

architecturAbility

Gentile Utente,

grazie per aver accettato di partecipare.

Compilando questo sondaggio, che richiederà circa 30 minuti, ci aiuterà a raccogliere dati utili alla definizione di linee guida progettuali per ambienti di vita in casi di spettro autistico.

Una corretta progettazione di questi ambienti può essere fondamentale per raggiungere il benessere della persona, per aumentare l'autonomia nelle azioni quotidiane, l'integrazione ed un generale miglioramento della qualità di vita.

***Campo obbligatorio**

1. Indirizzo email *

2. Come si chiama tuo/a figlio/a?

3. Quanti anni ha? *

4. E' maschio o femmina? *

Contrassegna solo un ovale.

Maschio

Femmina

5. In quale città abitate? *

6. E' possibile definire la tipologia di spettro autistico? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- linguaggio fluente
- uso di parole singole/frasi
- linguaggio assente
- sensibilità sensoriale
- comportamenti ristretti e/o ripetitivi, routines particolari
- stereotipie
- crisi comportamentali
- comorbidità
- disturbi del sonno
- difficoltà di alimentazione
- terapia farmacologica in atto
- Altro: _____

7. Se presenta una particolare sensibilità sensoriale, di che tipo?

8. Se presenta comorbilità, di che tipo?

9. Quali ambienti frequenta solitamente durante la settimana? E' possibile dire quante ore vi passa? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	zero	1-5	5-10	10-20	20-30	oltre
casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
centro residenziale assistito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
asilo/scuola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
centro diurno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
centro per sport/cultura/religione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambiente di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luoghi per la terapia (interventi cognitivo-comportamentali per l'autismo, logopedista, psicoterapia, psicomotricità...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Quale ambiente preferisce? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- residenza
- centro diurno
- asilo/scuola
- centro per sport/cultura/religione
- ambiente di lavoro
- luoghi per la terapia
- Altro: _____

11. Perché?

12. Quale di questi luoghi presenta elementi critici per suo figlio/a? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- casa
- centro residenziale assistito
- asilo/scuola
- centro diurno
- centro per sport/cultura/religione
- ambiente di lavoro
- luoghi per la terapia
- ambulatorio o ospedale
- ambienti istituzionali
- ambienti sconosciuti
- negozi/esercizi ocmmerciali
- luoghi all'aperto
- nessuno
- Altro: _____

13. Se sì, quali sono le criticità?

14. E come reagisce suo/a figlio/a a queste criticità?

15. Vi piacerebbe che vi fossero strutture per vostro/a figlio/a dove integrare molteplici di queste attività insieme? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

16. Perché? *

17. Come vive suo/a figlio/a gli spostamenti e i cambiamenti di ambiente? *

Contrassegna solo un ovale.

- gli piacciono
- non ha difficoltà
- ha delle piccole difficoltà all'arrivo, ma facilmente risolvibili
- ha molte difficoltà
- Altro: _____

18. Perché?

19. **Quale tipo di sensazione viene percepita secondo voi con maggiore intensità da vostro/a figlio/a? ***

Seleziona tutte le voci applicabili.

- suoni e rumori
- tattilità delle superfici
- colori
- textures
- odori
- sapori
- elementi visivi, immagini, video
- luci
- nessuna di queste in particolare
- Altro: _____

20. **Ha un colore preferito?**

21. E' possibile definire quale tipo di sensazioni producono in suo/a figlio/a? **Contrassegna solo un ovale per riga.*

	molto disagio	poco disagio	neutro	piacere	molto piacere
musica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rumori forti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voci conosciute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brusio di fondo/rumori persistenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elementi morbidi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angoli e spigoli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
superfici tattili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
colori accesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
colori tenui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
colori scuri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
forti contrasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
superfici riflettenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambienti asettici, completamente bianchi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
profumi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
odori forti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
odori sgradevoli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sapori sgradevoli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elementi visivi, immagini/video	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
acqua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
luce del sole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
luce fredda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
luce calda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
luce forte/abbagliamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
penombra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
luce colorata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elementi naturali/verde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
luoghi protetti, dove isolarsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambienti grandi e spaziosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambienti molto piccoli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Se altro cosa?

23. In caso di disagio, quali reazioni possono suscitare?

24. Vostro/a figlio/a utilizza sistemi sensoriali terapeutici di stimolazione e/o rilassamento? **Contrassegna solo un ovale.*

- si
 no, ma mi piacerebbe
 no, perché non li conosco
 no, perché non li ritengo utili
 Altro: _____

25. **Se sì, quali? Dove? Può descriverli?**

Sezione domicilio

Il principale ambiente dove si cresce e di vive é la propria casa. Una corretta strutturazione degli ambienti può rivoluzionare le proprie abilità, migliorando le condizioni di vita e l'integrazione con gli altri.

