

Access and Respect of the Rights of use ©: Any reproduction and use, in any form whatsoever, is prohibited without authorization and payment of the rights of use. These fees are payable for each paper document or computerized use. Interested persons should contact the INDCP (ripph.irdpa.ciuussscn@ssss.gouv.qc.ca). *** It is important not to modify or insert a statement, considering that the validation process is related to the integrity of the instrument.

Assessment of Life Habits

90 items

(LIFE-H for Children 5-13, 4.0)

Manuale d'uso

CHILDREN FROM 5 TO 13 YEARS OF AGE

SPECIMEN



Developed by

Patrick Fougeyrollas
Luc Noreau
Céline Lepage

In collaboration with

Lucie Boissière
Roger Picard
Ginette St Michel

Yves Boisvert
Yves Lachapelle
Normand Boucher

SPECIMEN

French to English translation : Francis Charrier

Revised by : Patrick Fougeyrollas, Normand Boucher and Donna Anderson

Layout and design : Chantal Cloutier

Edition June 2003 – Revised January 2014

INDCP

525, boul. Wilfrid-Hamel Est, F-117.4

Québec (Québec)

Canada, G1M 2S8

Phone : 418-529-9141, office 6202

Email : ripph.irdpq.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Website : www.ripph.qc.ca

© INDCP, 2002 – All rights reserved

Legal deposit, 2016

Bibliothèque nationale du Québec

National Library of Canada

ISBN : 978-2-922213-53-9

Tabella dei contenuti

Chi può rispondere al questionario?	4
Informazioni generali	8
Fasi e struttura del questionario	10
Questa abitudine di vita fa parte della vita del/la bambino/a?.....	12
Tipi di assistenza utilizzati.....	13
Livelli di assistenza aggiuntiva da parte di una persona	14
Livelli di difficoltà	15
Livelli di soddisfazione.....	16
Esempi di realizzazione di alcune abitudini di vita	18
Identificazione con i bambini e di altri non	21
Questionario.....	24

SPECIMEN

Chi può rispondere al questionario?

La Valutazione delle Abitudini di Vita (Assessment of Life Habits, LIFE-H) si può somministrare a tutti i bambini con disabilità, provenienti da ogni background culturale, che abbiano disabilità fisiche, sensoriali, cognitive o che presentino disturbi mentali. Pertanto, la LIFE-H risulta essere uno strumento di valutazione universale, poiché tutti, che siano disabili o meno, sono interessati dalle stesse abitudini di vita, a prescindere da come le realizzino.

Possono rispondere al questionario i bambini (dai 10 anni di età cronologica), i genitori*, altre persone rilevanti nella vita del/la bambino/a o professionisti che vogliano usare la LIFE-H per raccogliere informazioni sulla partecipazione sociale del/la bambino/a interessato/a.

SPECIFICITÀ

In ogni caso, esistono situazioni di complessità che possono impedire la somministrazione degli items della LIFE-H. In questi casi, si possono utilizzare le istruzioni e gli items della LIFE-H in modo da non compromettere la validità delle informazioni raccolte. Per questo motivo, sono disponibili tre metodi di somministrazione.

- 1) In modo autonomo dal/la bambino/a, a partire dai 10 anni di età cronologica, dal genitore o da un'altra persona significativa;
- 2) a- dal/la bambino/a con l'assistenza di un genitore, una persona significativa o un professionista;
b- Dal genitore o da una persona significativa con l'assistenza di un professionista;
- 3) da parte di un professionista.

Individuare il corretto metodo di somministrazione assicura la **validità delle informazioni** raccolte sulla qualità della partecipazione sociale del/la bambino/a interessato/a.

***Il termine “genitore” include qualsiasi persona responsabile per il/la bambino/a.**

Chi può rispondere al questionario? (continua)

Metodo 1: Criteri per un/a bambino/a dai 10 anni di età cronologica, per un genitore o per una persona significativa per rispondere in modo autonomo.

Sono richieste le seguenti competenze per rispondere al questionario in modo autonomo:

- a) Lui/Lei è in grado di leggere senza difficoltà;
- b) Lui/Lei comprende la distinzione semantica tra le espressioni “livello di difficoltà”, “tipo di assistenza utilizzata”, “livello di assistenza aggiuntiva da parte di una persona” e “livello di soddisfazione”;
- c) Lui/Lei afferra il significato astratto di parole quali “solitamente”, “utilizzare”, “mantenere”, “presumere”, ecc.;
- d) Lui/Lei comprende la distinzione semantica tra i livelli utilizzati nella scala di valutazione e può applicarli in situazioni personali;
- e) Lui/Lei ha un livello di avanzamento sufficiente per:
 - ✓ Rispondere a tutte le domande, senza escluderne nessuna;
 - ✓ Selezionare la casella appropriata.
- f) Lui/Lei ha un sufficiente livello di tolleranza allo sforzo mentale necessario a mantenere l’attenzione dall’inizio alla fine del questionario oppure è in grado di riconoscere la fatica e rimandarlo a più tardi;
- g) Lui/Lei ha un sufficiente livello di autocritica e auto-percezione delle proprie difficoltà.

SPECIMEN

Come **indicatori di queste abilità**, possiamo prendere come riferimento i **comportamenti significativi** del/la bambino/a, come per esempio come completa esami scritti se è stato/a mandato/a a scuola, come si occupa di documenti scritti (bollette da pagare, contratti di compravendita, ecc.), come parla di sé stesso/a e se sembra avere percezione realistica della propria situazione, ecc.

