

## Professional survey - final

***Identificazione, diagnosi e intervento precoce per bambini affetti dal disturbo dello spettro autistico (ASD)*** **Uno questionario per migliorare la presa in carico a favore dei bambini con ASD** Prima di rispondere al questionario, ci preme spiegare il motivo di questa ricerca e che cosa comporterà per voi. Si prega di leggere attentamente queste informazioni. Per ulteriori informazioni, non esitate a contattare antonio.narzisi@fsm.unipi.it – filippo.muratori@fsm.unipi.it.

L'indagine è concepita per raccogliere informazioni da persone, che in passato o attualmente sono state direttamente coinvolte con i servizi di screening, diagnosi o trattamento per i bambini di età inferiore a 6 anni con ASD. Per coinvolgimento diretto si intende quello di un professionista che attualmente lavora o ha lavorato negli ultimi anni nel campo dell'autismo e conosce in prima persona il tipo di servizi forniti a bambini di età inferiore ai 6 anni nella loro comunità. L'obiettivo dello studio è quello di raccogliere il parere di ciascuno degli intervistati sui servizi clinici per la individuazione precoce, la diagnosi ed il trattamento per bambini con ASD di età inferiore a 6 anni. In particolare, l'obiettivo è raccogliere informazioni sulle esperienze personali che gli intervistati hanno avuto in relazione a tali questioni, tra cui l'età di identificazione e diagnosi; caratteristiche demografiche delle famiglie; opinioni sull'organizzazione dei servizi per i bambini affetti da ASD; e suggerimenti per migliorare questo tipo di servizio.

L'approvazione etica è stata data dall'Università di Salamanca. Copie della lettera di approvazione etica sono disponibili su richiesta.

Non è richiesto nessun dato identificativo – esempio, il vostro nome, indirizzo completo  
La partecipazione durerà circa 15 minuti.

Grazie per aver dedicato il vostro tempo a leggere queste informazioni. Se si desidera completare questo questionario, si prega di controllare tutti i seguenti elementi

---

Si prega di leggere il seguente modulo di consenso:

Ho letto e compreso il foglio informativo del Questionario Sono consapevole che tutti i dati raccolti da questo questionario saranno in forma anonima codificati e conservati in modo confidenziale e sicuro Sono disposto a partecipare a questo questionario di ricerca  
Se si desidera completare questo questionario, si prega di fare clic su "Accetto di partecipare"

---

Accetto di partecipare

- Si  
 No

## INFORMAZIONI DI BASE

Le domande di questa sezione iniziale vertono sul vostro genere, il vostro luogo di lavoro, la vostra età, il vostro lavoro, e l'esperienza con i bambini con da autismo.

1. Quanti anni avete?

Anni

▼ 18 ... >80

2. Genere

Maschio

Femmina

3. In quale Stato e Città lavorate?

Stato \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

4. Quante persone vivono nel vostro comune di residenza?

Meno di 10.000

10.000 - 50.000

50.001 - 150.000

150.001 - 1.000.000

Più di 1.000.000

5. Quale lavoro o carriera svolgete? (Selezionarne una sola, a seconda della vostra occupazione principale)

- Consulente
- Capo dipartimento o Responsabile
- Direttore di una organizzazione
- Professionista
- Psichiatra
- Infermiere
- Altro professionista sanitario, si prega di specificare \_\_\_\_\_

- 
- Psicologo
  - Operatore sociale
  - Insegnante
  - Insegnante di sostegno
  - Riabilitatore psichiatrico
  - Psicomotricista (TNPEE) o occupazionale
  - Altro, si prega di specificare \_\_\_\_\_
- 

6. Lavorate o avete lavorato in questi ultimi 6 anni con i bambini con ASD di età inferiore a sei anni?

- Sì
  - No
-

7. Per quanti anni avete svolto lavori che vi hanno portato a contatto con bambini con da autismo (di età inferiore a 6 anni)?

- <1 anni
- 1-3 anni
- 3-5 anni
- >5 anni

**RILEVAMENTO**

In questa sezione dovrete rispondere a domande circa il processo di rilevamento delle difficoltà del bambino con ASD prima della diagnosi. A questa sezione, ne seguirà una specifica concernente il processo diagnostico.

---

8. Partecipi o hai partecipato negli ultimi 6 anni ad un programma di diagnosi precoce per l' ASD?

- Sì
  - No
- 

Vorremmo contattarvi direttamente in modo che possiate descriverci il programma nel dettaglio. Potete fornirci un indirizzo e-mail?

