

**INDAGINE SULLE FAMIGLIE DEGLI
STUDENTI CON DISABILITA'**

EDIZIONE 2024

QUESTIONARIO

Versione provvisoria

Sommario

1. Caratteristiche socio-demografiche della famiglia	2
2. Salute funzionamento e ausili	4
3. Percorso diagnostico	10
4. Ricorso ai servizi socio-sanitari	12
5. Cura dei figli e lavoro	15
6. Inclusione scolastica.....	19
7. Partecipazione sociale.....	27

Breve introduzione sul tema specifico che andremo a trattare

Il suo nominativo è stato estratto dalle liste anagrafiche comunali, insieme a quello di altri 30 mila individui, per partecipare a questa indagine.

Da il consenso a partecipare all'indagine?

All'inizio dell'intervista dovremmo conoscere per ciascuna famiglia intervistata la presenza del bambino/ragazzo di riferimento (nome, età presenza/assenza di certificazione).

Per verificare che i nostri dati siano corretti si procede con la verifica della scheda seguente in parte precompilata con i dati dello stato di famiglia (vedi allegato 1- codici scheda)

1. Caratteristiche socio-demografiche della famiglia

(Per tutti i componenti della famiglia)

SCHEMA GENERALE

N. d'ordine dei componenti	Posizione con riferimento all'indirizzo della famiglia anagrafica	Relazione di parentela o di convivenza con la persona di riferimento (PR) del questionario	Sesso	Anno di nascita	15 ANNI E PIÙ			15 ANNI E PIÙ		Situazione alla stessa data dell'anno precedente		Solo per le persone coniugate coabitanti col coniuge (codice 2 a colonna 6)		
					Stato civile	Titolo di studio più alto conseguito	Condizione unica o prevalente	Fonte principale di reddito	7 ANNI E PIÙ		Anno del matrimonio attuale	Stato civile prima del matrimonio attuale		
									Stato civile	Titolo di studio più alto conseguito				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
0	1	PR	0	1										

Col. 1 - Numero d'ordine dei componenti

N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)

Col. 2 - Posizione con riferimento all'indirizzo della famiglia anagrafica

Dimorante
- abitualmente presente..... 1
- temporaneamente assente..... 2

Col. 3 - Relazione di parentela con PR

PR (persona di riferimento del questionario) 01
Coniuge di 01 02
Convivente (coniugamente) di 01 03
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 01 04
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01 05
Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza 06
Figlio di 01 o del coniuge o convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a) 07
Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) 08
Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) 09
Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) 10
Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) 11
Fratello/sorella di 01 12
Fratello/sorella del coniuge o convivente di 01 13
Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01) 14
Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01) 15
Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01) 16
Persona legata da amicizia 17

Col. 4 - Sesso

Maschio 1
Femmina 2

Col. 5 - Anno di nascita

Indicare l'anno di nascita con 4 cifre (es. 1952)

Coll. 6 e 10 - Stato civile attuale (6 anni e più) e dell'anno precedente (7 anni e più)

Celibe o nubile 1
Coniugato/a coabitante col coniuge 2
Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto) 3
Separato/a legalmente 4
Divorziato/a 5
Vedovo/a 6

(a) A colonna 3 il cod. 07 va utilizzato solo nel caso di due o più matrimoni (o convivenze). Nel caso di un solo matrimonio (o convivenza) anche se cessato utilizzare cod. 06.

Coll. 7 e 11 - Titolo di studio più alto conseguito (6 anni e più) e dell'anno precedente (7 anni e più)

Dottorato di ricerca, Diploma accademico di formazione alla ricerca (AFAM) 01
Laurea di 4-6 anni (laurea specialistica/magistrale a ciclo unico o laurea del vecchio ordinamento), Master di II livello, Diploma di specializzazione post-laurea 02
Laurea specialistica/magistrale biennale, Diploma accademico di alta formazione artistica, musicale e coreutica (AFAM) di II livello 03
Laurea di 3 anni di I livello, Diploma accademico di alta formazione artistica, musicale e coreutica (AFAM) di I livello, Master di I livello 04
Diploma universitario di 2-3 anni, Diploma di Scuola diretta a fini speciali o di Scuola parauniversitaria 05
Diploma del vecchio ordinamento di Accademia (Belle Arti, Nazionale di Arte Drammatica, Nazionale di Danza), di Conservatorio di Musica Statale, di Istituto di Musica Pareggiato, di Istituto Superiore Industrie Artistiche 06
Diploma di Tecnico Superiore - ITS (corsi biennali) 07
Certificato di Specializzazione Tecnica Superiore - IFTS, Diploma di qualifica professionale regionale di II livello (post diploma) 08
Diploma di maturità/Diploma di istruzione secondaria superiore (di II grado) di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'università 09
Attestato IFP di qualifica professionale triennale (operatore), Diploma professionale IFP di tecnico (quarto anno), Diploma di qualifica professionale regionale di I livello (almeno biennale) 10
Diploma di qualifica professionale di scuola secondaria superiore (di II grado) di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'università (Maestro d'arte, Maestro d'asilo, Qualifiche di Istituto professionale, ecc.) 11
Licenza media (o Avviamento professionale) /Diploma di istruzione secondaria di I grado 12
Licenza elementare/Attestato di valutazione finale 13
Nessun titolo - sa leggere e scrivere 14
Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere 15
Col. 8 - Condizione (15 anni e più)
Occupato/a 1
In cerca di nuova occupazione 2
In cerca di prima occupazione 3
Casalingo/a 4
Studente/essa 5
Inabile al lavoro 6
Persona ritirata dal lavoro 7
In altra condizione 8

Col. 9 - Fonte principale di reddito (15 anni e più)

Reddito da lavoro dipendente 1
Reddito da lavoro autonomo 2
Pensione 3
Indennità e provvidenze varie 4
Redditi patrimoniali 5
Mantenimento da parte dei familiari 6

Col. 12 - Anno matrimonio attuale

Indicare l'anno di matrimonio con 4 cifre (es. 1952)

Col. 13 - Stato civile precedente al matrimonio attuale

Celibe o nubile 1
Divorziato/a 5
Vedovo/a 6

SEZIONE PER TUTTI

2. Salute, funzionamento e ausili – Domande [sul/la bambino/a, ragazzo/a] (testo mobile in base all'età e al sesso del bambino)

In questa prima sezione del questionario vorrei parlare con Lei della salute di NOME BAMBINO/RAGAZZO. Le porrò alcune domande sulla salute in generale e su eventuali difficoltà che NOME può incontrare nello svolgere alcune attività come ad esempio vedere, camminare. La prego, nel rispondere non tenga conto di eventuali problemi di salute temporanei (es. ingessature, stato influenzale, traumi, ecc.).

2.1 Come va in generale la salute di [NOME]?

1. Molto bene
2. Bene
3. Né bene né male
4. Male
5. Molto male

2.2 [NOME] è affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata?

Il termine "lunga durata" si riferisce a malattie o problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino per almeno 6 mesi.

1. Sì
2. No

2.3 A causa di problemi di salute, in che misura [NOME] ha delle limitazioni nelle attività che la maggior parte dei suoi coetanei abitualmente svolgono? Direbbe di avere:

1. Limitazioni gravi
2. Limitazioni non gravi
3. Nessuna limitazione → VAI al quesito 2.5

2.4 Queste limitazioni durano da almeno 6 mesi?

1. Sì
2. No

SOLO PER LA CLASSE DI ETÀ 3-4 ANNI

2.5 [NOME] utilizza occhiali da vista?

1. Sì
2. No → VAI al quesito 2.7

2.6 Quando [NOME] usa gli occhiali da vista ha comunque difficoltà a vedere?

1. No, nessuna difficoltà → VAI al quesito 2.8
2. Sì, qualche difficoltà → VAI al quesito 2.8
3. Sì, molta difficoltà → VAI al quesito 2.8
4. Non è in grado → VAI al quesito 2.8

Se NON utilizza occhiali da vista (se quesito 2.5=2)

2.7 [NOME] ha difficoltà a vedere?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà

4. Non è in grado

2.8 [NOME] utilizza un ausilio per l'udito, ad esempio apparecchio acustico, endoprotesi, impianto cocleare?