Il genitore, o altra persona significativa, deve avere conoscenza approfondita del/la bambino/a valutato/a e deve essere in grado di fornire risposte precise alle domande effettuate. Le informazioni raccolte non dovrebbero essere basate sulla personale opinione di cosa il/la bambino/a potrebbe o dovrebbe fare, **ma su cosa realmente svolge nella sua vita quotidiana.**

Chi può rispondere al questionario? (continua)

Metodo 2: Somministrazione:

- a) da parte del/la bambino/a con assistenza di un genitore, di una persona significativa o di un professionista
- b) da parte del genitore o di una persona significativa con assistenza di un professionista.

Se le competenze del/la bambino/a, del genitore o della persona significativa non corrispondono ai criteri indicati nel Metodo 1, è necessario offrirgli/le assistenza per **facilitare la comprensione delle istruzioni e degli items della LIFE-H.**

Di seguito ci sono degli **esempi di assistenza** che un genitore, una persona significativa o un professionista possono fornire, se necessario:

SPECIFICIMEN

- a) Regolazione e ripetizione delle istruzioni durante l'amministrazione della LIFE-H;
- b) Lettura e chiarimento degli items;
- c) Aggiunta di esempi significativi per il/la bambino/a valutato/a, considerando il suo contesto di vita;
- d) Annotare le risposte sul questionario.

È importante che il genitore, la persona significativa o il professionista si limitino unicamente a **facilitare la comprensione delle istruzioni e degli items della LIFE-H da parte del/la bambino/a.** Le informazioni raccolte dovrebbero sempre rappresentare il punto di vista del/la bambino/a, del genitore o della persona significativa. Il genitore, la persona significativa o il professionista dovrebbero pertanto **evitare di commentare o influenzare le risposte** per limitare riformulazioni distorte.

Chi può rispondere al questionario? (continua)

Metodo 3: Compilazione da parte di un professionista:

Nell'eventualità che i due primi metodi di somministrazione non possano essere applicati al/la bambino/a, al genitore o alla persona significativa, o che il genitore o la persona significativa non conoscano meticolosamente la realtà effettiva del/la bambino/a, il professionista può rispondere al questionario in maniera completa o parziale.

Il professionista deve avere una conoscenza approfondita del/la bambino/a valutato/a e deve essere in grado di fornire risposte precise alle domande effettuate. Le informazioni raccolte non dovrebbero essere basate sulla personale opinione di cosa il/la bambino/a potrebbe o dovrebbe fare, **ma su cosa lui/lei fa nella sua vita quotidiana.**

SPECIMEN

Istruzioni per chi risponde: Informazioni generali

Per favore leggi queste istruzioni molto attentamente. Ti aiuteranno a familiarizzare con il questionario e ti permetteranno di completarlo più facilmente.

In linea generale, questo questionario ha come scopo raccogliere informazioni su un gruppo di abitudini di vita che le persone svolgono nei loro ambienti (casa, scuola, posto di lavoro, vicinato...). È stato creato per i bambini di età compresa tra 5 e 13 anni. Se il contesto è giusto, questo questionario può essere utilizzato anche con adolescenti e adulti.

Le **abitudini di vita** sono *attività sociali*. *Queste comprendono le attività abituali e i ruoli sociali* che assicurano la sopravvivenza e il benessere del/la bambino/a nella società durante tutta la durata della vita. Il compimento delle abitudini di vita dipende dall'età, l'educazione del/la bambino/a, le caratteristiche del contesto e di fatto da altri fattori.

SPECIMEN

Abitudini di vita	Ruoli sociali
Comunicazione	Responsabilità
Mobilità	Relazioni interpersonali
Nutrizione	Vita di comunità e spirituale
Benessere fisico e benessere psicologico	Formazione
Salute e cura della persona	Lavoro
Abitazione	Attività ricreative

Ti viene richiesto di indicare come il/la bambino/a svolge generalmente ogni abitudine di vita durante la sua quotidianità. **Questo, per il/la bambino/a, rappresenta il modo più frequente di compierla.**

