meno di 1 ora
   3. 1-3 ore
   4. 4-6 ore
   5. Più di 6 ore

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

1. **…** **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**

1. [Per](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Per" \t "_blank) [niente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/niente" \t "_blank)
2. [Raramente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Raramente)
3. [Occasionalmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Occasionalmente)
4. [Spesso](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Spesso)
5. [Regolarmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Regolarmente)
6. [Non](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Non) [applicabile](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/applicabile) ([ad](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/ad) [esempio](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/esempio), [nessuna](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/nessuna) [opportunità](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/opportunit%C3%A0))
7. **… ha interagito online/ tramite messaggi/ tramite mail/ telefonate/ videochiamate con adulti al di fuori dell’ambito domestico, come con i parenti (esclusi i terapisti o gli insegnanti)? SALTARE SE ETA’ E’ INFERIORE AI 5 ANNI**
8. [Per](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Per) [niente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/niente" \t "_blank)
9. [Raramente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Raramente)
10. [Occasionalmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Occasionalmente)
11. [Spesso](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Spesso)
12. [Regolarmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Regolarmente)
13. [Non](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Non) [applicabile](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/applicabile) ([ad](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/ad) [esempio](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/esempio), [nessuna](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/nessuna) [opportunità](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/opportunit%C3%A0))

**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.**

## COMPORTAMENTI QUOTIDIANI (ULTIME DUE SETTIMANE)

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

1. **… ha giocato e/o si è intrattenuto in modo appropriato per almeno 20 minuti?**
2. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
3. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
4. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo-passo)
5. Per niente
6. **… 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)?**
7. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
8. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
9. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo-passo)
10. Per niente
11. **… 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??**
12. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
13. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
14. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo-passo)
15. Per niente
16. **… ha gestito le esigenze relative ai pasti e al cibo (ad esempio, preparare, organizzare e ripulire)?**
17. In completa autonomia (senza supporto, sollecitazione o supervisione)
18. Con supervisione moderata (alcuni promemoria verbali e/o visivi)
19. Con stretta supervisione (neccessità di istruzioni passo-passo)
20. Per niente

**NELLE ULTIME DUE SETTIMANE**

1. **... in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire durante i giorni feriali?**
2. Prima delle 20.00
3. Tra le 20.00 e le 22.00
4. Tra le 22 e le 24.00
5. Dopo le 24.00
6. **… in media, a che ora suo/a figlio/a è andato/a a dormire durante il fine settimana?**
7. Prima delle 20.00
8. Tra le 20.00 e le 22.00
9. Tra le 22 e le 24.00
10. Dopo le 24.00
11. **… in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito durante i giorni feriali?**
    1. <6 ore
    2. 6-8 ore
    3. 8-10 ore
    4. >10 ore
12. **… in media, quante ore per notte, suo/a figlio/a ha dormito durante il fine settimana?**
    1. <6 ore
    2. 6-8 ore
    3. 8-10 ore
    4. >10 ore
13. **… in media, suo/a figlio/a ha avuto difficoltà ad addormentarsi (ad es. entro 20 minuti) dopo essere andato a letto?**
14. Mai
15. Raramente (meno di una volta alla settimana)
16. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
17. Spesso (tre o più volte alla settimana, ma non quotidianamente)
18. Regolarmente (quotidianamente)
19. **… in media, suo/a figlio/a, dopo essersi addormentato/a, si è svegliato/a ed è rimasto/a sveglio/a durante la notte?**
20. Mai
21. Raramente (meno di una volta alla settimana)
22. Occasionalmente (una o due volte alla settimana)
23. Spesso (tre o più volte alla settimana, ma non quotidianamente)
24. Regolarmente (quotidianamente)
25. **… 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?**
    1. Nessuno
    2. 1-2 giorni
    3. 3-4 giorni
    4. 5-6 giorni
    5. Tutti i giorni
26. **… quanti giorni alla settimana suo/a figlio/a ha trascorso del tempo all’aria aperta?** 
    1. Nessuni
    2. 1-2 giorni
    3. 3-4 giorni
    4. 5-6 giorni
    5. Tutti i giorni

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

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

1. **… 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)?**
2. Mai
3. Raramente
4. Occasionalmente
5. Spesso
6. Regolarmente
7. **… ha presentato comportamenti di stimolazione sensoriale (ad esempio, guardare gli oggetti da particolari angolazioni, toccare o annusare oggetti per un tempo prolungato)?**
8. Mai
9. Raramente
10. Occasionalmente
11. Spesso
12. Regolarmente
13. **… ha messo in atto altri rituali o routine?**
14. Mai
15. Raramente
16. Occasionalmente
17. Spesso
18. Regolarmente
19. **… 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)?**
20. Mai
21. Raramente
22. Occasionalmente
23. Spesso
24. Regolarmente
25. **… 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)?**
26. Mai
27. Raramente
28. Occasionalmente
29. Spesso
30. Regolarmente
31. **… 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)?**
32. Mai
33. Raramente
34. Occasionalmente
35. Spesso
36. 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:**

* 1. Iperattività
  2. Difficoltà a rimanere concentrato
  3. Arrabbiarsi o perdere la calma facilmente
  4. Aggressività verbale
  5. Eteroaggressività fisica verso oggetti o persone
  6. Autoaggressività
  7. Essere disobbediente e litigare spesso
  8. Piangere facilmente
  9. Essere eccessivamente preoccupato/a per le situazioni sociali (ad es. andare a scuola, partecipare a feste di compleanno, parlare in pubblico)
  10. Essere eccessivamente preoccupato/a di separarsi dal genitore/caregiver
  11. Sembrare eccessivamente ansioso
  12. Nessuno dei precedenti