---



---

Vorremmo contattare qualcuno coinvolto direttamente nel programma di diagnosi precoce dell'ASD. Potreste fornirci un indirizzo e-mail per avere maggiori dettagli su come è eseguita la rilevazione nella vostra organizzazione?

---



---

9. Il centro/istituzione dove lavorate fornisce tutti gli specifici servizi per la diagnosi precoce dei bambini con ASD?

- Si
- No

Si prega di specificare (È possibile selezionare più di una opzione):

- Formazione per incrementare la consapevolezza delle famiglie
- Consapevolezza rivolta ai professionisti
- Sorveglianza dello sviluppo
- Ricerca dei primi segni durante le consultazioni di routine
- Applicazione di un questionario standardizzato. Nome del questionario \_\_\_\_\_
- Altro, si prega di specificare \_\_\_\_\_

10. Il centro/organizzazione fornisce informazioni circa i primi segni dell' ASD e/o programmi di diagnosi precoce disponibili nella zona o regione dove il vostro centro fornisce i servizi?

- Si
- No

Si prega di specificare (selezionarne almeno uno per ogni rigo)

Target di riferimento (Destinatari)	<input type="checkbox"/> Famiglia	<input type="checkbox"/> Professionisti	<input type="checkbox"/> Mezzi di comunicazione	<input type="checkbox"/> Altro	A
Istituzioni promotrici	<input type="checkbox"/> Servizi educativi	<input type="checkbox"/> Servizi sanitari	<input type="checkbox"/> Servizi sociali	<input type="checkbox"/> Altro	A
Risorse	<input type="checkbox"/> Materiale cartaceo	<input type="checkbox"/> Incontri e seminari	<input type="checkbox"/> Poster / brochure	<input type="checkbox"/> Altro	A
Strumenti di comunicazione più utilizzati per la diffusione delle informazioni	<input type="checkbox"/> E-mail / website	<input type="checkbox"/> Posta	<input type="checkbox"/> Telefono	<input type="checkbox"/> Altro	A
Frequenza	<input type="checkbox"/> Solo una volta	<input type="checkbox"/> Stagionale (campagne)	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Altro	A

Se avete selezionato altri Destinatari, si prega di specificarli

---

Se avete selezionato altre istituzioni promotrici, si prega di specificarle

---

Se avete selezionato altre risorse, si prega di specificarle

---

Se avete selezionato altri mezzi di comunicazione di diffusione delle informazioni, si prega di specificarli

---

---

Se avete selezionato altra frequenza, si prega di specificarla

---

---

11. Il vostro centro / organizzazione collabora con una qualsiasi altra agenzia / istituzione della vostra regione o Stato di residenza per migliorare la diagnosi precoce dell'ASD?

- Sì
- No
- 

12. Siete a conoscenza di quanto tempo trascorre, in media, dalla prima preoccupazione del genitore fino alla richiesta di un appuntamento presso il centro / servizio?

- Meno di 1 mese
- 1-2 mesi
- 3-4 mesi
- 5-6 mesi
- 7-8 mesi
- 9-10 mesi
- 11 mesi o più
- Non lo so
-

13. Nell'ambito della popolazione della quale vi occupate avete informazioni circa l'età media alla quale, voi o altri professionisti del vostro istituto di solito identificate i primi segni di ASD?

- Meno di 12 mesi
  - 13-18 mesi
  - 19-24 mesi
  - 25-32 mesi
  - 33-39 mesi
  - 40-46 mesi
  - 47-53 mesi
  - 54-60 mesi
  - 61 mesi o più
  - Non lo so
- 

14. La vostra regione o Stato dispone di linee guida pratiche utili per i pazienti affetti da autismo nella fase di rilevazione e identificazione?

- Sì
  - No
-



15. Nel vostro servizio / istituzione, quali professionisti (più frequentemente) assistono i bambini durante il processo di identificazione dei primi segni? È possibile selezionare più di una opzione

- Pediatra
- Psicologo
- Psichiatra
- Infermiere
- NeuroPsichiatra
- Insegnante di scuola/scuola materna
- Altro, si prega di specificare: \_\_\_\_\_

16. In assenza di un programma di screening per l'ASD nella vostra regione o Stato: si prega di descrivere brevemente in che modo sono rilevati nei bambini piccoli i primi segni di ASD

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Quanto adeguato ritenete sia il processo di rilevamento?

