

# CPQOL

## Cerebral Palsy Quality of Life

Versione 2 Luglio 2013

CPQO  
Cereb  
Palsy  
Quali  
Life  
CPQO

Questionario sulla Qualità della Vita  
per Bambini (CP QOL-Child)

Primary Caregiver Questionnaire  
(4-12 anni)



# Questionario sulla Qualità della Vita per Bambini (CP QOL-Child)

Primary Caregiver Questionnaire (4-12 anni)

Vogliamo farle alcune domande su come ritiene che suo figlio/a si SENTA riguardo ad alcuni aspetti della propria vita, ad esempio riguardo alla propria famiglia, ai propri amici, alla propria salute e alla scuola. Ogni domanda inizia con "Come ritiene che suo figlio/a si SENTA riguardo a...?" È importante che riporti come ritiene che suo figlio/a si senta. A volte può essere difficile capire come suo figlio/a possa sentirsi. La preghiamo di cercare di rispondere come meglio riesce.

Per ciascuna domanda le chiediamo di cerchiare il numero che descrive meglio come ritiene che suo figlio/a si SENTA. Può scegliere qualsiasi numero da 1 (Molto scontento) a 9 (Molto contento)

Questo questionario intende misurare come suo figlio/a si sente e non quello che è in grado di fare.

Ecco un esempio:

**D.** Come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo a...

<i>molto scontento/a</i>	<i>scontento/a</i>	<i>né contento né scontento/a</i>	<i>contento/a</i>	<i>molto contento/a</i>
--------------------------	--------------------	-----------------------------------	-------------------	-------------------------

*la propria capacità di giocare con gli altri bambini?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Famiglia e Amici

**D.** Come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

come si rapporta con le altre persone in generale?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

come si rapporta con lei?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

come si rapporta con i propri fratelli e le proprie sorelle?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OPPURE  mio figlio/a non ha fratelli né sorelle

come si rapporta con gli altri bambini all'asilo o a scuola? (se frequenta più di una scuola, pensi a quella in cui passa la maggior parte del tempo).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OPPURE  mio figlio/a non frequenta alcun asilo o alcuna scuola

come si rapporta con gli altri bambini fuori dall'asilo o dalla scuola?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

come si rapporta con gli adulti?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

come si rapporta con gli insegnanti e/o con chi si prende cura di lui/lei a scuola?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Famiglia e Amici

**D.** Come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

*la propria capacità di giocare da solo?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la propria capacità di giocare con gli amici?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*andare in viaggio con la propria famiglia?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*come viene accettato dalla propria famiglia?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*come viene accettato dagli altri bambini all'asilo o a scuola? (se frequenta più di una scuola, pensi a quella in cui passa la maggior parte del tempo).*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OPPURE  mio figlio/a non frequenta alcun asilo o alcuna scuola

*come viene accettato dagli altri bambini fuori dall'asilo o dalla scuola?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*come viene accettato dagli adulti?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*come viene accettato dalle persone in generale?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la propria capacità di fare le cose che vuole fare?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Partecipazione

**D.** Come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

*la propria capacità di partecipare all'asilo o a scuola? (se frequenta più di una scuola, pensi a quella in cui passa la maggior parte del tempo).*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OPPURE  mio figlio/a non frequenta alcun asilo o alcuna scuola

*la propria capacità di partecipare ad attività ricreative?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la propria capacità di partecipare ad attività sportive? (Questa domanda le chiede come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo la propria capacità di praticare sport, non se sia in grado di praticarlo)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la propria capacità di partecipare ad eventi sociali fuori dall'ambiente scolastico?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la propria capacità di partecipare alla vita sociale?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Comunicazione

**D.** Come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

*come comunica con le persone che conosce bene (usando qualunque mezzo di comunicazione)?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*come comunica con le persone che non conosce bene (usando qualunque mezzo di comunicazione)?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*come le persone comunicano con lui/lei?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Salute

*la propria salute fisica?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*il modo in cui va in giro (la sua mobilità)?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*come dorme?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*il proprio aspetto?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la propria capacità di restare in pari con i suoi compagni a scuola?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la propria capacità di essere alla pari fisicamente con i propri coetanei?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Salute

**D.** Come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

*la propria vita in generale?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*se stesso/a?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*il proprio futuro?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*le proprie opportunità nella vita?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Le prossime 3 domande le chiedono come si sente suo figlio/all'utilizzare parti del suo corpo, non se è in grado di farlo.