1. Sì
2. No → VAI al quesito 2.10

2.9 Con il supporto dell'ausilio per l'udito, [NOME] ha comunque difficoltà a sentire suoni come la voce di qualcuno o la musica?

1. No, nessuna difficoltà → VAI al quesito 2.11
2. Sì, qualche difficoltà → VAI al quesito 2.11
3. Sì, molta difficoltà → VAI al quesito 2.11
4. Non è in grado → VAI al quesito 2.11

Se NON utilizza un ausilio per l'udito (se quesito 2.8=2)

2.10 [NOME] ha difficoltà a sentire suoni come la voce di qualcuno o la musica?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.11 [NOME] utilizza un ausilio o riceve aiuto per camminare?

1. Sì
2. No → VAI al quesito 2.15

2.12 Quali ausili utilizza o che tipo di aiuti riceve NOME?

(Possibili più risposte)

1. Sedia a rotelle (manuale e/o elettrica)
2. Deambulatore
3. Protesi (arti inferiori) e ortesi
4. Bastoni per camminare
5. Stampelle
6. Tutori per il piede torto/calzature speciali (ortopediche, diabetiche, neuropatiche)
7. Assistenza di qualcuno
8. Altro Specificare (_____)

2.13 Senza l'uso di questi ausili o di assistenza, [NOME] ha difficoltà a camminare?

1. Sì, qualche difficoltà
2. Sì, molta difficoltà
3. Non è in grado

2.14 Quando [NOME] usa questo/i ausilio/i o riceve l'assistenza di qualcuno, ha comunque difficoltà a camminare?

1. No, nessuna difficoltà → VAI al quesito 2.16
2. Sì, qualche difficoltà → VAI al quesito 2.16
3. Sì, molta difficoltà → VAI al quesito 2.16
4. Non è in grado → VAI al quesito 2.16

Se NON utilizza ausili o NON riceve assistenza per camminare (se quesito 2.11=2)

2.15 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà a camminare?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà

4. Non è in grado

2.16 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà a prendere piccoli oggetti con le mani come per esempio una biglia, un bottone, una piccola pietra?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.17 [NOME] ha difficoltà a capirla quando gli/le parla?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.18 Quando [NOME] comunica, Lei ha difficoltà a capirlo/la?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non sono in grado

2.19 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà a imparare cose nuove?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.20 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà nel giocare?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.21 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] quanto spesso tira calci, morde o colpisce altri bambini o adulti?

1. Mai
2. Come gli altri
3. Più degli altri
4. Molto più degli altri

SOLO PER LA CLASSE DI ETÀ > 5 ANNI

2.22 [NOME] utilizza occhiali da vista o lenti a contatto?

1. Sì
2. No → VAI al quesito 2.24

2.23 Quando [NOME] usa gli occhiali da vista o le lenti a contatto, ha comunque difficoltà a vedere?

1. No, nessuna difficoltà → VAI al quesito 2.25
2. Sì, qualche difficoltà → VAI al quesito 2.25
3. Sì, molta difficoltà → VAI al quesito 2.25
4. Non è in grado → VAI al quesito 2.25

Se NON utilizza occhiali da vista o lenti a contatto (se quesito 2.22=2)

2.24 [NOME] ha difficoltà a vedere?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.25 [NOME] utilizza un ausilio per l'udito (apparecchio acustico, endoprotesi, impianto cocleare)?

1. Sì
2. No → VAI al quesito 2.27

2.26 Con il supporto dell'ausilio per l'udito, NOME ha comunque difficoltà a sentire suoni come la voce di qualcuno o la musica?

1. No, nessuna difficoltà →VAI al quesito 2.28
2. Sì, qualche difficoltà →VAI al quesito 2.28
3. Sì, molta difficoltà →VAI al quesito 2.28
4. Non è in grado →VAI al quesito 2.28

Se NON utilizza un apparecchio acustico (se quesito 2.25=2)

2.27 [NOME] ha difficoltà a sentire suoni come la voce di qualcuno o la musica?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.28 [NOME] utilizza un ausilio o riceve aiuto per camminare?

1. Sì
2. No → VAI al quesito 2.31

2.29 Quali ausili utilizza o che tipo di aiuti riceve NOME?

(Possibili più risposte)

1. Sedia a rotelle (manuale e/o elettrica)
2. Deambulatore
3. Protesi (arti inferiori) e ortesi
4. Bastoni per camminare
5. Stampelle
6. Tutori per il piede torto/Calzature speciali (ortopediche, diabetiche, neuropatiche)
7. Assistenza di qualcuno
8. Altro Specificare (_____)

2.30 Quando [NOME] usa ausili o riceve l'assistenza di una persona, ha comunque difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 100 metri, che corrispondono circa a un campo di calcio?

1. No, nessuna difficoltà → VAI al quesito 2.32
2. Sì, qualche difficoltà → VAI al quesito 2.32
3. Sì, molta difficoltà → VAI al quesito 2.32
4. Non è in grado → VAI al quesito 2.32

Se non utilizza ausili e non riceve assistenza per camminare (se quesito 2.28=2)

2.31 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 100 metri, che corrispondono circa a un campo di calcio?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà

4. Non è in grado

2.32 [NOME] ha difficoltà a svolgere le attività di cura della propria persona, come ad esempio mangiare o vestirsi?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.33 Quando [NOME] comunica, ha difficoltà a essere capito da persone esterne alla propria famiglia?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.34 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà a imparare cose nuove?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.35 Rispetto suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà a ricordare le cose?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.36 [NOME] ha difficoltà a concentrarsi su un'attività che gli/le piace fare?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.37 [NOME] ha difficoltà ad accettare cambiamenti delle proprie abitudini?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.38 [NOME] ha difficoltà a fare amicizia?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.39 Rispetto ai suoi coetanei, [NOME] ha difficoltà a controllare il proprio comportamento?

1. No, nessuna difficoltà
2. Sì, qualche difficoltà
3. Sì, molta difficoltà
4. Non è in grado

2.40 Quanto spesso [NOME] sembra essere molto triste o depresso?

1. Tutti i giorni
2. Una o più volte alla settimana
3. Una o più volte al mese
4. Qualche volta all'anno
5. Mai

PER TUTTE LE ETÀ

I quesiti che seguono approfondiscono alcuni aspetti legati all'utilizzo degli ausili indagati precedentemente (apparecchi acustici, protesi e altri strumenti a supporto dell'autonomia). Non considerare gli occhiali e le lenti a contatto

Se NOME utilizza almeno uno degli ausili richiesti nella sezione 2 "Salute e funzionamento" ad eccezione degli occhiali/lenti a contatto [se quesito 2.8=1 o quesito 2.12=1,2,3,4,5,6,8 OPPURE (quesito 2.25=1 e quesito 2.29=1,2,3,4,5,6,8)]

2.41 Gli ausili utilizzati da [NOME] (testo mobile che riporta tra parentesi gli ausili indicati nella sezione "Salute e funzionamento") sono adeguati alle sue esigenze?

1. Sì, molto
2. Sì, abbastanza
3. No, poco
4. No, per niente

2.42 Chi ha sostenuto il costo degli ausili utilizzati da [NOME]?

1. Per intero il Sistema Sanitario Nazionale
2. Per la maggior parte il Sistema Sanitario Nazionale
3. Per la maggior parte la famiglia
4. Per intero la famiglia

2.43 Se NOME non utilizza alcuno degli ausili richiesti nella sezione 2 "Salute e funzionamento" [se (quesito 2.8=2 e quesito 2.11=2) OPPURE (quesito 2.25=2 e quesito 2.28=2)]

A) NOME avrebbe bisogno di uno o più ausili assistivi?

Se NOME utilizza almeno uno degli ausili richiesti nella sezione 2 "Salute e funzionamento" ad eccezione degli occhiali/lenti a contatto [se (quesito 2.8=1 o 2.12=1,2,3,4,5,6,8) OPPURE (quesito 2.25=1 e quesito 2.29=1,2,3,4,5,6,8)]

B) Oltre agli ausili indicati in precedenza NOME avrebbe bisogno di altri ausili assistivi?