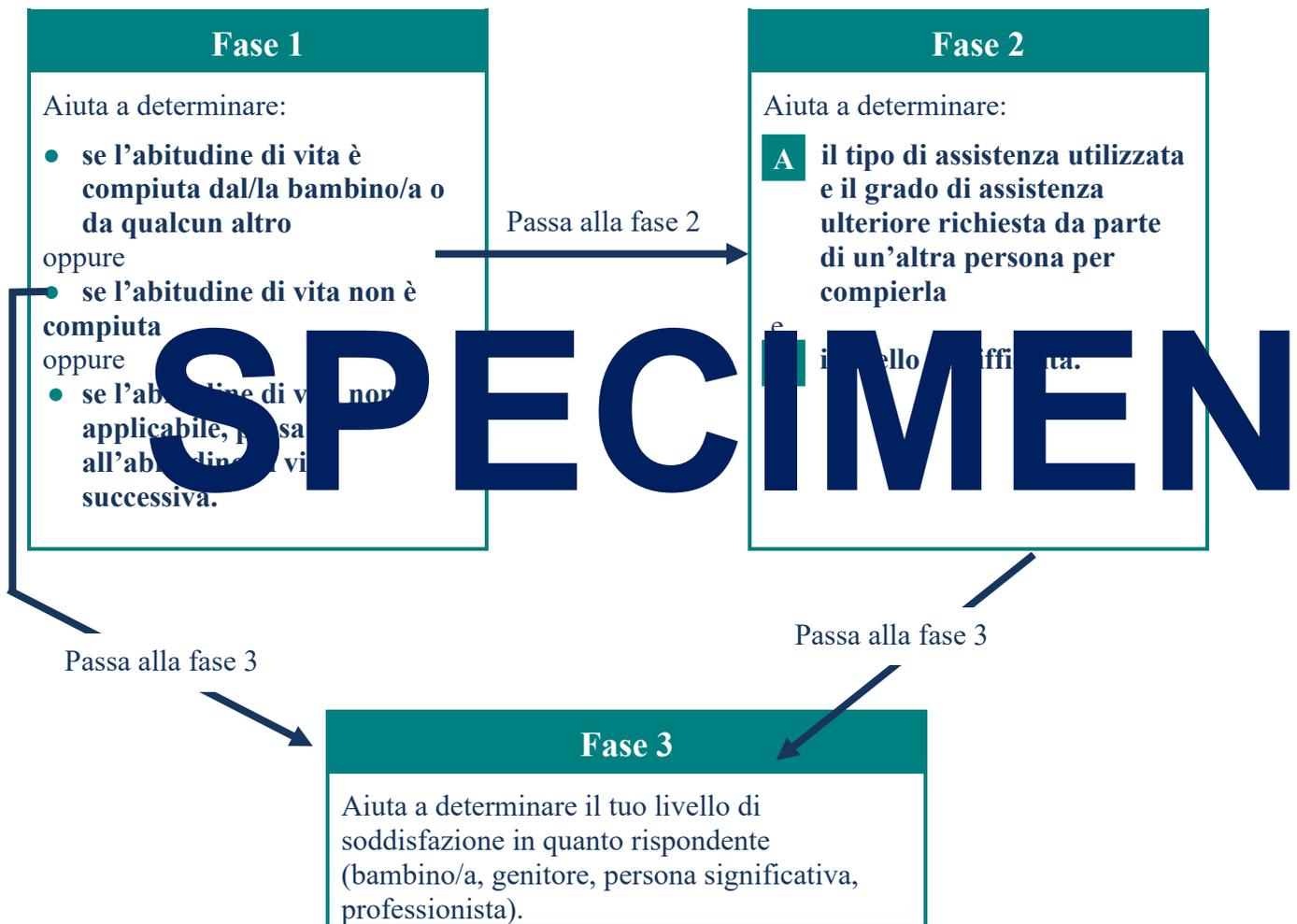
Note per chi risponde

Per favore rispondi liberamente a questo questionario secondo le tue impressioni; non esistono risposte giuste o sbagliate. Se non ti senti a tuo agio nel rispondere ad alcuni degli items, più personali, sentiti libero di saltarli.

SPECIMEN

Fasi e struttura del questionario

Per ognuna delle seguenti abitudini di vita, per favore segui queste tre fasi:



Qui è riportata la struttura della griglia che si trova all'inizio di ogni pagina del questionario

	Fase 1	Fase 2		Fase 3
	Questa abitudine di vita è:	A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)	B Livello di difficoltà	Livello di soddisfazione
<p>Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)</p> <p>N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.</p>	<p>aiuta (Da solo o con l'aiuto di un bambino/a o da qualcun altro)</p> <p>Non compiuta (Passa alla fase 3)</p> <p>Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)</p>	<p>Dispositivo di assistenza**</p> <p>Adattamento**</p> <p>Nessuna assistenza</p> <p>Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)</p> <p>Significativa</p> <p>Completa</p>	<p>A o con poca difficoltà</p> <p>Con qualche difficoltà</p> <p>Con molta difficoltà</p>	<p>soddisfatto ☺</p> <p>Soddisfatto ☺</p> <p>disfatto ☹</p> <p>Molto insoddisfatto ☹</p>

SPECIMEN

Istruzioni per chi risponde:

Questa abitudine di vita fa parte della vita del/la bambino/a?

Fase 1

Per ognuna delle seguenti abitudini di vita indica se è compiuta, non compiuta o non applicabile.

Compiuta

L'abitudine di vita è compiuta dal/la bambino/a o da qualcun altro. Le abitudini di vita sono parte della realtà del/la bambino/a anche se compiute da un genitore, da una persona significativa o da un professionista, perché:

- 1) Le disabilità sono troppo severe, oppure
- 2) Gli ostacoli sono troppo grandi.

Non compiuta

L'abitudine di vita non è compiuta perché:

- 1) Le disabilità sono troppo severe;
- 2) Gli ostacoli sono troppo grandi;
- 3) C'è una mancanza di assistenza.

SPECIMEN

Non applicabile

La categoria “non applicabile” dovrebbe essere utilizzata solo se l'abitudine di vita in questione non fa parte della vita del/la bambino/a. Accertati che la tua risposta non sia giustificabile dalla severità della disabilità del/la bambino/a, dalla presenza di barriere eccessive nell'ambiente, o dalla mancanza di assistenza.

Questa abitudine di vita non è parte delle attività quotidiane del/la bambino/a perché:

- 1) Non l'ha mai fatta (utilizzo di trasporto pubblico...);
- 2) Età o genere (utilizzo di prodotti per l'igiene mestruale...);
- 3) L'inesistenza di fattori ambientali richiesti per lo svolgimento dell'abitudine di vita;
- 4) Una scelta personale, familiare o socioculturale (attività artistiche, musica, pittura, danza...).

Istruzioni per chi risponde: Tipi di assistenza utilizzati

Fase 2-A

Per ognuna delle seguenti abitudini di vita, indica i tipi di assistenza usati.

Puoi selezionare più di una casella (tipi di assistenza usati), se tutte corrispondono al modo in cui il/la bambino/a compie l'abitudine di vita. Di seguito le definizioni di ogni tipo di assistenza.