26. **Dove si trova la vostra casa?**

Contrassegna solo un ovale.

- Centro città
- Periferia urbana
- Piccolo paese
- Campagna
- Zona marina
- Zona montana
- Altro: _____

27. **Quante persone vivono in casa? ***

Contrassegna solo un ovale.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più

28. **E' un edificio storico o di recente costruzione? ***

Contrassegna solo un ovale.

- molto vecchio
- dopoguerra
- recente
- Altro: _____

29. **E' stato oggetto di ristrutturazione recentemente? ***

Contrassegna solo un ovale.

- si
- no

30. **Di quanti metri quadri circa é la vostra casa?**

*

31. **Su quanti piani é? ***

32. Quante stanze ci sono? *

Contrassegna solo un ovale.

- 1-3
- 3-5
- oltre

33. Quali? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- soggiorno
- cucina
- camera da letto matrimoniale
- una camera da letto singola
- camera da letto doppia
- due camere da letto singole
- studio
- giardino
- terrazzo
- grage
- lavanderia
- un bagno
- due o più bagni
- Altro: _____

34. Vostro/a figlio/a ha una camera tutta sua? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
- no

35. L'abitazione risponde ai bisogni di tutta la famiglia, in termini di uso dello spazio e comfort? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
- no

36. Perché? *

37. Quali sono le stanze maggiormente utilizzate? **Contrassegna solo un ovale per riga.*

	mai	raramente	uso normale	spesso	stanza preferita
soggiorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cucina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
camera da letto personale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
camera da letto dei genitori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bagno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
terrazzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
giardino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
studio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
garage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lavanderia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Perché? *

39. In quali stanze é capace di stare completamente da solo (senza sorveglianza)? **Seleziona tutte le voci applicabili.*

- ovunque
- soggiorno
- cucina
- camera da letto doppia/matrimoniale
- camera da letto singola
- studio
- giardino
- terrazzo
- grage
- lavanderia
- bagno
- in nessun luogo
- Altro: _____

40. Perché?

41. Ci sono ambienti della casa che creano difficoltà? **Contrassegna solo un ovale.*

- si
- no

42. Se sì, quali? Perché?

43. Vi capita di avere ospiti a casa? *

Contrassegna solo un ovale.

- spesso
- raramente
- mai
- Altro: _____

44. Perché?

Potrebbe descrivermi più nel dettaglio la vostra casa?

Queste domande, talvolta molto tecniche, sono per noi utilissime per effettuare una rilevazione completa dei dati. La ringraziamo pertanto per la pazienza nel rispondere, quando possibile.

45. Di che colore/materiale sono le pareti? *

46. Di che colore/materiale sono le pavimentazioni? *

47. Si sono usati diversi colori e/o materiali per diverse funzioni della casa? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

48. Se sì in che modo?

49. Sono stati usati materiali tattili? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

50. Se sì, dove e quali?

51. Ci sono grandi finestre? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

52. Ne é attratto? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- guarda spesso fuori
- qualche volta
- se glielo mostriamo noi, sì
- non gli interessa
- é infastidito
- Altro: _____

53. In generale la casa ha ambienti molto luminosi? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

54. Ci sono sistemi di oscuramento alle finestre? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

55. Apprezza situazioni di penombra o buio totale? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

56. Se sì, perché? *

57. Che tipo di luce si usa in casa? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- fredda
- calda
- regolabile nell'intensità
- non so
- Altro: _____

58. Ci sono stanze molto grandi? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no

59. Ci sono spazi dove vostro/a figlio/a può rilassarsi e/o isolare? **Contrassegna solo un ovale.*

- si, la camera
- si, un angolo del soggiorno
- si, lo studio
- no
- Altro: _____

60. Vostro/a figlio/a ama i luoghi silenziosi, dove non sentire i rumori dall'esterno o delle diverse stanze? **Contrassegna solo un ovale.*

- si, per dormire
- si, quando c'è gente
- si, per il traffico
- non gli interessa
- Altro: _____

61. Quale tipo di sistema di riscaldamento e/o raffrescamento usate in casa? **Seleziona tutte le voci applicabili.*

- riscaldamento tradizionale
- fancoil
- radiante a pavimento
- ventilatore
- condizionatore
- Altro: _____

62. Avete uno spazio esterno privato? **Contrassegna solo un ovale.*

- balcone
- terrazzo
- giardino
- Altro: _____

63. Se sì, come lo utilizza?

64. Si usano in casa elementi di supporto alla comunicazione attraverso immagini? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- PECS
- tablet e applicazioni digitali
- agende e programmi visivi
- regole visive
- indicazioni sulle funzioni delle diverse stanze step by step (es. cucina, bagno...)
- no e non so di che cosa si tratta
- no, perché sono contrario
- Altro: _____