1. Sì
2. No **Per lo sviluppo: da REGISTRO se con certificazione → VAI al quesito 3.1;
se senza certificazione → VAI al quesito 4.1**

2.44 Di quale ausilio avrebbe bisogno?

(Possibili più risposte)

1. Occhiali
2. Apparecchio acustico
3. Impianto cocleare
4. Sedia a rotelle (manuale e/o elettrica)
5. Deambulatore
6. Protesi (arti inferiori) e ortesi
7. Bastoni per camminare
8. Stampelle
9. Tutori per il piede torto/Calzature speciali (ortopediche, diabetiche, neuropatiche)

10. Altro Specificare (_____)

SEZIONE PER I SOLI CERTIFICATI (solo per i ragazzi estratti dal registro delle persone con disabilità)

3. Percorso diagnostico

In questa sezione del questionario Le porrò alcune domande sulle modalità con cui ha ottenuto la diagnosi indicata sulla certificazione di disabilità e/o di invalidità civile di Nome Bambino e su eventuali difficoltà incontrate.

3.1 Mi conferma che a [NOME] è stata riconosciuta una delle seguenti certificazioni di disabilità o invalidità civile?

(Possibili più risposte)

1. Sì, una certificazione di handicap (Legge 104/1992)
2. Sì, una certificazione di invalidità civile (L. 118/71)
3. Sì, una certificazione di cecità civile (L.382/70 e 508/88)
4. Sì, una certificazione di sordità civile (L.381/70, 508/88 e 95/06)
5. Sì, gli è stata riconosciuta in passato una delle precedenti certificazioni ma non è stata rinnovata
6. No, nessuna delle precedenti certificazioni → VAI al quesito 4.1

3.2 Che tipo di problema ha [NOME]?

(Possibili più risposte)

1. Cecità
2. Ipovisione
3. Sordità profonda o grave/Non udente
4. Ipoacusia
5. Motorio
6. Disturbo specifico del linguaggio
7. Disturbo evolutivo globale dello sviluppo psicologico (es. disturbi dello spettro autistico, Sindrome di Rett, Sindrome di Asperger, ecc.)
8. Disabilità intellettiva (es. sindrome di DOWN, ritardo mentale, ecc.)
9. Disturbi del comportamento e disturbi dell'attenzione (ADHD)
10. Disturbi affettivi relazionali
11. Malattia metabolica (es. fibrosi cistica, sclerosi multipla, patologie oncologiche, diabete grave, altre patologie che richiedono periodici accertamenti, ricoveri o ricorso ad altre prestazioni sanitarie.
12. Altro Specificare(_____)

3.3 Quando è stata diagnosticata la patologia per la quale è stata rilasciata la certificazione di [NOME]?

1. In gravidanza
2. Alla nascita (durante lo screening neonatale)
3. A meno di un anno di età
4. A un anno o più Specificare gli anni |_|_|

3.4 Quanti anni aveva [NOME] quando ha manifestato i primi sintomi?

1. Meno di un anno
2. Un anno o più Specificare gli anni |_|_|

3.5 Chi si è accorto dei primi sintomi?

1. Genitori/parenti
2. Medico di medicina generale/Pediatra di base

3. Medico specialista nel Sistema Sanitario Nazionale
4. Medico specialista nella Sanità privata
5. Insegnante/educatore/assistente ad personam
6. Altro Specificare(_____)

3.6 Nel percorso per arrivare alla diagnosi ha incontrato le seguenti difficoltà?

(Una risposta per ogni riga)

	Si, molta difficoltà 1	Si, qualche difficoltà 2	No, nessuna difficoltà 3
1. Difficoltà ad individuare lo specialista o la struttura alla quale rivolgersi			
2. Difficoltà a ottenere appuntamenti / liste di attesa molto lunghe			
3. Assenza di medico o struttura competente nella località in cui vive/viveva			
4. Difficoltà nella comprensione dei sintomi			
5. Eccessivo costo degli esami diagnostici e delle visite			
6. Altro Specificare(_____)			

Se “No, nessuna difficoltà” a tutti gli Item del quesito 3.6 → VAI al quesito 3.8

Se “Sì, molta difficoltà” o “Sì, qualche difficoltà” ad almeno un Item del quesito 3.6

3.7 Ritieni che le difficoltà incontrate abbiano ritardato la diagnosi?

1. Sì
2. No
3. Non so

3.8 Nel percorso intrapreso per arrivare alla diagnosi si è avvalso prevalentemente di strutture/visite:

1. Private
2. Pubbliche → VAI al quesito 3.10

3.9 Per quale motivo si è avvalso prevalentemente di strutture private?

(Possibili più risposte)

1. Liste di attesa troppo lunghe nelle strutture pubbliche
2. Mancanza di strutture pubbliche adeguate vicine alla zona di residenza
3. Maggiore fiducia nelle strutture private
4. Altro (Specificare)_____

3.10 Non appena è stata diagnosticata la patologia a [NOME], ha incontrato le seguenti difficoltà?

(Una risposta per ogni riga)

	Si, molta difficoltà 1	Si, qualche difficoltà 2	No, nessuna difficoltà 4
1. Difficoltà ad avere le giuste informazioni e i corretti indirizzi per affrontare il problema			
2. Mancanza di supporto psicologico per i familiari che se ne prendono cura			
3. Terapie molto costose			
4. Difficoltà ad accedere alle terapie (tempi di attesa lunghi/mancanza di strutture nelle vicinanze)			
5. Mancanza di associazioni specifiche a cui poter rivolgersi			

3.11 Successivamente al rilascio della certificazione siete stati seguiti da un assistente sociale del Comune o della Asl?

1. Sì, siamo seguiti costantemente da un assistente sociale
2. Sì, ma solo nelle situazioni di emergenza

3. Sì, ma abbiamo avuto solo contatti sporadici
3. No, nessun affiancamento

3.12 Contestualmente o successivamente al rilascio della certificazione di disabilità, per [NOME] è stato redatto un progetto di vita individuale come disciplinato dalla legge 328/2000?

Per progetto di vita individuale si intende un progetto che coordini in maniera mirata tutti gli interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali necessari a rispondere in maniera complessiva alle sue esigenze, i suoi interessi e le sue potenzialità da alimentare e promuovere.

1. Sì, complessivo per tutti gli interventi necessari in tutti i contesti di vita
2. Sì, ma solo per gli interventi necessari per il contesto scolastico
3. No, abbiamo avviato la richiesta ma è stata respinta → VAI al quesito 4.1
4. No, abbiamo avviato la richiesta ma siamo in attesa di una risposta → VAI al quesito 4.1
5. No, non eravamo a conoscenza di questa possibilità → VAI al quesito 4.1

3.13 Chi ha promosso il progetto di vita indipendente?

1. La famiglia
2. L'interessato/a, se maggiorenne
3. La scuola
4. I servizi sociali

3.14 Chi partecipa alla formulazione del progetto di vita?

(Possibili più risposte)

1. L'interessato/a
2. La famiglia
3. Il Comune
4. Gli operatori sanitari
5. La scuola

SEZIONE PER TUTTI

4. Ricorso ai servizi sanitari e socio-sanitari

Questa sezione del questionario è dedicata al tema del ricorso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Le porrò quindi alcune domande sui servizi utilizzati per Nome e sulle eventuali difficoltà riscontrate nell'accesso ai servizi.

4.1 Negli ultimi 12 mesi per [NOME] ha fatto ricorso a:

(Una risposta per ogni riga)

	Almeno una volta a settimana 1	Mensilmente 2	Più raramente 3	Mai
1. Visite dal pediatra/medico di famiglia				
2. Visite specialistiche (es. cardiologica, neurologica, oculistica, ortopedica, altre organiche ecc.)				
3. Terapie con logopedista, ortottista, audiometrista ecc.				
4. Terapie con fisioterapista, chinesiterapista, chiropratico, osteopata				
5. Terapie con psicologo, psichiatra o di psicoterapia				

Se ha fatto ricorso a qualche servizio (se quesito 4.1.2≠4 o quesito 4.1.3≠4 o quesito 4.1.4≠4 o quesito 4.1.5≠4)

Per lo sviluppo: se 4.1.2=1,2,3 visualizzare 4.2.1, se 4.1.3=1,2,3 visualizzare 4.2.2, se 4.1.4=1,2,3 visualizzare 4.2.3, se 4.1.5=1,2,3 visualizzare 4.2.4

4.2 In riferimento alle visite/terapie effettuate negli ultimi 12 mesi, qual è stata la modalità di pagamento prevalentemente utilizzata?