Dispositivo di assistenza

Qualsiasi supporto (non da parte di una persona) necessario per portare a termine l'abitudine di vita quali carrozzina, supporto visivo, apparecchio acustico, sedia per fare il bagno, farmaci, carte con pittogrammi o altri accessori. In generale, **il/la bambino/a può portare il dispositivo di assistenza con sé**. La casella **Dispositivo di assistenza** dovrebbe essere selezionata solo se il compimento dell'abitudine di vita da parte del/la bambino/a ne richiede l'uso. I dispositivi di assistenza per la mobilità e la comunicazione dovrebbero essere considerati solo nelle sezioni specifiche *Mobilità e Comunicazione* all'interno del questionario. Questi dispositivi di assistenza dovrebbero essere esclusi da altre categorie di abitudini di vita. La casella "Dispositivo di assistenza" dovrebbe essere selezionata solo se il compito addizionale è un compito che richiede il compimento dell'abitudine di vita.

Adattamento

Qualsiasi modifica dell'ambiente del/la bambino/a o compito per facilitare il compimento dell'abitudine di vita quali una rampa di accesso, una porta più larga, modifiche nell'illuminazione, adattamento del compito, modifiche architettoniche, modifica dell'abitudine di vita o **del tempo assegnato per compierla (più tempo a disposizione per portarla a termine)**. In generale, **il/la bambino/a non può portare fisicamente gli adattamenti con sé**.

Necessità di assistenza aggiuntiva da parte di una persona

Si definisce come qualsiasi persona che assista il/la bambino/a nel compimento delle sue abitudini di vita, inclusi membri della famiglia, persone significative, professionisti, ecc. Include l'assistenza fisica, la supervisione, la guida verbale, l'incoraggiamento. Questa assistenza aggiuntiva è richiesta a causa della disabilità del/la bambino/a o degli ostacoli presenti nell'ambiente in cui vive ed è supplementare all'assistenza richiesta da ragazzi della stessa età senza disabilità.

Se il/la bambino/a non necessita di ulteriore assistenza rispetto ad un coetaneo di pari età senza disabilità, seleziona la casella **Nessuna assistenza**.

SPECIMEN

Istruzioni per chi risponde: Livelli di assistenza aggiuntiva da parte di una persona

Nessuna assistenza aggiuntiva da parte di una persona

Il/la bambino/a compie l'abitudine di vita da solo/a o con l'assistenza solitamente richiesta da una persona della stessa età senza disabilità.

v

e assistenza aggiuntiva da parte di una persona:

In generale e solitamente, il/la bambino/a:

- compie l'abitudine di vita con assistenza verbale o fisica (inclusa la supervisione), per una piccola parte di essa.
- Compie la maggior parte dell'abitudine di vita ma richiede supervisione occasionale (richiamo delle istruzioni necessarie per iniziare un compito o adattarsi durante la sua realizzazione).

SPECIMEN

Significativa assistenza aggiuntiva da parte di una persona:

In generale e solitamente, il/la bambino/a partecipa attivamente al compimento dell'abitudine di vita ma è richiesta assistenza fisica o verbale (inclusa la supervisione) per la maggioranza o la maggior parte dell'abitudine di vita (più del 50%).

Completa assistenza aggiuntiva da parte di una persona:

Il/la bambino/a non può partecipare attivamente al compimento dell'abitudine di vita, che è svolta completamente con assistenza di una persona perché:

- 1) Le disabilità sono troppo severe, oppure
- 2) Gli ostacoli sono troppo grandi.

Istruzioni per chi risponde:

Livelli di difficoltà

Fase 2-B

Per ognuna delle seguenti abitudini di vita, indica il livello di difficoltà percepito nel compimento della stessa.

In questa sottosezione, per favore seleziona **solo un livello di difficoltà** per ogni abitudine di vita nella griglia. Le seguenti descrizioni spiegano come si definisce ogni livello di realizzazione.

Senza o con poca difficoltà

Il/la bambino/a compie l'abitudine di vita facilmente o con poca difficoltà anche se questa richiede un adattamento, un dispositivo di assistenza o assistenza aggiuntiva da parte di una persona, se applicabile.

Con qualche difficoltà

Il/la bambino/a compie l'abitudine di vita con difficoltà (con un po' di disagio e sforzi...) anche in presenza di un dispositivo di assistenza, un adattamento o assistenza aggiuntiva da parte di una persona, se applicabile.

Con molta difficoltà

Il/la bambino/a compie l'abitudine di vita con difficoltà (con molto di disagio e sforzi...) anche se in presenza di un dispositivo di assistenza, un adattamento o assistenza aggiuntiva da parte di una persona, se applicabile.

Se la risposta data è “dipende” o “50/50” e chi risponde è in dubbio tra due livelli di difficoltà, dovresti scegliere il livello con il più alto grado di difficoltà.

SPECIMEN

Istruzioni per chi risponde: Livelli di soddisfazione

Fase 3

Per ognuna delle seguenti abitudini di vita scegli una delle seguenti opzioni:

La tua percezione del livello di soddisfazione del/la bambino/a mentre compie le sue abitudini di vita;

Il tuo livello personale di soddisfazione per il modo in cui il/la bambino/a compie le sue abitudini di vita

Ogni livello di soddisfazione per le abitudini di vita è solo un indicatore, principalmente per decidere la rilevanza di un intervento nel contesto di realizzazione di un'abitudine di vita.

Il livello di soddisfazione deve essere indicato per ogni abitudine di vita.

Sono disponibili due opzioni:

- Indica la tua percezione del livello di soddisfazione del/la bambino/a nel compimento delle sue abitudini di vita. Le risposte dovrebbero essere basate sulla tua realtà quotidiana e sulla tua esperienza di vita.
- Indica il tuo personale livello di soddisfazione riguardante il modo in cui il/la bambino/a compie le sue abitudini di vita. È importante segnalare nel modulo "Identificazione del/la Bambino/a e di chi Risponde" quale delle due precedenti opzioni è stata scelta.