	Estremamente adeguato	Moderatamente adeguato	Leggermente adeguato	Né adeguato, né inadeguato	Leggermente inadeguato	Moderatamente inadeguato	Estremamente inadeguato
Il processo di rilevamento seguito dalla valutazione diagnostica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le qualifiche del personale che si occupano del bambino durante il processo di rilevamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il grado in cui i professionisti coinvolti nel processo hanno ascoltato e preso in considerazione le preoccupazioni dei genitori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Se avete suggerimenti circa il processo di rilevamento dei segni precoci dell' ASD, si prega di specificarli

---



---



---



---



---

**DIAGNOSI** In questa sezione saranno poste domande circa il processo di diagnosi di ASD. Siamo interessati alla vostra percezione riguardo i centri o le istituzioni che hanno curato il bambino durante il processo diagnostico. Le domande di questa sezione si riferiscono ai professionisti e alle istituzioni che sono stati direttamente coinvolti nel processo di diagnosi dei bambini affetti da ASD.

19. Sei direttamente coinvolto o sei stato coinvolto negli ultimi 6 anni nella conduzione di processi diagnostici per bambini con ASD?

- Sì
- No

Vorremmo contattarvi direttamente per avere maggiori dettagli su come il processo diagnostico si svolge nella tua organizzazione. Potete fornirci un indirizzo e-mail?

\_\_\_\_\_

Vorremmo contattare qualcuno coinvolto direttamente nel processo diagnostico. Potrebbe fornirci un indirizzo e-mail per avere maggiori dettagli su come il processo diagnostico è condotto nella vostra organizzazione?

\_\_\_\_\_

20. Quali sono le istituzioni / servizi che più frequentemente forniscono diagnosi di ASD nel vostro Stato?

	Psichiatra	Pediatra	Neurologo	Psicologo	Altro
Ospedali pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ospedali privati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione di genitori locale / regionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulto privato con uno specialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro, si prega di specificare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Il vostro centro / servizio (è possibile selezionare più di una opzione):

- Effettua valutazioni diagnostiche
- Per avere una diagnosi, i pazienti fanno riferimento ad altri servizi
- Accetta valutazioni condotte da altri servizi o centri

22. Presso il vostro servizio / istituzione , a chi fanno riferimento (più frequentemente) i bambini di età inferiore a 6 anni di età affetti da autismo o da possibile autismo? È possibile selezionare più di una opzione

- Pediatri o infermieri dei servizi sanitari pubblici
- Pediatri o infermieri dei servizi sanitari privati
- Insegnanti o personale scolastico dei servizi di istruzione pubblica (nido, scuola materna, scuola, ecc)
- Insegnanti o personale scolastico dei servizi di istruzione privata (nido, scuola materna, scuola, ecc)
- Professionisti di servizi sociali pubblici (agenzie o altro)
- Professionisti di servizi sociali privati (agenzie o altro)
- Altro, si prega di specificare \_\_\_\_\_

23. Quali professionisti (più frequentemente) assistono i bambini durante il, processo di diagnosi? È possibile selezionare più di una opzione:

- Pediatra
  - Psicologo
  - Psichiatra
  - Infermiere
  - Neuro Psichiatra
  - Altro, si prega di specificare \_\_\_\_\_
- 

24. Il vostro centro ha un requisito specifico per quanto riguarda il tipo di professionista che deve partecipare al processo diagnostico (ad esempio, medico, insegnante o psicologo)?

- Sì
  - No
- 

Si prega di specificare. È possibile selezionare più di una opzione

- Pediatra
  - Psicologo
  - Psichiatra
  - Infermiere
  - Neuro Psichiatra
  - Insegnante di scuola materna/scuola
  - Altro, si prega di specificare \_\_\_\_\_
-

25. Il vostro centro richiede che durante il processo diagnostico sia utilizzato un qualsiasi strumento specifico?

- Sì
- No

Si prega di specificare. È possibile selezionare più di una opzione

Sintomatologia dell'autismo	<input type="checkbox"/> Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)	<input type="checkbox"/> Social Communication Questionnaire (SCQ)	<input type="checkbox"/> Autism Spectrum Quotient (AQ)	<input type="checkbox"/> Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R)	<input type="checkbox"/> Social Responsiveness Scale (SRS)	<input type="checkbox"/> Altro
Misure QI	<input type="checkbox"/> Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence (WPPSI)	<input type="checkbox"/> Griffiths Mental Scales (GMS)	<input type="checkbox"/> Merrill-Palmer-Revised Scales of Development (MP-R)	<input type="checkbox"/> Leiter International Performance Scale- R (Leiter-R)	<input type="checkbox"/> Bayley Scales of Infant Development (BSID)	<input type="checkbox"/> Altro
Tratti relativi a comportamento e comorbidità	<input type="checkbox"/> Vineland Adaptive Behaviour Scales (VABS)	<input type="checkbox"/> Child Behaviour Checklist (CBCL)	<input type="checkbox"/> Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ)	<input type="checkbox"/> Conners' Rating Scale (CRS)	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro

Se per la sintomatologia dell'autismo avete selezionato un altro strumento, si prega di specificarlo

\_\_\_\_\_

Se per le misure QI avete selezionato un altro strumento, si prega di specificarlo

\_\_\_\_\_

Se per tratti comportamentali e comorbidità avete selezionato un altro strumento, si prega di specificarlo

---

26. Conoscete l'età media dei bambini a cui nel vostro centro / servizio è attribuita una diagnosi di ASD?

- Meno di 12 mesi
- 13-18 mesi
- 19-24 mesi
- 25-32 mesi
- 33-39 mesi
- 40-46 mesi
- 47-53 mesi
- 54-60 mesi
- 61 mesi o più
- Non lo so

27. Siete a conoscenza di quanto tempo trascorre, in media, dal primo incontro con lo specialista per il rilevamento dell'ASD fino alla diagnosi di ASD?

- Meno di 1 mese
- 1-2 mesi
- 3-4 mesi
- 5-6 mesi
- 7-8 mesi
- 9-10 mesi
- 11 mesi o più
- Non lo so

28. Dopo la diagnosi di ASD, il vostro centro / servizio fornisce informazioni alla famiglia?

- Sì
- No

Si prega di specificare. Selezionare la casella degli aspetti su cui i genitori di solito ricevono appropriate o sufficienti informazioni. È possibile selezionare più di una opzione

- Bisogni medici (specialisti, farmaci, consulenza genetica ...)
- Bisogni educativi (centri, supporto ...)
- Bisogni sociali (organizzazioni, sostegno alla famiglia...)
- Materiali (bibliografie, pagine web ...)
- Altro, Per favore specificare \_\_\_\_\_

29. Per la diagnosi dei bambini con ASD, seguite un manuale di classificazione dei disturbi mentali?

- Sì
- No

Si prega di specificare. È possibile selezionare più di una opzione

- DSM-IV-TR
- DSM-5
- ICD-10
- Altro, Per favore specificare \_\_\_\_\_



30. Quanto adeguato considerate il processo diagnostico?

	Estremamente adeguato	Moderatamente adeguato	Leggermente adeguato	Né adeguato, né inadeguato	Leggermente inadeguato	Moderatamente inadeguato	Estremamente inadeguato
Il tempo trascorso dal primo sospetto di problemi di sviluppo fino alla diagnosi di conferma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il livello professionale del personale che ha assistito i bambini nel processo diagnostico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il processo di valutazione e diagnosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



31. Se avete suggerimenti per programmi di screening, si prega di specificarli

## **BIOMARCATORI**

Biomarcatori nel processo di rilevazione e diagnosi

32. Ritenete sia fattibile?

	Sì, lo eseguiamo	Sì, ma al momento non è pratica comune	Sì, ma non è ritenuta una pratica utile	No, ma è ritenuta essere utile	No, e non è ritenuta essere utile
Utilizzare l'EEG nella diagnosi precoce di ASD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizzare la risonanza magnetica (sotto sedazione) nella diagnosi precoce di ASD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizzare esami ematici (ad esempio, per verificare i parametri del sistema immunitario, i livelli ormonali ...) nella diagnosi precoce di ASD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizzare esami su campioni di urina (ad esempio, per valutare parametri metabolici) nella diagnosi precoce di ASD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utilizzare un prelievo ematico per il test neonatale della bilirubina nella diagnosi precoce di ASD?

Utilizzare l'eye-tracking (per esempio per valutare l'attenzione) nella diagnosi precoce di ASD?

Utilizzare la valutazione motoria per la diagnosi precoce di ASD?

Utilizzare questionari per valutare le caratteristiche del temperamento nella diagnosi precoce di ASD?