(Una risposta per ogni riga)

	Non ha pagato nulla 1	Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta del SSN) 2	Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione privata/aziendale) 3	Ha pagato interamente (con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale) 4
1. Visite specialistiche (es. cardiologica, neurologica, oculistica, ortopedica, psichiatrica, ecc.)				
2. Terapie con logopedista, ortottista, audiometrista ecc.				
3. Terapie con fisioterapista, chinesiterapista, chiropratico, osteopata				
4. Terapie con psicologo, psichiatra o di psicoterapia				

4.3 Negli ultimi 12 mesi [NOME] ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica/esame diagnostico pur avendone bisogno? Escluda le visite dentistiche

1. Sì
2. No → VAI al quesito 4.5

4.4 Per quali motivi ha dovuto rinunciare?

(Possibili più risposte)

1. Costo elevato
2. Lista d'attesa lunga
3. Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi)
4. Mancanza di un accompagnatore
5. Altro (specificare_____)

4.5 Negli ultimi 12 mesi [NOME] è stato/a ricoverato/a in ospedale almeno una notte? Escluda i ricoveri in day hospital, cioè senza pernottamento.

1. Sì
2. No Se a rischio di disabilità Solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale →VAI al quesito 4.8 altrimenti →VAI al quesito 5.1.

4.6 Con riferimento all'ultimo ricovero con pernottamento, ha contribuito, direttamente o tramite un'assicurazione privata, al pagamento delle spese sanitarie e/o di altri servizi relativi al ricovero?

1. Sì
2. No

4.7 Con riferimento all'ultimo ricovero con pernottamento, durante la degenza era consentita la permanenza di un genitore?

1. Sì Se a rischio di disabilità Solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale →VAI al quesito 4.8 altrimenti →VAI al quesito 5.1
2. No Se a rischio di disabilità Solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale →VAI al quesito 4.8 altrimenti →VAI al quesito 5.1

PER TUTTI I BAMBINI/RAGAZZI A RISCHIO DI DISABILITA'

Solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale. Gli altri vanno al quesito 5.1

4.8 Negli ultimi 12 mesi per [NOME] ha fatto ricorso a:

(Una risposta per ogni riga)

	Si 1	No, ma ne avrebbe avuto bisogno 2	No, non ne ha avuto bisogno 3
1. Servizi di assistenza domiciliare prestati sia da personale sanitario sia da personale non sanitario			
2. Servizi di assistenza domiciliare prestati solo da personale sanitario			
3. Servizi di assistenza domiciliare prestati solo da personale non sanitario			
4. Servizi di assistenza residenziale			
5. Servizi di assistenza semiresidenziali/centri diurni			

Se 4.8.1≠1 e 4.8.2≠1 e 4.8.3 ≠1 e 4.8.4≠1 e 4.8.5 ≠1 vai al quesito 4.11

Solo se “Sì” in almeno uno degli item del quesito 4.8 (Solo se 4.8.1=1 o 4.8.2=1 o 4.8.3=1 o 4.8.4=1 o 4.8.5=1)
Per lo sviluppo: se 4.8.1=1 visualizzare 4.9.1, se 4.8.2=1 visualizzare 4.9.2, se 4.8.3=1 visualizzare 4.9.3, se 4.8.4=1 visualizzare 4.9.4, se 4.8.5=1 visualizzare 4.9.5.

4.9 I servizi forniti sono stati adeguati alle esigenze di [NOME] o avrebbe avuto bisogno di maggiore supporto (più ore al giorno, più giorni a settimana, figure professionali di diverso tipo ecc.)?

	Sì, sono stati adeguati 1	No, non sono stati adeguati 2
1. Servizi di assistenza domiciliare prestati sia da personale sanitario sia da personale non sanitario		
2. Servizi di assistenza domiciliari prestati solo da personale sanitario		
3. Servizi di assistenza domiciliare prestati solo da personale non sanitario		
4. Servizi di assistenza residenziale		
5. Servizi di assistenza semiresidenziali/centri diurni		

Solo se “Sì” in almeno uno degli item del quesito 4.8 (Solo se 4.8.1=1 o 4.8.2=1 o 4.8.3=1 o 4.8.4=1 o 4.8.5=1)
Per lo sviluppo: se 4.8.1=1 visualizzare 4.10.1, se 4.8.2=1 visualizzare 4.10.2, se 4.8.3=1 visualizzare 4.10.3, se 4.8.4=1 visualizzare 4.10.4, se 4.8.5=1 visualizzare 4.10.5.

4.10 Prevalentemente chi sostiene il costo dei servizi indicati?

	Prevalentemente a carico della Asl/Comune 1	Prevalentemente a carico della famiglia 2	Prevalentemente fornito da volontari 3
1. Servizi di assistenza domiciliare prestati sia da personale sanitario sia da personale non sanitario			
2. Servizi di assistenza domiciliare prestati solo da personale sanitario			
3. Servizi di assistenza domiciliare prestati solo da personale non sanitario			
4. Servizi di assistenza residenziale			
5. Servizi di assistenza semiresidenziali/centri diurni			

4.11 Fa parte di una associazione di famiglie di persone con disabilità (es. Filodoro, Aipd, ANFASS, UIC, ENS ecc.)?

1. Sì
2. No **Se con certificazione (se 3.1=1,2,3,4) VAI al quesito 4.13, altrimenti →VAI al quesito 5.1**

4.12 Di quali servizi forniti dall'associazione usufruisce?

(Una risposta per ogni riga)

	Sì 1	No, non ne ho bisogno 2	No, ma ne avrei bisogno 3
1. Consulente alla pari per la predisposizione di progetti di vita individuali			
2. Consulenza sui diritti delle persone con disabilità o su tematiche relative a specifiche aree di vita (lavoro, scuola ecc.)			
3. Consulenza ad insegnanti, operatori e genitori su tematiche specifiche o per l'elaborazione del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.)			
4. Partecipazione ai Gruppi di Lavoro per l'Inclusione (GLI) operatori e/o ai consigli di classe, su richiesta delle scuole			
5. Centro d'ascolto/gruppo di sostegno alla genitorialità/parent training			
6. Assistenza alla mobilità			
7. Attività ludico-ricreative/terapia occupazionale			
8. Corsi professionali			

PER I CERTIFICATI SOLO SE 3.1= 1,2,3,4

4.13 Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto i seguenti contributi economici?

Escluda i contributi economici erogati dall'INPS come l'indennità di accompagnamento, la pensione di invalidità civile, ecc.

(Una risposta per ogni riga)

	Sì 1	No, ma ne avrei bisogno 2	No, non ne ho bisogno 3
1. Contributi per l'attivazione di servizi (contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, contributi per favorire interventi di terzo settore, es. voucher – assegni di cura)			
2. Contributi, sussidi, integrazioni e pagamento di rette per strutture (servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, rette per strutture residenziali o semi residenziali)			
3. Integrazioni al reddito (contributi economici per i servizi scolastici, per l'alloggio, l'inserimento lavorativo, l'integrazione al reddito familiare, contributi economici erogati a titolo di prestito, es. prestito d'onore)			

5. Cura dei figli e conciliazione

SEZIONE PER TUTTI

In questa parte del questionario affronteremo il tema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, le porrò alcune domande per capire come la famiglia si organizza per prendersi cura di NOME, quali servizi utilizza e come concilia le esigenze di cura del bambino/ragazzo con quelle lavorative.