SPECIMEN

Per alcune abitudini di vita, le caselle **Non compiuta** o **Non applicabile** non dovrebbero essere selezionate (es: addormentarsi, dormire, svegliarsi) poiché queste abitudini di vita sono essenziali per la sopravvivenza del/la bambino/a.

Quando l'abitudine di vita è compiuta dal/la bambino/a, devi selezionare le caselle appropriate per i tipi di assistenza utilizzati, il livello di difficoltà e il livello di soddisfazione.

Per ogni abitudine di vita (*da pagina 18 a 38*), il contenuto tra parentesi è da considerarsi illustrativo e non esaustivo.

Inoltre, non è obbligatorio per un bambino/compilare tutte le abitudini di vita contenute nel questionario. Dovresti focalizzarti solo su ciò che per lui/lei è rilevante.

SPECIMEN

Esempi di realizzazione di alcune abitudini di vita

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3					
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)			B Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione					
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza **	Adattamento **	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona * (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.															

Partecipare alla realizzazione di pasti semplici (panino, insalata, spuntino...)

Se il/la bambino/a partecipa o realizza questa abitudine di vita, seleziona la casella Compiuta . Dovresti anche selezionare le caselle riguardanti i tipi di assistenza usati, il livello di difficoltà e il livello di soddisfazione.	✓					✓				✓			✓		
Se il/la bambino/a non “partecipa alla preparazione di pasti semplici” a causa della disabilità o degli ostacoli, questa abitudine di vita non è parte delle attività quotidiane del/la bambino/a e dovrebbe essere selezionata la casella Non applicabile .		✓													✓
Se il/la bambino/a non “partecipa alla preparazione di pasti semplici” per scelta personale o della famiglia (e non a causa della disabilità o degli ostacoli), questa abitudine di vita non è parte delle attività quotidiane del/la bambino/a e dovrebbe essere selezionata la casella Non applicabile .			✓												
Se il/la bambino/a richiede utensili adattati o dispositivi speciali (pinze, ortesi, apriscatola...) per prendere parte alla preparazione di pasti semplici, seleziona la casella Compiuta , la casella Dispositivo di assistenza e la casella del livello di soddisfazione.	✓			✓		✓				✓			✓		
Se il/la bambino/a richiede più tempo per realizzare questa abitudine di vita, seleziona la casella Compiuta , la casella Adattamento e la casella del livello di soddisfazione.	✓				✓	✓				✓				✓	

Esempi di realizzazione di alcune abitudini di vita (continua)

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3							
	Questa abitudine di vita è:			A			B			Livello di soddisfazione							
	Questa abitudine di vita è:			Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)						Livello di difficoltà		Livello di soddisfazione					
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	☺ ☺		☺ ☹		☹ ☹	
						Nessuna assistenza	Lieve	Significativa				Completa	Molto soddisfatto		Soddisfatto		Insoddisfatto

Muoversi in siti ricreativi locali

Se il/la bambino/a utilizza una carrozzina e volesse andare in un sito ricreativo non accessibile in carrozzina (nessuna rampa o ascensore), seleziona la casella **Non applicabile**. Questo significa che l'abitudine di vita non è completa a causa di ostacoli troppo grandi o a causa di una carenza di assistenza.

Comunque, se il/la bambino/a non frequenta alcun sito ricreativo locale (nessun interesse o nessun bisogno...), seleziona la casella **Non applicabile**.

Se il /la bambino/a utilizza una rampa di accesso per compiere questa abitudine di vita, seleziona la casella **Compiuta**, la casella **Adattamento** e la casella con il livello di soddisfazione appropriato.

SPECIMEN

Esempi di realizzazione di alcune abitudini di vita (continua)

<p>Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)</p> <p>N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.</p>	Fase 1			Fase 2						Fase 3					
	Questa abitudine di vita è:			A			B			Livello di soddisfazione					
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)			Livello di difficoltà								
			Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto	
					Nessuna assistenza	Lieve	Significativa	Completa				☺☺	☺	☹	☹☹

Usare un telefono a casa

Se il/la bambino/a usa un apparecchio acustico per fare la telefonata, seleziona la casella **Compiuta**, la casella **Dispositivo di assistenza**, così come le caselle appropriate per il livello di difficoltà e livello di soddisfazione.

✓			✓						✓			✓		
---	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Usare una radio, una televisione, un computer, un impianto stereo

Se il/la bambino/a utilizza un supporto visivo (sistema telescopico, leggìo, puntatore ingrandito, software di ingrandimento dei caratteri), seleziona la casella **Compiuta** e la casella **Dispositivo di assistenza**. Se il/la bambino/a richiede più tempo per effettuare il compito, seleziona la casella **Adattamento**. Se il/la bambino/a necessita più indicazioni verbali o incoraggiamento rispetto a chiunque altro abbia la stessa età senza disabilità, seleziona la casella **Assistenza aggiuntiva da parte di una persona**. Dovresti anche selezionare le caselle appropriate per il livello di difficoltà e livello di soddisfazione.

✓			✓	✓	✓				✓			✓		
---	--	--	---	---	---	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Comunicare attraverso la scrittura (messaggio, biglietto di auguri...)

Se il/la bambino/a richiede più tempo per compiere questa abitudine di vita, seleziona la casella **Compiuta**, la casella **Adattamento** e le caselle con l'appropriato livello di difficoltà e livello di soddisfazione.