**81a**.[*Per*](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Per) *ogni comportamento segnato nella domanda 62, chiedere]:*

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

* 1. Leggermente
  2. Moderatamente
  3. Molto
  4. Tanto

## USO DEI MEDIA (NELLE ULTIME DUE SETTIMANE)

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

1. **… guardando la TV o i media digitali (ad es. Netflix, YouTube, navigare sul Web)?**
   1. Nessun utilizzo di TV o media digitali
   2. Meno di 1 ora
   3. 1-3 ore
   4. 4-6 ore
   5. Più di 6 ore
2. **... utilizzando i social network (ad es. FaceTime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok)?**
   1. Nessun utilizzo dei social network
   2. Meno di 1 ora
   3. 1-3 ore
   4. 4-6 ore
   5. Più di 6 ore
3. **… giocando ai video games?**
4. Nessun utilizzo dei video games
5. Meno di 1 ora
6. 1-3 ore
7. 4-6 ore
8. Più di 6 ore

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

1. **… ha interagito online/ tramite messaggi/ e-mail / telefonate / videochat con i coetanei al di fuori della famiglia (ad eccezione dei videogiochi)?**
2. [Per](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Per) [niente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/niente" \t "_blank)
3. [Raramente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Raramente)
4. [Occasionalmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Occasionalmente)
5. [Spesso](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Spesso)
6. [Regolarmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Regolarmente)
7. [Non](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Non) [applicabile](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/applicabile) ([ad](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/ad) [esempio](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/esempio), [nessuna](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/nessuna) [opportunità](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/opportunit%C3%A0))
8. **… ha interagito online/ tramite messaggi/ e-mail/ telefonate/ videochiamate al di fuori dell’ambito domestico, come con i parenti (esclusi i terapisti o gli insegnanti)?**
9. [Per](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Per) [niente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/niente" \t "_blank)
10. [Raramente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Raramente)
11. [Occasionalmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Occasionalmente)
12. [Spesso](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Spesso)
13. [Regolarmente](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Regolarmente)
14. [Non](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/Non) [applicabile](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/applicabile) ([ad](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/ad) [esempio](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/esempio), [nessuna](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/nessuna) [opportunità](https://it.pons.com/traduzione/italiano-inglese/opportunit%C3%A0))

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.**

* 1. Mio figlio ha continuato la sua istruzione a casa.
  2. Mio figlio è rientrato a casa da una struttura residenziale.
  3. La scuola di mio figlio è chiusa.
  4. La struttura residenziale di mio figlio è chiusa ai visitatori.
  5. Mio figlio ha perso l’accesso a parte di istruzione, interventi, servizi, o all’assistenza sanitaria.
  6. 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*:**

Usando la *telemedicina* (Zoom, skype, conversazioni telefoniche)

Attraverso email e materiale spedito a casa

Da un insegnante, un terapista comportamentale o un altro terapista che viene a casa.

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?**

* 1. Per niente utile
  2. Poco utile
  3. Piuttosto utile
  4. 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?**

* 1. Per niente utile
  2. Poco utile
  3. Piuttosto utile
  4. Estremamente utile

1. **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) |  |  |  |
| Terapia occupazionale (OT) (2) |  |  |  |
| Fisioterapia (PT) (3) |  |  |  |
| Analisi Applicata del Comportamento (ABA) (4) |  |  |  |
| Training per le Abilità Sociali (5) |  |  |  |
| Psicologia generale/ *counseling* (6) |  |  |  |
| Visite mediche (Psichiatria /Pediatria/Neurologia)(7) |  |  |  |
| Terapia ludica (8) |  |  |  |

***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 terapista comportamentale o un altro terapista 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?**

* 1. Per niente utile
  2. Poco utile
  3. Piuttosto utile
  4. 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?**

* + - * 1. Per niente utile
        2. Poco utile
        3. Piuttosto utile
        4. 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/ Pediatra di Libera Scelta (1) |  |  |  |  |  |
| (Neuro)Psichiatria (2) |  |  |  |  |  |
| Neurologia pediatrica/Neuropediatria (3) |  |  |  |  |  |
| Gastroenterologia (4) |  |  |  |  |  |
| Psicologia (5) |  |  |  |  |  |
| Altre specialità (come endocrinologia, odontoiatria) (6) |  |  |  |  |  |

1. **Dall’inizio dell’epidemia di Coronavirus (COVID-19), quale delle seguenti situazioni avete vissuto complessivamente? Per favore selezioni tutte le risposte pertinenti.**
   * + - 1. Gli appuntamenti routinari di mio figlio sono stati cancellati o posticipati.
         2. Le procedure programmate o i trattamenti di mio figlio sono stati cancellati o posticipati.
         3. Ho avuto difficoltà a raggiungere o parlare con il/I medico/medici di mio figlio.
         4. Ho avuto problemi ad accedere ai farmaci di mio figlio o ad ottenere le prescrizioni.
         5. Ha avuto problemi a gestire o somministrare i farmaci a mio figlio.
         6. Ho problemi nel permettermi le medicine, i trattamenti o la terapia di mio figlio.
         7. Ho perso l’accesso ad un trial clinico.
         8. Altro (Per favore specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
         9. Nessuno dei precedenti
2. **E’ stato prescritto a suo figlio qualche farmaco per la *salute mentale o per* problematiche comportamentali? (S/N)**
   1. 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 precedent
  1. No

1. **E’ stato prescritto a suo figlio qualsiasi altro farmaco per la salute fisica*? (S/N)***
   1. **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 precedent
  1. 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]**