5.1 Nella vostra famiglia chi si occupa di [NOME]?

1. Prevalentemente la madre
2. Prevalentemente il padre
3. Entrambi i genitori in egual misura

4. Prevalentemente altre persone (specificare)_____

5.2 Vengono utilizzati regolarmente i seguenti servizi pubblici o privati per [NOME]?

<i>(Una risposta per ogni riga)</i>	Si 1	No, ma ne avrei bisogno 2	No, non ne ho bisogno 3
1. Babysitter, tata (solo per minori di 14 anni) a pagamento			
2. Pre-scuola o dopo scuola			
3. Ludoteche			
4. Centri estivi e/o invernali			
5. Centri diurni (FILTRO solo se a rischio di disabilità – Solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale)			
6. Altro specificare_____			

Se tutti “No, non ne ho bisogno” (se 5.2.1=3 e 5.2.2=3 e 5.2.3=3 e 5.2.4=3 e 5.2.5=3 e 5.2.6=3) andare al quesito 5.5

Se 5.2.1=1 o 5.2.2=1 o 5.2.3=1 o 5.2.4=1 o 5.2.5=1 o 5.2.6=1

Per il programma: visualizzare 5.3.1 se 5.2.2=1, visualizzare 5.3.2 se 5.2.3=1, visualizzare 5.3.3 se 5.2.4=1, visualizzare 5.3.4 se 5.2.5=1, visualizzare 5.3.5 se 5.2.6=1

5.3 Chi sostiene il costo del/dei seguente/seguinti servizio/i?

(Una risposta per ogni riga)

	Prevalentemente a carico di un ente pubblico 1	Prevalentemente a carico della famiglia 2	Prevalentemente fornito da volontari 3
1. Pre-scuola o dopo scuola			
2. Ludoteche			
3. Centri estivi e/o invernali			
4. Centri diurni (FILTRO solo se con certificazione - solo se 3.1=1,2,3,4)			
5. Altro specificare_____			

Se 5.2.1=2 o 5.2.2=2 o 5.2.3=2 o 5.2.4=2 o 5.2.5=2 o 5.2.6=2

Per il programma: visualizzare 5.4.1 se 5.2.1=2, visualizzare 5.4.2 se 5.2.2=2, visualizzare 5.4.3 se 5.2.3=2, visualizzare 5.4.4 se 5.2.4=2, visualizzare 5.4.5 se 5.2.5=2

5.4 Qual è il motivo principale per cui non usa il/i servizio/i di cui avrebbe bisogno?

(Una risposta per ogni riga)

	Assenti o senza posti disponibili 1	Troppo costoso 2	Qualità del servizio non soddisfacente 3	Mancanza di personale specializzato (assistente, educatore ecc.) 4	Altro 5
1. Babysitter, tata (solo per minori di 14 anni)					
2. Pre-scuola o dopo scuola					
3. Ludoteche					
4. Centri estivi e/o invernali					
5. Centri diurni (FILTRO solo se con certificazione)					
6. Altro specificare _____					

Se usa regolarmente qualche servizio (se 5.2.1=1 o 5.2.2=1 o 5.2.3=1 o 5.2.4=1 o 5.2.5=1 o 5.2.6=1)
visualizzare 5.5α

5.5α Oltre ai servizi indicati, la cura di [NOME] viene affidata regolarmente a parenti e/o ad altre persone non pagate?

Se non usa regolarmente alcun servizio (se 5.2.1≠1 e 5.2.2≠1 e 5.2.3≠1 e 5.2.4≠1 e 5.2.5≠1 e 5.2.6≠1)
visualizzare 5.5β

5.5β La cura di [NOME] viene affidata regolarmente a parenti e/o ad altre persone non pagate?

1. Sì
2. No, mi occupo di [NOME] da solo/a o con il partner →VAI al quesito 5.7
3. No, [NOME] è autonomo →VAI al quesito 5.7
4. No, per altre ragioni (specificare) →VAI al quesito 5.7

5.5 A chi lo affida regolarmente?

(Possibili più risposte)

1. Ai nonni
2. Ad altri familiari
3. Ad amici/vicini di casa

5.6 La madre, il padre o un altro adulto convivente responsabile di [NOME] ha dovuto rinunciare al lavoro per prendersi cura di NOME?

1. Sì, la madre
2. Sì, il padre
3. Sì, entrambi i genitori
4. Sì, un'altra persona adulta convivente responsabile di [NOME]
5. No, nessuno ha dovuto rinunciare al lavoro

5.7 La madre, il padre o un altro adulto convivente responsabile di [NOME] attualmente occupato ha dovuto modificare qualche aspetto dell'attività lavorativa attuale per prendersi cura di [NOME]?

1. Sì, solo la madre
2. Sì, solo il padre
3. Sì, entrambi i genitori

4. Sì, un'altra persona adulta convivente responsabile di [NOME]
5. No, ma ce ne sarebbe stato bisogno →VAI al quesito 5.10
6. No, non ce n'è stato bisogno →VAI al quesito 5.10

5.8 Cosa ha/hanno dovuto cambiare per prendersi cura di [NOME]?

(inibire le colonne in base alle risposte alla 5.7)

(Possibili più risposte)

	Madre 1	Padre 2	Altro adulto convivente responsabile del minore 3
1. Ha cambiato qualcosa per guadagnare di più			
2. Ha ridotto l'orario di lavoro			
3. Ha assunto compiti meno impegnativi sul posto di lavoro			
4. Ha cambiato lavoro o datore di lavoro per facilitare la conciliazione			
5. Sta usufruendo di congedo parentale o altri permessi familiari			
6. Ha cambiato modalità o orario di lavoro senza ridurlo (turni, smart working, telelavoro)			
7. Ha rinunciato ad una promozione o a una progressione di carriera			
8. Usufruisce dei permessi previsti dalla legge 104 (congedi biennali e altri permessi) (Solo se con certificazione 104 – Solo se 3.1=1)			
9. Altro (specificare)			

5.9 C'è un aspetto del lavoro che rende particolarmente difficile conciliare la vita familiare e professionale?

Per conciliare si intende trovare soluzioni organizzative che consentano di gestire contemporaneamente il lavoro e la famiglia.

(inibire le colonne in base alle risposte alla 5.7)

(Possibili più risposte)

	Madre 1	Padre 2	Altro adulto convivente responsabile del minore 3
1. Orario di lavoro troppo lungo			
2. Lavoro troppo impegnativo e faticoso			
3. Troppo tempo necessario per raggiungere il posto di lavoro			
4. Scarsa disponibilità del datore di lavoro e/o dei colleghi			
5. Orario di lavoro scomodo (Lavoro a turni, lavoro pomeridiano o serale, lavoro durante il fine settimana)			
6. Rigidità dell'orario di lavoro			
7. Altro (specificare)			

Solo se almeno uno dei componenti conviventi della famiglia è in cerca di prima o di nuova occupazione (solo se condizione unica o prevalente della scheda generale =2,3)

Nelle ultime 4 settimane la madre, il padre o un altro adulto convivente responsabile del minore attualmente non occupato, ha fatto qualcosa per cercare lavoro?

	Madre 1	Padre 2	Altro adulto convivente responsabile del minore 3
1. Sì (→VAI al quesito 6.3)			
2. No			

5.10 Qual è il motivo principale per cui (TESTO MOBILE IN BASE AL QUESITO 5.11) non ha cercato un lavoro nelle ultime 4 settimane?

	Madre 1	Padre 2	Altro adulto convivente responsabile del minore 3
1. Per prendersi cura dei figli, di bambini e/o di altre persone non autosufficienti			
2. Altri motivi familiari (compreso fa la casalinga, esclusa maternità, cura dei figli o di altre persone)			
3. Ritieni di non riuscire a trovare lavoro			
4. Non interessa/non ne ha bisogno			
5. Sta aspettando gli esiti di passate azioni di ricerca			
6. Altri motivi (specificare)			
7. Non sa			

6. Inclusione scolastica

SEZIONE PER TUTTI

Questa sezione del questionario è dedicata alla scuola. Le porrò alcune domande sul tipo di scuola frequentata da Nome Bambino, su diversi aspetti della vita scolastica, sulla relazione tra la famiglia e la scuola e sulla partecipazione di Nome alle attività scolastiche.