✓				✓					✓					✓
---	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

Identificazione del/la bambino/a e di chi risponde

1 Nome :

2 Data di nascita : GG MM AAAA
/ /

3 Genere : Femmina Maschio

4 Data di valutazione : GG MM AAAA
/ /

5 Chi risponde è :

- Il/la bambino/a in modo autonomo
- Il/la bambino/a con assistenza di un genitore, di una persona significativa o di un professionista
(padre madre o altro _____)
- Un genitore o una persona significativa che rispondono in modo autonomo
(padre madre o altro _____)
- Un genitore o una persona significativa valutata con l'assistenza di un professionista
(padre madre o altro _____)
- Un professionista (nome e disciplina) _____

SPECIMEN

Se il/la bambino/a non è presente, per favore spiega perché:

6 Il livello di soddisfazione del/la bambino/a è :

- la soddisfazione del/la bambino/a
- la soddisfazione del/la bambino/a percepita da un genitore, da una persona significativa o da un professionista

7 Altre informazioni rilevanti :

SCALA DI REALIZZAZIONE DELL'ABITUDINE DI VITA

	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona					
	Nessuna assistenza	Lieve	Significativa	Completa	Dispositivo di assistenza	Adattamento
Senza o con poca difficoltà	0	2	4	7	3	5
Con qualche difficoltà	2	3	6	9	3	5
Con molta difficoltà	5	6	7	10	3	5
Non compiuta	20					

SPECIMEN

Questionario

<p>Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)</p> <p>N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.</p>	Fase 1			Fase 2						Fase 3						
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)			B Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione						
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto	
Comunicazione																
Comunicare con un adulto a casa o all'interno della comunità (far conoscere i propri bisogni, esprimere le proprie idee...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Comunicare con un/a bambino/a a casa o all'interno della comunità (far conoscere i propri bisogni, esprimere le proprie idee...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1
Comunicare con un gruppo di persone a casa o all'interno della comunità (far conoscere i propri bisogni, esprimere le proprie idee...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2
Sostenere una conversazione a casa o all'interno della comunità (esprimere la propria opinione, discutere, argomentare...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3
Comunicare attraverso la scrittura (messaggio, biglietto di auguri...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.4
Comunicare attraverso internet (E-mail, CHAT, Webcam...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5
Leggere e comprendere informazioni scritte (giornali, libri, lettere, segnali stradali, istruzioni...) Nota: Se leggi con gli occhiali, seleziona la casella Dispositivo di assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.6
Usare il telefono a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.7
Usare un telefono pubblico o un cellulare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.9

* **Assistenza aggiuntiva da parte di una persona** rappresenta qualsiasi assistenza aggiuntiva da parte di una persona (assistenza fisica, supervisione, guida verbale, incoraggiamento, ecc.) riguardo il compimento delle abitudini di vita da parte del/la bambino/a, in aggiunta all'assistenza richiesta da qualcun altro della stessa età senza disabilità, **23** causa delle "sue disabilità" o "ostacoli presenti nel suo ambiente". La casella **Nessuna assistenza** dovrebbe essere selezionata se il/la bambino/a non necessita assistenza aggiuntiva da parte di una persona.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3					
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)			B Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione					
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1))			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.															
Comunicazione (continua...)															
Utilizzare una radio, una televisione, un computer, internet, un lettore DVD o un impianto stereo...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commenti															

SPECIMEN

Mobilità															
Entrare e uscire dalla propria casa															
Muoversi nella propria casa															
Muoversi nei dintorni della propria casa (cortile, vialetto di accesso...)															
Muoversi per strada e sul marciapiede															
Attraversare la strada ad un incrocio															
Muoversi su una superficie scivolosa o irregolare (neve, ghiaccio, erba, ghiaia...)															

** Le caselle **Dispositivo di assistenza** e **Adattamento** dovrebbero essere selezionate solo se il compimento dell'abitudine di vita da parte del/la bambino/a lo richiede. I dispositivi di assistenza relativi alla mobilità e alla comunicazione dovrebbero essere considerati solo per le sezioni specifiche *Mobilità* e *Comunicazione* del questionario.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2				Fase 3								
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)				B Livello di difficoltà		Livello di soddisfazione						
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)		Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto		
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.	Mobilità (continua...)													2		
	Andare a piedi o utilizzare un mezzo di trasporto scolastico per andare a scuola Nota: un mezzo di trasporto adattato è considerato un adattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.7
	Entrare e muoversi nella scuola e nel cortile della scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.8
	Muoversi in luoghi ricreativi nella comunità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.9
	Entrare e muoversi nei negozi e nei locali che erogano servizi (ristoranti, negozi di alimentari, cliniche mediche...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.10
	Muoversi in bicicletta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.11
	Essere passeggero in un veicolo (entrare ed uscire, allacciare le cinture di sicurezza...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.12
Utilizzare mezzi di trasporto in qualità di passeggero (auto, trasporto pubblico, taxi...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.13	
Commenti																

* **Assistenza aggiuntiva da parte di una persona** rappresenta qualsiasi assistenza aggiuntiva da parte di una persona (assistenza fisica, supervisione, guida verbale, incoraggiamento, ecc.) riguardo il compimento delle abitudini di vita da parte del/la bambino/a, in aggiunta all'assistenza richiesta da qualcun altro della stessa età senza disabilità, a causa delle "sue disabilità" o "ostacoli presenti nel suo ambiente". La casella **Nessuna assistenza** dovrebbe essere selezionata se il/la bambino/a non necessita assistenza aggiuntiva da parte di una persona.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3						
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)			B Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione						
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto	
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.	Nutrizione (da questa sezione in poi, nel rispondere alle domande non dovresti considerare i dispositivi di assistenza relativi alla mobilità e alla comunicazione)															
	Selezionare il cibo appropriato per gli spuntini e i pasti, secondo il proprio gusto e le proprie esigenze particolari (quantità, freschezza, tipologia di cibo, dieta personale...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Prendere parte alla preparazione di un pasto semplice (panino, insalata, spuntino...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Prendere parte alla preparazione di un pasto completo, come un antipasto, una portata principale, o un dolce, o preparare una ricetta e utilizzare elettrodomestici...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Consumare un pasto (compreso l'utilizzo di piatti e utensili, il rispetto delle istruzioni e le buone maniere dello stare a tavola secondo le abitudini della famiglia o i costumi della società...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mangiare al ristorante (servizio al tavolo, ordinare, fast food...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Utilizzare un distributore automatico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Commenti																

