

**Importante!** Il questionario non si sostituisce a una valutazione neuropsichiatrica; bisogna quindi considerarlo soltanto come uno strumento di orientamento diagnostico. Tuttavia, se si ottenesse un punteggio di almeno 8 il bimbo necessiterebbe quasi sicuramente di un intervento basato sulle evidenze, poiché a punteggi alti corrisponde un rischio altrettanto alto.

1. Vostro figlio si diverte ad essere dondolato o a saltare sulle vostre ginocchia?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

2. Vostro figlio si interessa agli altri bambini?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

3. A vostro figlio piace arrampicarsi sulle cose, come per esempio sulle scale?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

4. Vostro figlio si diverte a giocare al gioco del CU-CU o a nascondino?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

5. Vostro figlio gioca mai a far finta? Per esempio fa finta di parlare al telefono o di accudire una bambola o altro?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

6. Vostro figlio usa mai l'indicare col dito indice per chiedere qualcosa?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

7. Vostro figlio usa mai l'indicare col dito indice per segnalare interesse in qualcosa?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

8. Vostro figlio riesce a giocare in modo appropriato con piccoli giocattoli (ad esempio macchinine o cubi) senza soltanto metterli in bocca, o giocherellarci, o farli cadere?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

9. Vostro figlio vi porta mai degli oggetti per mostrarvi qualcosa?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

10. Vostro figlio vi guarda negli occhi per più di un secondo o due?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

11. Vostro figlio sembra mai ipersensibile ai rumori (ad es. si tappa le orecchie)?

*Se la risposta è SI allora conta 1, se NO conta 0.*

12. Vostro figlio sorride in risposta alla vostra faccia o al vostro sorriso?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

13. Vostro figlio vi imita? (ad esempio se fate una faccia cerca di imitarla?)

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

14. Vostro figlio risponde al suo nome quando lo chiamate?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

15. Se indicate con il dito indice un giocattolo dalla parte opposta della stanza, vostro figlio lo guarda?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

16. Vostro figlio cammina (in età appropriata)?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

17. Vostro figlio guarda le cose che voi state guardando?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

18. Vostro figlio fa movimenti insoliti con le dita vicino alla faccia?

*Se la risposta è SI allora conta 1, se NO conta 0.*

19. Vostro figlio cerca di attirare la vostra attenzione su una sua attività?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

20. Vi siete mai chiesti se vostro figlio potesse essere sordo?

*Se la risposta è SI allora conta 1, se NO conta 0.*

21. Vostro figlio capisce ciò che dicono le persone?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

22. Vostro figlio qualche volta fissa lo sguardo nel vuoto o girovaga senza scopo?

*Se la risposta è SI allora conta 1, se NO conta 0.*

23. Quando vostro figlio è di fronte a qualcosa di non familiare, vi guarda in faccia per controllare quale è la vostra reazione?

*Se la risposta è SI allora conta 0, se NO conta 1.*

**Bene!** Se hai risposto a tutte le domande e tenuto conto di tutte le risposte, allora se la somma dei punteggi:

- supera 3, considera la possibilità di un approfondimento diagnostico per il bimbo da parte di un'équipe esperta di neuropsichiatria infantile;
- supera 8, non perder tempo, il bimbo potrebbe necessitare di un intervento specifico, basato sulle evidenze.