6.1 Il bambino/ragazzo ha frequentato il nido?

1. Sì
2. No (→VAI al quesito 6.3)

6.2 A che età il bambino/ragazzo ha iniziato a frequentare il nido? (menu a tendina)

1. A meno di un anno
2. A 1 anno
3. A 2 anni e più

6.3 Quale scuola frequenta NOME?

1. Scuola dell'infanzia (→VAI al quesito 6.6)
2. Scuola primaria (scuola elementare) (→VAI al quesito 6.5)
3. Scuola secondaria di I grado (scuola media) (→VAI al quesito 6.5)
4. Scuola secondaria di II grado (scuola superiore compreso corso di formazione professionale)
5. Università (→VAI al quesito 0)
6. Nessuna scuola (→VAI al quesito 6.7)

6.4 Che tipo di istituto superiore frequenta?

1. Istituto Tecnico (ITS dal 2013; IFTS dal 2000)
2. Istituto professionale pre e post riordino
3. Liceo classico, scientifico
4. Liceo linguistico
5. Liceo musicale coreutico
6. Liceo delle scienze umane
7. Liceo socio-psico-pedagogico, delle scienze sociali, ecc.
8. Liceo artistico o istituto d'arte
9. Percorso triennale/quadriennale di Istruzione e Formazione Professionale (IeFP) (dal 2005)
10. Altro corso di formazione professionale

6.5 Quale classe frequenta NOME:

1. I

2. II
3. III
4. IV
5. V

6.6 Che tipo di scuola frequenta?

1. Scuola pubblica
2. Scuola privata

Solo se non frequenta scuole (solo se 6.3 = 6)

6.7 Per quale ragione non frequenta alcuna scuola?

1. Non ha ancora iniziato il percorso scolastico (→VAI al quesito 0)
2. Ha interrotto il percorso scolastico senza conseguire il diploma o un attestato di frequenza
3. Ha concluso il percorso scolastico con conseguimento del diploma (→VAI al quesito 0)
4. Ha concluso il percorso scolastico con conseguimento di un attestato di frequenza (→VAI al quesito 0)
5. Altro, specificare _____ (→VAI al quesito 0)

Solo se ha interrotto il percorso scolastico senza conseguire un titolo o attestato (se 6.7=2)

6.8 A quanti anni NOME ha interrotto il percorso scolastico?

Anni | _ | _ | →VAI al quesito 0

PER TUTTI GLI ALUNNI CON CERTIFICAZIONE 104

6.9 Non tenendo conto di situazioni occasionali, NOME frequenta regolarmente un altro tipo di scuola?

Non considerare la scuola parentale

1. Sì, una scuola speciale (→VAI al quesito 0)
2. Sì, una scuola in ospedale (→VAI al quesito 0)
3. Sì, istruzione domiciliare (→VAI al quesito 0)
4. Altra scuola (→VAI al quesito 0)
5. No, frequenta soltanto la scuola ordinaria

6.10 A NOME è stato riconosciuto il diritto ad avere un insegnante per il sostegno?

1. Sì
2. No (→VAI al quesito 6.12)

6.11 Per l'anno scolastico in corso a NOME è stato assegnato un insegnante per il sostegno?

1. Sì
2. No

6.12 Per l'anno scolastico in corso la famiglia è stata coinvolta nella stesura/revisione del Piano Educativo Individualizzato (PEI)?

1. Sì
2. No
3. Il PEI non è ancora stato redatto (→VAI al quesito 6.14)

6.13 La famiglia ha avuto difficoltà a ricevere una copia del PEI?

1. Sì, ha avuto difficoltà
2. No, non ha avuto alcuna difficoltà
3. Non ha ricevuto alcuna copia

6.14 Alle riunioni del Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLO) partecipano anche gli operatori sanitari che seguono NOME?

1. Sì
2. No
3. Non ci sono state riunioni

6.15 Alle riunioni del Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione (GLO) partecipano anche esperti esterni richiesti ed indicati dalla famiglia?

1. Sì
2. No
3. Non ci sono state riunioni

6.16 NOME usufruisce dell'assistenza personale?

1. Sì, dell'Assistente all'autonomia e alla comunicazione o dell'Assistente ad personam (→VAI al quesito 6.19)	
2. Sì, dell'Assistente igienico-personale (→VAI al quesito 6.19)	
3. Sì, di altro personale (→VAI al quesito 6.19)	
4. No, ma ne avrebbe bisogno	
5. No, non ne ha bisogno (→VAI al quesito 6.19)	

6.17 Di quale tipo di assistenza avrebbe bisogno?

1. Assistenza all'autonomia e alla comunicazione	
2. Assistenzae igienico-personale	
3. Altro (Specificare)	

PER TUTTI GLI ALUNNI SENZA CERTIFICAZIONE 104 - SOLO SE 3.1 DIVERSO DA 1

6.18 A NOME è stato riconosciuto un bisogno educativo speciale?

1. Sì, una certificazione di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (L.170/10) (DSA)
2. Sì, una diagnosi di disturbi evolutivi specifici (DM del 27/12/2012)
3. Sì, altri bisogni educativi speciali
4. No, ma è in corso una procedura di valutazione
5. No, nessun bisogno educativo speciale
6. Non so

6.19 Quanto si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti relativi alla scuola di NOME?

	Per nulla 1	Poco 2	Abbastanza 3	Molto 4	Non so 5
PER TUTTI GLI ALUNNI					
1. Informazioni fornite dalla scuola sulle attività scolastiche					
2. Colloqui con gli insegnanti (frequenza, disponibilità...)					
3. Attenzione degli insegnanti nello stimolare e incoraggiare la crescita individuale emotiva e di apprendimento di suo figlio/a					
4. Gruppo classe (inclusione, coesione, affiatamento)					
PER TUTTI GLI ALUNNI CON CERTIFICAZIONE O BES					
5. Grado di coinvolgimento della famiglia nella progettazione del percorso individualizzato di suo figlio/a (PEI e PDP)					
6. Attenzione degli insegnanti nel sollecitare la partecipazione di suo figlio/a alla didattica con il resto della classe					
SOLO PER GLI ALUNNI CON IL SOSTEGNO (6.10=1)					
7. Continuità dell'insegnante per il sostegno (la scuola mantiene lo stesso insegnante per il sostegno nel tempo)					
8. Capacità dell'insegnante per il sostegno di impostare la didattica in base alle specificità di suo figlio/a					
9. Capacità dell'insegnante per il sostegno di relazionarsi con il bambino/ragazzo e di intervenire nelle possibili situazioni di crisi					
10. Relazione tra suo figlio/a e l'insegnante per il sostegno					
SOLO PER GLI ALUNNI CON ASSISTENTE (6.16=1,2,3)					
11. Capacità del personale non docente (educatori, AEC ecc.) di relazionarsi con il bambino/ragazzo e di intervenire nelle possibili situazioni di crisi					

6.20 NOME si è mai trovato/a nelle seguenti situazioni nel corso dell'anno scolastico? Fare riferimento anche agli episodi avvenuti online

	Tutti i giorni 1	Una o più volte al mese 2	Qualche volta nell'anno 3	Mai 4	Non so 5
1. È stato/a preso/a in giro per l'aspetto fisico o per il modo di parlare					
2. È stato/a emarginato/a o escluso/a dal gruppo classe (ad esempio a ricreazione, nelle chat di gruppo, ecc.)					
3. È stato/a offeso/a con soprannomi, parolacce, insulti					
4. È stato/a preso/a di mira con storie sul suo conto					
5. È stato/a colpito/a con spintoni, botte e pugni					

6.21 Nel corso dell'anno scolastico NOME ha partecipato/parteciperà ad almeno un'uscita didattica senza pernottamento?

1. Sì Se senza certificazione →VAI al quesito 6.24
2. No →VAI al quesito 6.23
3. Non sono state previste uscite didattiche senza pernottamento Se scuola diversa da infanzia se 6.3 in (234) (→VAI al quesito 6.24) Se scuola dell'infanzia (se 6.3=1) (→VAI al quesito 6.27)

Se NOME ha partecipato/parteciperà ad almeno un'uscita didattica senza pernottamento e con certificazione (se 6.21=1 e 3.1=1,2,3,4)

6.22 La scuola ha richiesto la presenza di un accompagnatore?

1. Sì, è stato assegnato un accompagnatore dalla scuola (insegnante in più, assistente) senza spese aggiuntive
2. Sì, è stato assegnato un accompagnatore dalla scuola (insegnante in più, assistente) con costi aggiuntivi
3. Sì, ci siamo organizzati con un accompagnatore privato
4. Sì, abbiamo accompagnato noi nostro/a figlio/a
5. No, nostro/a figlio/a ha potuto partecipare senza accompagnatore

Se NON ha partecipato/parteciperà ad almeno un'uscita didattica senza pernottamento (se 6.21= 2)

6.23 Qual è la motivazione principale per cui NOME non ha partecipato/parteciperà ad un'uscita didattica senza pernottamento?