** Le caselle **Dispositivo di assistenza** e **Adattamento** dovrebbero essere selezionate solo se il compimento dell'abitudine di vita da parte del/la bambino/a lo richiede. I dispositivi di assistenza relativi alla mobilità e alla comunicazione dovrebbero essere considerati solo per le sezioni specifiche *Mobilità* e *Comunicazione* del questionario.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3						
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)			B Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione						
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà con qualche difficoltà	con molta difficoltà	molto soddisfatto	soddisfatto	insoddisfatto	molto insoddisfatto		
Salute e cura della persona																
Prendersi cura della propria igiene personale (lavarsi le mani, lavarsi i denti, fare un bagno o una doccia...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1
Tagliarsi i capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2
Utilizzare i servizi igienici nella propria casa (incluso lavandino, gabinetto, qualsiasi altro materiale richiesto per l'evacuazione...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3
Utilizzare i servizi igienici al di fuori della propria casa (includendo lavandino, gabinetto, qualsiasi altro materiale richiesto per l'evacuazione...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4
Vestirsi e spogliarsi (scegliere e mettersi i vestiti, inclusi bottoni, cerniere, lacci delle scarpe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5
Cambiarsi i vestiti quando sono macchiati o sporchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6
Indossare e togliersi ortesi, protesi, lenti a contatto, occhiali da vista, apparecchi acustici...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.7
Partecipare alla manutenzione delle proprie ortesi, protesi, lenti a contatto, occhiali da vista, apparecchi acustici...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.8
Partecipare alla cura della propria salute (applicare un cerotto, prendere le proprie medicine, chiedere aiuto...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.9

SPECIMEN

** Le caselle **Dispositivo di assistenza** e **Adattamento** dovrebbero essere selezionate solo se il compimento dell'abitudine di vita da parte del/la bambino/a lo richiede. I dispositivi di assistenza relativi alla mobilità e alla comunicazione dovrebbero essere considerati solo per le sezioni specifiche *Mobilità* e *Comunicazione* del questionario.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2				Fase 3						
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Seleziona 1 o più, come richiesto)				B Livello di difficoltà		Livello di soddisfazione				
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Seleziona solo 1)		Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.											😊😊	😊	😞	😞
Salute e cura della persona (continua...)														5
Utilizzare i servizi di assistenza sanitaria (una clinica medica, un ospedale o un centro di riabilitazione, uno studio dentistico...)														5.10
Commenti														

SPECIMEN

Abitazione														6
Prendere parte all'organizzazione della propria stanza														6.1
Partecipare a lavori domestici (rifare il proprio letto, mettere in ordine i propri giochi ed effetti personali, spazzare, ripulire un danno...)														6.2
Partecipare alla manutenzione dell'esterno della casa (erba, neve, foglie, giardino...)														6.3
Prendere parte allo svuotamento di cesti dell'immondizia e portare fuori la spazzatura														6.4

* **Assistenza aggiuntiva da parte di una persona** rappresenta qualsiasi assistenza aggiuntiva da parte di una persona (assistenza fisica, supervisione, guida verbale, incoraggiamento, ecc.) riguardo il compimento delle abitudini di vita da parte del/la bambino/a, in aggiunta all'assistenza richiesta da qualcun altro della stessa età senza disabilità, a causa delle "sue disabilità" o "ostacoli presenti nel suo ambiente". La casella **Nessuna assistenza** dovrebbe essere selezionata se il/la bambino/a non necessita assistenza aggiuntiva da parte di una persona.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3									
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)				B Livello di difficoltà		Livello di soddisfazione									
	Compiuta (Dalla bambino/a da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto				
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.																			
Relazioni interpersonali																	8		
Mantenere una relazione emotiva con i propri genitori (esprimere le proprie emozioni e sentimenti, abbracci, gioia, rabbia...)																			8.1
Mantenere una relazione emotiva con i propri fratelli e sorelle (esprimere le proprie emozioni e sentimenti, abbracci, gioia, rabbia...)																			8.2
Mantenere una relazione emotiva con altri parenti (esprimere le proprie emozioni e sentimenti, abbracci, gioia, rabbia...)																			8.3
Mantenere amicizie																			8.4
Mantenere legami sociali con gli adulti che lo/la circondano (insegnanti, istruttori...)																			8.5
Mantenere legami sociali con altri bambini (scuola, attività ricreative, vicini...)																			8.6
Gestire i conflitti con gli altri																			8.7

** Le caselle **Dispositivo di assistenza** e **Adattamento** dovrebbero essere selezionate solo se il compimento dell'abitudine di vita da parte del/la bambino/a lo richiede. I dispositivi di assistenza relativi alla mobilità e alla comunicazione dovrebbero essere considerati solo per le sezioni specifiche *Mobilità* e *Comunicazione* del questionario.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3					
	Questa abitudine di vita è:			A			B			Livello di soddisfazione					
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)						Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione		
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.															
			Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Nessuna assistenza	Lieve	Significativa	Completa	Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
Relazioni interpersonali (continua...)															
Essere coinvolto/a o partecipare ad attività di educazione sessuale (informazione, discussioni, esplorazione del corpo...)															
															8
															8.8
Commenti															