---

Si prega di fornire la vostra e-mail personale se desiderate contattarci per ulteriori informazioni

\_\_\_\_\_

### INTERVENTO PRECOCE

In questa sezione del questionario vi saranno poste domande su tipo e portata dei servizi di intervento precoce nella vostra regione / Stato

---

33. Nella vostra regione o Stato sono disponibili servizi di riferimento regionale / nazionale o centri specializzati di intervento precoce per l'ASD? È possibile selezionare più di una opzione

- Sì, si prega di specificare \_\_\_\_\_
- No. Questo tipo di servizi sono svolti da team di intervento precoce generali per tutti i tipi di bambini che presentano difficoltà di sviluppo
- Non sono disponibili servizi di intervento precoce per ASD

34. Sei un membro o sei stato un membro negli ultimi 6 anni di un team che offre l'intervento precoce a bambini con ASD?

- Sì
- No

Vorremmo contattarti direttamente in modo che ci puoi descrivere in dettaglio il programma di intervento precoce a favore di bambini affetti da ASD. Potreste fornirci un indirizzo e-mail?

\_\_\_\_\_

Vorremmo contattare qualcuno coinvolto direttamente nel programma di intervento precoce per ASD. Potreste fornirci un indirizzo e-mail per avere maggiori dettagli su come l'intervento precoce è messo in atto nella vostra organizzazione?

\_\_\_\_\_

35. Potreste indicarci alcuni dei principi fondamentali su cui è basato il vostro modello di intervento precoce a favore di bambini affetti da ASD (ad esempio, il coinvolgimento dei genitori, sulla base di contesti naturali, utilizzando metodi comportamentali, obiettivi individualizzati, ecc)?

- 1 \_\_\_\_\_
  - 2 \_\_\_\_\_
  - 3 \_\_\_\_\_
  - 4 \_\_\_\_\_
  - 5 \_\_\_\_\_
  - 6 \_\_\_\_\_
  - 7 \_\_\_\_\_
  - 8 \_\_\_\_\_
- 

36. Presso il vostro centro, a quale età i bambini con ASD sono sottoposti a intervento precoce?

- Meno di 12 mesi
  - 13-18 mesi
  - 19-24 mesi
  - 25-32 mesi
  - 33-39 mesi
  - 40-46 mesi
  - 47-53 mesi
  - 54-60 mesi
  - 61 mesi o più
  - Non lo so
-

37. Siete a conoscenza di quanto tempo trascorre dalla diagnosi fino all'inizio del programma di intervento precoce?

- Meno di 1 mese
- 1-2 mesi
- 3-4 mesi
- 5-6 mesi o più
- Non lo so

38. Consigliaresti eventuali specifici metodi di trattamento a soggetti con da autismo?

- Sì, si prega di specificare \_\_\_\_\_
- No

Si prega di specificarne il motivo (È possibile selezionare più di una opzione)

- Perché il nostro team è formato a quel modello di intervento
- Perché si basa sulle evidenze
- Perché è ritenuto opportuno per i bambini con ASD
- Perché nella regione/Stato è il più utilizzato
- Altri motivi (specificarli) \_\_\_\_\_

39. A quante sedute di intervento sono sottoposti i bambini settimanalmente nel vostro servizio / centro?

Numero di sessioni

Numero di ore per sessione

▼ 1 ... 7 ~ >4

40. Di che tipo sono le sessioni di intervento nel servizio / centro? (È possibile selezionare più di una opzione)

In gruppo

Individuali

Altro, si prega di specificare \_\_\_\_\_

---

41. Qual è il livello di partecipazione dei genitori nei programmi di intervento del servizio / centro?

Molto attivo

Attivo

Partecipazioni occasionali

I genitori difficilmente partecipano

---

Si prega di spiegarne il perché

---

---

---

---

---

42. Il vostro servizio / centro fornisce informazioni alla famiglia circa il programma di intervento per ASD?

Si

No

---

Si prega di specificare il tipo di informazioni fornite (È possibile selezionare più di una opzione)

- Informazioni sulle evidenze degli esiti dei programmi
- Informazioni sulla idoneità del programma rispetto alle caratteristiche del bambino
- Informazioni sui costi economici del programma
- Informazioni sul coinvolgimento dei genitori
- Informazioni sui progressi del bambino
- Altro, si prega di specificare \_\_\_\_\_

43. Quanto adeguato ritenete il processo di intervento?

	Estremamente adeguato	Moderatamente adeguato	Leggermente adeguato	Né adeguato, né inadeguato	Leggermente inadeguato	Moderatamente inadeguato	Estremamente inadeguato
Numero di sessioni a cui sono sottoposti i bambini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livello di partecipazione dei genitori alle sessioni di intervento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informazioni ricevute dai genitori circa i programmi di intervento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Se avete suggerimenti per i programmi di intervento precoce, si prega di specificarli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ASDEU