65. Trova difficoltà nell'utilizzare questi strumenti? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no
- Altro: _____

66. Se sì, quali?

67. Utilizzate programmi digitali di apprendimento e/o abilitazione? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no, ma mi piacerebbe
- no e non li conosco
- no, non credo siano utili
- no, sono contrario all'uso della tecnologia
- Altro: _____

68. Se sì, per quali abilità?

69. Utilizzate programmi per agevolare le autonomie domestiche? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
- no, ma mi piacerebbe
- no e non li conosco
- no, non credo siano utili
- Altro: _____

70. Se sì, quali?

71. Utilizzate programmi digitali ludici e/o per l'intrattenimento? **Contrassegna solo un ovale.*

- si
- no, ma mi piacerebbe
- no e non li conosco
- no, non gli interessano
- no, non credo siano utili
- no, sono contrario all'uso della tecnologia
- Altro: _____

72. Utilizzate programmi digitali di domotica e gestione della casa? **Contrassegna solo un ovale.*

- si
- no, ma mi piacerebbe
- no e non li conosco
- no, non credo siano utili
- Altro: _____

73. Credete che la progettazione degli ambienti di vita possa aiutare vostro figlio/a a raggiungere una maggiore autonomia personale e/o a vivere meglio? **Contrassegna solo un ovale.*

- si, in entrambi i casi
- si, può dare una maggiore autonomia personale
- si, può aiutare a vivere meglio
- forse, ma non saprei come
- non credo

74. Avete già fatto dei tentativi in merito?

75. Avete dei suggerimenti sulla casa?

76. Sareste d'accordo sperimentare nella vostra abitazione nuove soluzioni progettuali pensate per l'autismo? **Contrassegna solo un ovale.*

- si
- si, se ne avessi la disponibilità economica
- si, se avessi un supporto tecnico in merito
- no, perché va bene così
- no, perché non credo sia utile
- no, perché non voglio
- Altro: _____

Sezione cura

Tutti hanno diritto ad un'assistenza adeguata e ad un percorso diagnostico e di cura a misura di persona, dove si tenga conto delle singole e differenti esigenze, occupandosi di umanizzazione degli spazi ospedalieri e di abbattimento dello stress e del disagio.

77. Andare in ambulatorio o all'ospedale può rappresentare un problema? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
 no

78. Quante volte generalmente capita di andarci durante l'anno? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	nessuna	1-2	3-5	5-10	oltre	altro
medico di famiglia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
specialista privato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambulatorio per esami strumentali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pronto soccorso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
day hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ricovero in ospedale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

79. Se "altro" specificare

80. In caso di day hospital o ricovero, in quale reparto?

81. Quali reazioni ha avuto suo/a figlio/a durante questi accessi? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- agitazione
 sofferenza
 lamenti
 rabbia
 aggressività
 aumento stereotipie
 stress
 fastidio
 tranquillità
 curiosità
 eccitazione
 Altro: _____

82. Che cosa le ha scaturite secondo voi? *

83. Cosa potrebbe migliorare, secondo voi, l'ambiente ospedaliero? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	per niente	poco	abbastanza	molto
un ambiente di attesa con silenzio e tranquillità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tempi di attesa ridotti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
presenza di riferimenti o oggetti familiari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avere una stanza personale dedicata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un familiare/caregiver sempre presente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sistemi di privacy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
personale adeguatamente formato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
personale senza camice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
segnaletica di supporto e facilitatori di orientamento attraverso immagini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
comprensione di ciò che accadrà attraverso video o indicazioni che informino sul protocollo di diagnostica e sulle tecniche di cura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sistemi di comunicazione per immagini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambiente luminoso durante il giorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
presenza di elementi di oscuramento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
colori tenui degli ambienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
luce calda e soffusa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
possibilità di avere una situazione di penombra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
profumo piacevole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
presenza di musica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
piante o elementi naturali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
superfici tattili da toccare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
immagini o video personalizzate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
una poltrona confortevole e avvolgente che possa dare la sensazione di contenimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spazi dove fare attività formative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spazi di rilassamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spazi ricreativi e di socializzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

84. Se altro, cosa suggerireste?

Grazie per aver gentilmente risposto a tutte le domande!

85. Se siete interessati agli sviluppi della ricerca e/o ad essere ricontattati per continuare a dare il vostro prezioso contributo, lasciate per favore un contatto mail o telefonico.

Inviami una copia delle mie risposte

Powered by
 Google Forms