SPECIMEN

Vita spirituale e di comunità															
Partecipare come membro di associazioni studentesche (assemblea di istituto, consiglio di classe, comitato extracurriculare...)															
															9.1
Partecipare come membro di associazioni sportive o ricreative (scout, club...)															
															9.2
Partecipare ad attività di gruppi di auto-aiuto e di interesse (diritti umani, ecologia...)															
															9.3

* **Assistenza aggiuntiva da parte di una persona** rappresenta qualsiasi assistenza aggiuntiva da parte di una persona (assistenza fisica, supervisione, guida verbale, incoraggiamento, ecc.) riguardo il compimento delle abitudini di vita da parte del/la bambino/a, in aggiunta all'assistenza richiesta da qualcun altro della stessa età senza disabilità, a causa delle "sue disabilità" o "ostacoli presenti nel suo ambiente". La casella **Nessuna assistenza** dovrebbe essere selezionata se il/la bambino/a non necessita assistenza aggiuntiva da parte di una persona.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						fase 3				
	Questa abitudine di vita è:			A			B			Livello di soddisfazione				
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)						Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione	
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.				Dispositivo di assistenza**		Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)				Senza o con poca difficoltà			Molto soddisfatto	
				Adattamento**		Nessuna assistenza	Lieve	Significativa	Completa	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà		Soddisfatto	Insoddisfatto
Vita spirituale e di comunità (continua...)														9
Partecipare ad attività religiose o spirituali (a casa, in chiesa o in altri luoghi di culto, rituali...)														9.4
Commenti														

SPECIMEN

Formazione														10
Partecipare ad attività prescolari (scuola materna...)														10.1
Partecipare ad attività di apprendimento scolastiche (laboratori, seguire un corso, completare esercizi ed esami pratici...)														10.2
Prendere parte a lezioni specializzate (educazione fisica, musica...)														10.3
Lavorare a progetti di gruppo														10.4

** Le caselle **Dispositivo di assistenza** e **Adattamento** dovrebbero essere selezionate solo se il compimento dell'abitudine di vita da parte del/la bambino/a lo richiede. I dispositivi di assistenza relativi alla mobilità e alla comunicazione dovrebbero essere considerati solo per le sezioni specifiche *Mobilità* e *Comunicazione* del questionario.

<p>Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)</p> <p>N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.</p>	Fase 1			Fase 2						Fase 3						
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)				B Livello di difficoltà		Livello di soddisfazione						
	Compiuta (Dalla bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)				Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Soddisfatto		Insoddisfatto	
						Nessuna assistenza	Lieve	Significativa	Completa				Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto
Formazione (continua...)															10	
Utilizzare servizi ed infrastrutture della scuola (scuola, caffetteria, cortile della scuola, palestra...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.5
Fare i compiti per casa (fare i propri compiti per casa...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.6
Partecipare ad attività organizzate dalla scuola (attività extracurricolari, gite, giorni speciali...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10.7
SPECIMEN																
Lavoro															11	
Svolgere piccoli lavori con una piccola ricompensa diversi da quelli svolti a casa (fare da baby-sitter, volantaggio, tosare il prato...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.1
Cercare un piccolo lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.2

* **Assistenza aggiuntiva da parte di una persona** rappresenta qualsiasi assistenza aggiuntiva da parte di una persona (assistenza fisica, supervisione, guida verbale, incoraggiamento, ecc.) riguardo il compimento delle abitudini di vita da parte del/la bambino/a, in aggiunta all'assistenza richiesta da qualcun altro della stessa età senza disabilità, a causa delle "sue disabilità" o "ostacoli presenti nel suo ambiente". La casella **Nessuna assistenza** dovrebbe essere selezionata se il/la bambino/a non necessita assistenza aggiuntiva da parte di una persona.

Segui le prossime tre fasi (Seleziona le caselle appropriate)	Fase 1			Fase 2						Fase 3						
	Questa abitudine di vita è:			A Tipi di assistenza utilizzati (Selezionane 1 o più, come richiesto)			B Livello di difficoltà			Livello di soddisfazione						
	Compiuta (Dal/la bambino/a o da qualcun altro)	Non compiuta (Passa alla fase 3)	Non applicabile (Passa alla prossima abitudine di vita)	Dispositivo di assistenza**	Adattamento**	Assistenza aggiuntiva da parte di una persona* (Selezionane solo 1)			Senza o con poca difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto	Molto insoddisfatto	
N.B.: Tieni a mente che le risposte dovrebbero riflettere il modo in cui abitualmente il bambino svolge le abitudini di vita.												☺	☺	☹	☹	
Lavoro (continua...)																
Svolgere piccoli lavori non retribuiti diversi da quelli svolti a casa (aiutare i vicini, prestare servizi di volontariato...)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Commenti															

11

11.3

SPECIMEN

Attività ricreative																
Scegliere le proprie attività fisiche, ricreative e sportive	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Praticare sport o attività fisica al chiuso (nuoto, pattinaggio, basket, pallavolo...)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Praticare sport o attività fisica all'aperto (calcio, rugby, ciclismo, tennis...)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Giocare a giochi individuali o di gruppo al chiuso (giochi di carte, giochi elettronici...)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

12

12.1

12.2

12.3

12.4

** Le caselle **Dispositivo di assistenza** e **Adattamento** dovrebbero essere selezionate solo se il compimento dell'abitudine di vita da parte del/la bambino/a lo richiede. I dispositivi di assistenza relativi alla mobilità e alla comunicazione dovrebbero essere considerati solo per le sezioni specifiche *Mobilità* e *Comunicazione* del questionario.