1. Costi troppo elevati
2. Problemi temporanei di salute (influenza, infortunio, ecc.)
3. Condizioni generali di salute (FILTRO SOLO A RISCHIO DI DISABILITA' - se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale)
4. Problemi nell'organizzazione dell'uscita (inadeguatezza della meta prescelta, mancanza di accompagnatore disponibile, ecc.)
5. Non ha voluto partecipare
6. Altro specificare _____

Se frequenta la scuola primaria, la scuola secondaria di primo o secondo grado (se 6.3=2,3,4)

6.24 NOME ha partecipato/parteciperà a una gita di istruzione con pernottamento?

1. Sì Se senza certificazione →VAI al quesito 6.27
2. No →VAI al quesito 6.26
3. Non sono previste gite didattiche con pernottamento →VAI al quesito 6.27

Se ha una certificazione e ha partecipato/parteciperà a una gita di istruzione con pernottamento

(se 3.1=1,2,3,4 e 6.24=1Error! Reference source not found.)

6.25 La scuola ha richiesto la presenza di un accompagnatore da parte della famiglia?

1. Sì, la scuola ha provveduto ad assegnare un accompagnatore (insegnante in più, assistente) senza spese aggiuntive
2. Sì, la scuola ha provveduto ad assegnare un accompagnatore (insegnante in più, assistente) ma abbiamo dovuto sostenere costi aggiuntivi
3. Sì, ci siamo dovuti organizzare con un accompagnatore privato
4. Sì, abbiamo dovuto accompagnare noi nostro figlio/a
5. No, nostro/a figlio/a ha potuto partecipare senza accompagnatore esterno

Se NON ha partecipato/parteciperà ad una gita di istruzione con pernottamento (se 6.24= 2)

6.26 Qual è la motivazione principale per cui NOME non ha partecipato/parteciperà a una gita di istruzione con pernottamento?

1. Costi troppo elevati
2. Problemi temporanei di salute (influenza, infortunio, ecc.)
7. Condizioni di salute del bambino/a /ragazzo/a (esclusi i problemi di salute temporanei) (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA') - se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)
3. Problemi legati all'organizzazione dell'uscita (ad es.: inadeguatezza della meta prescelta, mancanza di accompagnatore disponibile)
4. NOME non ha voluto
5. Altro specificare _____

6.27 NOME partecipa ad attività extra didattiche durante l'orario scolastico (es. scacchi, teatro, musica, altri progetti attivati a scuola)? Non considerare i progetti di alternanza scuola/lavoro

1. Sì, partecipa (→VAI al quesito 6.29)
2. No, non partecipa
3. No, la scuola non ha organizzato attività extra didattiche durante l'orario scolastico (→VAI al quesito 6.29)

6.28 Quali sono le principali motivazioni per cui NOME non partecipa?

1. Motivi economici
2. Il bambino/a ragazzo/a ha un orario scolastico ridotto
3. Il bambino/a ragazzo/a non è interessato alle attività proposte
8. Le attività non sono adatte alla disabilità del bambino/a ragazzo/a (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA') - se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale)
9. Il luogo in cui si svolge l'attività non è accessibile per NOME (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA') - se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale)
10. Il personale scolastico/accompagnatore/assistente di cui NOME avrebbe bisogno non è disponibile (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA') - se o con limitazione funzionale
11. Altro specificare _____

6.29 NOME partecipa alle ore di educazione motoria? Non considerare le ore di teoria e gli impedimenti temporanei

1. Sì Se a rischio di disabilità (se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale) (→VAI al quesito 6.32), se non a rischio di disabilità e frequenta la classe 3,4,5 della secondaria di secondo grado vai al quesito 6.39; altrimenti vai al quesito 7.1
1. No

6.30 Non tenendo conto delle situazioni temporanee (es, infortunio di breve durata) Indichi la motivazione per cui NOME non partecipa alla lezione di educazione motoria:

(Possibili più risposte)

1. Esonero su documentazione del medico curante	
2. Assenza di palestra o spazi idonei (locali non agibili, in ristrutturazione, ecc.)	
3. Condizioni di salute (esclusi problemi di salute temporanei) (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA') - se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale)	
4. Presenza di barriere (architettoniche e/o senso-percettive) nei luoghi dedicati all'attività sportiva (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA') - se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale)	
5. Mancanza di una figura di supporto (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA') - se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale)	
6. Altro (specificare)	

6.31 Quale alternativa viene proposta a NOME durante le ore di educazione motoria?

(Possibili più risposte)

1. Svolgere altre attività da solo con un altro insegnante	
2. Svolgere altre attività anche in compagnia di altri alunni	
3. Anticipare o posticipare gli orari di ingresso e uscita dalla scuola	
4. Altro (specificare)	

Se a rischio di disabilità e partecipa alle ore di educazione motoria [se (3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale) e 6.29=1]

6.32 È prevista una figura di supporto durante le ore di educazione motoria?

(Possibili più risposte)

1. Sì, è presente una figura di supporto (es. docente di scienze motorie specializzato in attività motoria per persone con disabilità)	
2. No, non è prevista una figura di supporto, ma ne avrebbe bisogno	
3. No, non ne ha bisogno	

PER TUTTI GLI ALUNNI A RISCHIO DI DISABILITA' (con o senza insegnante per il sostegno)
Solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazione funzionale

6.33 NOME utilizza correntemente uno o più ausili didattici a scuola (es. strumenti informatici braille, computer con software specifico, ecc.)?

1. Sì
2. No, ma ne avrebbe bisogno (→VAI al quesito 6.36)
3. No, non è necessario (→VAI al quesito 6.36)

6.34 Chi fornisce gli ausili utilizzati da NOME?

(Possibili più risposte)

1. Scuola
2. Famiglia
3. ASL
4. Ente locale (comune/provincia/regione)
5. Altro

6.35 Gli ausili didattici utilizzati sono adeguati alle esigenze di NOME?

1. Molto
2. Abbastanza
3. Poco

4. Per nulla

6.36 Durante l'orario scolastico NOME necessita della somministrazione di farmaci?

1. Sì
2. No (→VAI al quesito 6.38)

6.37 Chi provvede alla somministrazione del farmaco?

1. Personale scolastico preposto
2. Direttamente il genitore o una persona di fiducia non pagata
3. Una persona a pagamento
4. Il bambino/a /ragazzo/a autonomamente
5. Altro (specificare)

6.38 NOME utilizza il trasporto scolastico specifico per gli alunni con disabilità?

1. Sì, fornito da ente pubblico (o altro ma gratuitamente)
2. Sì, privato a pagamento
3. No, non ne ha bisogno
4. No, ma ne avrebbe bisogno

PER TUTTI GLI ALUNNI CHE FREQUENTANO LE CLASSI 3-4-5 DELLA SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO

6.39 NOME partecipa o ha partecipato al percorso personalizzato di PCTO - Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (ex alternanza scuola lavoro)? Fare riferimento all'ultimo percorso svolto

1. Sì e ne è soddisfatto
2. Sì, ma non è soddisfatto
3. No se 6.4=1,2,9 (→VAI al quesito 6.41)
4. La scuola non ha ancora predisposto un percorso di PCTO se 6.4=1,2,9 (→VAI al quesito 6.41)

6.40 A quale tipo di percorso partecipa o ha partecipato? Fare riferimento all'ultimo percorso svolto

1. In azienda o cooperativa
2. A scuola
3. Altro tipo di percorso

Se frequenta istituti tecnici, professionali o corsi di formazione triennali (solo se 6.4=1,2,9)