*il modo in cui usa le braccia?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*il modo in cui usa le gambe?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*il modo in cui usa le mani?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Le prossime 3 domande le chiedono come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo la propria capacità di svolgere le attività quotidiane e non se è in grado di svolgerle.

*la propria capacità di vestirsi da solo/a?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

la propria capacità di mangiare e bere autonomamente?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

la propria capacità di andare in bagno da solo/a?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Ausili

**D.** Come ritiene che suo figlio/a si senta riguardo a...

gli ausili disponibili a casa (es. sistemi di postura, stabilizzatori o tavolo per statica, carrozzina o passeggino ortopedico, deambulatori o bastoni/quadripodi)?

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OPPURE  mio figlio/a ha bisogno di ausili a casa

gli ausili disponibili a scuola (es. sistemi di postura, stabilizzatori o tavolo per statica, carrozzina o passeggino ortopedico, deambulatori o bastoni/quadripodi)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OPPURE  mio figlio/a ha bisogno di ausili a scuola

gli ausili disponibili in luoghi pubblici (es. rampe, scale mobili, scivoli)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OPPURE  mio figlio/a ha bisogno di ausili in luoghi pubblici



## Dolore e Fastidio

Le prossime domande si riferiscono a qualsiasi cosa possa infastidire suo/a figlio/a.

Per nulla  
infastidito/a

Molto  
infastidito/a

Suo figlio/a è infastidito/a dalle visite in ospedale?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Suo figlio/a è infastidito/a quando deve mancare da scuola per motivi di salute?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Suo figlio/a è infastidito/a di dover essere manipolato/a fisicamente da altre persone?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mai

Raramente

A volte

Spesso

Sempre

Suo figlio/a si preoccupa di chi si prenderà cura di lui/lei in futuro?

1

2

3

4

5

## Qualche altra domanda su suo figlio/a, per concludere

*Suo figlio/a è preoccupato/a di avere una paralisi cerebrale?*

Per nulla preoccupato/a						Molto preoccupato/a		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*Quanto dolore prova suo figlio/a?*

Nessun dolore						Molto dolore		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*Come si sente suo figlio/a riguardo la quantità di dolore che prova?*

Per nulla infastidito/a						Molto infastidito/a		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*Quanto disagio prova suo figlio/a?*

Nessun disagio						Molto disagio		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*Quanto è felice suo figlio/a?*

Molto felice			Né felice né infelice			Molto infelice		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

## Accesso ai Servizi

Le seguenti domande riguardano LEI e come si sente rispetto al suo accesso ai servizi

**D.** Come si sente riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

*l'accesso di suo figlio/a ai trattamenti?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*l'accesso di suo figlio/a alle terapie (ad esempio fisioterapia, logoterapia, terapia occupazionale)?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*l'accesso di suo figlio/a alle cure specialistiche o chirurgiche?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la sua possibilità di chiedere consiglio a un pediatra?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*il suo accesso a servizi di Assistenza domiciliare Infermieristica o Riabilitativa (ADI) e/o di Assistenza domiciliare Educativa (ADE) e/o ricovero di sollievo?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

OR  non ho mai fatto richiesta di servizi di ADI e/o di ADE e/o di ricovero di sollievo

*(saltare le seguenti due domande su ADI, ADE o ricovero di sollievo)*

*la quantità di servizi di ADI e/o di ADE e/o di ricovero di sollievo?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la facilità di accesso a servizi di ADI e/o di ADE e/o di ricovero di sollievo?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Accesso ai servizi

**D.** Come si sente riguardo a...

molto scontento/a	scontento/a	né contento né scontento/a	contento/a	molto contento/a
----------------------	-------------	-------------------------------	------------	---------------------

*l'accesso di suo figlio/a ai servizi e alle strutture pubbliche (es. asili, nidi, programmi di doposcuola, centri estivi, colonie)?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la disponibilità per suo figlio/a di insegnanti di sostegno all'asilo o a scuola?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## La sua salute

*la sua salute fisica?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la sua situazione lavorativa?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*la situazione economica della sua famiglia?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*quanto è felice?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Per nulla

Molto

*quanto ritiene di essere in grado di riportare i sentimenti di suo figlio/a?*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Grazie per averci aiutato  
rispondendo alle nostre domande