6.41 NOME partecipa a laboratori di formazione professionale durante l'orario scolastico?

1. Sì Se con sostegno (→VAI al quesito 6.42)
2. No
3. La scuola non organizza attività laboratoriali

Se ha un sostegno e partecipa a laboratori di formazione professionale durante l'orario scolastico e con sostegno (se 6.10=1 e 6.41=1)

6.42 Le ore di laboratorio vengono svolte:

1. nell'ambito di un progetto individuale dell'alunno con l'insegnante per il sostegno	
2. insieme al gruppo classe	
3. altro specificare _____	

7. Partecipazione sociale

SEZIONE PER TUTTI

Questa è l'ultima sezione del questionario ed è dedicata al tema della partecipazione sociale. Le domande che le porrò riguardano diversi aspetti della vita sociale di Nome Bambino: frequentazione degli amici, partecipazione ad attività aggregative, ad attività culturali e ricreative, e infine l'utilizzo della tecnologia sempre da parte di Nome Bambino

Relazioni sociali e attività aggregative

A partire dai 3 anni

7.1 Con quale frequenza NOME vede gli amici nel tempo libero?

1. Tutti i giorni (→VAI al quesito 0)
2. Una o più volte alla settimana (→VAI al quesito 0)
3. Una o più volte al mese (meno di 4) (→VAI al quesito 0)
4. Qualche volta all'anno
5. Mai

7.2 Qual è la motivazione principale per cui NOME non vede amici o li vede raramente?

1. Mancanza di tempo da parte dei genitori/tutore
2. È impegnato in attività sportive, nello studio, ecc.
3. Problemi di salute non temporanei (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)
4. Ragioni logistiche (lontananza dagli amici o dai luoghi di incontro, criticità relative al servizio di trasporto, ecc.)
5. Non ha voglia di frequentare gli amici
6. Non ha amici (→VAI al quesito 7.5)

7.3 NOME ha partecipato all'ultima festa organizzata dagli amici?

1. Sì (→VAI al quesito 00)
2. No
3. Non sono state organizzate feste (→VAI al quesito 0)

7.4 Per quale ragione principale NOME non ha partecipato alla festa?

1. Mancanza di tempo da parte dei genitori/tutore
2. Impegni del bambino/a/ragazzo/a (attività sportive, studio/compiti, ecc.)
3. Problemi temporanei di salute (influenza, infortunio, ecc.)
4. Condizione di salute del bambino/a/ragazzo/a (si escludano problemi di salute temporanei) (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)
5. Presenza di barriere (architettoniche e/o senso-percettive) nel luogo della festa (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)

6. Ragioni logistiche (e.g.: eccessiva distanza dal luogo della festa; assenza/tempi di attesa di mezzi di trasporto o criticità relative al servizio di trasporto)
7. Il bambino/a ragazzo/a non ha voluto
8. Mancanza di aiuto o assistenza (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
9. Non è stato invitato
10. Altro (Specificare _____) (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)

7.5 Negli ultimi 3 mesi, NOME ha preso parte ad attività aggregative ricreative (es. boy-scout, attività ricreative presso ludoteche, oratori, centro religioso)?

1. Sì (→VAI al quesito 0)
2. No

7.6 Per quale ragione non ha partecipato alle attività aggregative ricreative?

(possibili più risposte)

1. Mancanza di tempo da parte dei genitori
2. Impegni del bambino/a/ragazzo/a (attività sportive, studio/compiti ecc.)
3. Condizione di salute del bambino/a/ragazzo/a (si escludano problemi di salute temporanei) (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
4. Presenza di barriere architettoniche nel luogo dove si svolgono le attività (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
5. Ragioni logistiche (e.g.: eccessiva distanza dal luogo dove si svolgono le attività; assenza/tempi di attesa di mezzi di trasporto o criticità relative al servizio di trasporto)
6. Motivi economici
7. Il/ bambino/a ragazzo/a non è interessato
8. Mancanza di aiuto o assistenza (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
9. Altro (Specificare _____) (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)

Attività sportiva

7.7 NOME pratica attività sportive nel tempo libero?

1. Sì, con continuità SE ETA' ≥ 6 (→VAI al quesito 0) SE ETA' < 6 (→VAI al quesito 7.13)
2. Sì, saltuariamente SE ETA' ≥ 6 (→VAI al quesito 0) SE ETA' < 6 (→VAI al quesito 7.13)
3. No

7.8 Per quale ragione?

(possibili più risposte)

1. Mancanza di tempo da parte dei genitori
2. Impegni del bambino/a/ragazzo/a (studio/compiti, ecc.)
3. Condizione di salute del bambino/a/ragazzo/a (includere impegni per terapie o riabilitazione) (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
4. Presenza di barriere architettoniche nel luogo dove si svolgono le attività sportive (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
5. Ragioni logistiche (e.g.: eccessiva distanza dal luogo dove si svolgono le attività; assenza/tempi di attesa di mezzi di trasporto o criticità relative al servizio di trasporto)
6. Motivi economici
7. Il bambino/a ragazzo/a non vuole

8. Mancanza di aiuto o assistenza (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)
9. Altro (Specificare _____) (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)

SE ETA' < 6 (→ VAI al quesito 7.11)

A partire dai 6 anni

Cultura e Viaggi

7.9 Negli ultimi 12 mesi, quante volte NOME è andato/a a:

	Mai 1	1-3 volte 2	4-12 volte 3	Più di 12 volte 4
1. Teatro/cinema				
2. Musei/mostre				
3. Concerti/spettacoli sportivi				
4. Campi estivi/viaggi studio o campi scout con pernottamento (non considerare le gite scolastiche)				
5. Parchi/ville/spazi verdi				

Solo se "Mai" in almeno una delle attività indicate nel quesito 0) altrimenti vai al quesito 7.11

7.10 Per quale ragione NOME non ha mai svolto queste attività? (Possibili più risposte)

1. Mancanza di tempo da parte dei genitori
2. Condizione di salute del bambino/a ragazzo/a (si escludano problemi di salute temporanei) (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)
3. Presenza di barriere (architettoniche e/o senso-percettive) (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)
4. Ragioni logistiche (e.g.: eccessiva distanza; assenza/tempi di attesa di mezzi di trasporto o criticità relative al servizio di trasporto)
5. Motivi economici
6. Il bambino/a ragazzo/a non è interessato
7. Mancanza di aiuto o assistenza (FILTRO SOLO SE A RISCHIO DI DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali)
8. Altro

Gioco e Utilizzo della tecnologia e dei social network

7.11 Con che frequenza NOME svolge le seguenti attività?

	Più ore al giorno 1	Meno di un'ora al giorno 2	Più raramente 3	Mai 4
1. Guardare la tv/guardare video su internet				
2. Giocare in collegamento con altri bambini/ragazzi con giochi elettronici (play station, xbox ecc.)				
3. Giocare da solo con giochi elettronici				
4. Utilizzare social network (WhatsApp, Facebook, Instagram, TikTok, Snapchat, ecc.)				

Se "Mai" almeno ad una delle attività indicate nel quesito 7.11

7.12 Per quale ragione NOME non svolge mai queste attività?
(Possibili più risposte)

1. Non è interessato a questo tipo di attività
2. Per scelta del genitore
3. Dispositivi troppo costosi
4. Condizione di salute del bambino/a ragazzo/a (**FILTRO SOLO SE A RISCHIO DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
5. Gli strumenti tecnologici necessari per queste attività non sono accessibili alle esigenze del bambino **FILTRO SOLO SE A RISCHIO DISABILITA' solo se 3.1=1,2,3,4 o con limitazioni funzionali**)
6. Altri motivi (specificare)

7.13 Complessivamente, quanto si ritiene soddisfatto/a dei seguenti aspetti della vita di NOME?

	Molto soddisfatto/a	Abbastanza soddisfatto/a	Poco soddisfatto/a	Per niente soddisfatto/a
Disponibilità, efficienza e accessibilità dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari di cui fruisce				
Conciliazione tra vita familiare e impegni lavorativi				
Partecipazione alla vita scolastica (inclusione nel gruppo classe e coinvolgimento nelle attività scolastiche)				
Supporto della scuola (strumentazione adeguata e competenza del corpo docente e non)				
Raggiungibilità e fruibilità dei luoghi dedicati al tempo libero, frequentazione di amici				