

**M-CHAT-R/F™**

**Modified Checklist for Autism in Toddlers,  
Revised with Follow-Up**

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton.

Trad it. 2014 Erica Salomone<sup>1</sup>, Charlotte Cecil<sup>1</sup>, & Filippo Muratori<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> King's College London, Institute of Psychiatry, Department of Psychology,  
United Kingdom

<sup>2</sup> IRCCS Stella Maris Foundation-Department of Developmental  
Neuroscience, Italy

✉ [erica.salomone@kcl.ac.uk](mailto:erica.salomone@kcl.ac.uk)

## M-CHAT-R™ Checklist

Per favore risponda a queste domande tenendo presente qual è il comportamento usuale del suo bambino/a. Se ha visto un certo comportamento alcune volte, ma normalmente il Suo bambino/a non si comporta in quel modo, per favore risponda “No”.

Faccia un cerchio intorno a “**Si**” o “**No**” a fianco ad ogni domanda. Grazie molte.

1. Se Lei indica qualcosa che si trova dall'altra parte della stanza, il suo bambino/a guarda da quella parte? ( <b>PER ESEMPIO</b> , se Lei indica un giocattolo o un animale, Suo figlio/a guarda verso il giocattolo o l'animale? )	<b>Si</b>	<b>No</b>
2. Si è mai domandato/a se il suo bambino/a possa essere sordo/a?	<b>Si</b>	<b>No</b>
3. Il suo bambino/a gioca a “far finta che” (gioco di finzione)? ( <b>PER ESEMPIO</b> , fa finta di bere da una tazza vuota, o fa finta di parlare al telefono, o fa finta di dar da mangiare ad una bambola o a un peluche?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
4. Al suo bambino/a piace arrampicarsi sulle cose? ( <b>PER ESEMPIO</b> , sui mobili o sugli attrezzi al parco giochi, o sulle scale?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
5. Il suo bambino/a fa dei movimenti <u>insoliti</u> con le dita davanti agli occhi? ( <b>PER ESEMPIO</b> , muove le dita avanti e indietro vicino agli occhi?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
6. Il suo bambino/a indica con un dito per chiedere qualcosa o per chiedere aiuto? ( <b>PER ESEMPIO</b> , indica una merendina o un gioco fuori portata?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
7. Il suo bambino/a indica con un dito per farle vedere qualcosa di interessante? ( <b>PER ESEMPIO</b> , indica un aereo in cielo o un grosso camion per strada?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
8. Il suo bambino/a mostra interesse per gli altri bambini? ( <b>PER ESEMPIO</b> , guarda altri bambini, sorride a loro, o va verso di loro?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
9. Il suo bambino/a Le mostra delle cose portandogliele o tenendole in alto per fargliele vedere? Non per chiedere aiuto, ma soltanto per condividere? ( <b>PER ESEMPIO</b> , le mostra un fiore, un peluche, o un camion giocattolo?)	<b>Si</b>	<b>No</b>

10. Il suo bambino/a reagisce quando Lei lo/a chiama per nome? ( <b>PER ESEMPIO</b> , quando Lei lo chiama per nome, il suo bambino/a guarda verso di Lei, parla o fa delle sequenze di suoni (come “ba-ba”, “la-la” ...) o smette di fare quello che sta facendo?)	<b>Sì</b>	<b>No</b>
11. Quando Lei sorride al suo bambino/a, lui/lei sorride a sua volta verso di Lei?	<b>Sì</b>	<b>No</b>
12. Il suo bambino/a è agitato da rumori comuni? ( <b>PER ESEMPIO</b> , grida o piange per il rumore di un aspirapolvere o per una musica ad alto volume?)	<b>Sì</b>	<b>No</b>
13. Il suo bambino/a cammina?	<b>Sì</b>	<b>No</b>
14. Il suo bambino/a La guarda negli occhi quando Lei gli/le sta parlando, sta giocando con lui/lei, o lo/a sta vestendo?	<b>Sì</b>	<b>No</b>
15. Il suo bambino/a cerca di copiare ciò che Lei fa? ( <b>PER ESEMPIO</b> , La copia quando Lei fa ciao con la mano, batte le mani o fa un rumore buffo?)	<b>Sì</b>	<b>No</b>
16. Se Lei gira la testa per guardare qualcosa, il suo bambino/a si guarda intorno per vedere che cosa Lei sta guardando?	<b>Sì</b>	<b>No</b>
17. Il suo bambino/a cerca di farsi guardare da Lei? ( <b>PER ESEMPIO</b> , il suo bambino La guarda per farsi fare un complimento, o dice “Guarda” o “Guardami”?)	<b>Sì</b>	<b>No</b>
18. Il suo bambino/a capisce quando Lei gli/le dice di fare qualcosa? ( <b>PER ESEMPIO</b> , il suo bambino capisce “Metti il libro sulla sedia”, o “Portami la copertina” anche se Lei non indica queste cose?)	<b>Sì</b>	<b>No</b>
19. Se capita qualcosa di insolito, il suo bambino/a La guarda in faccia per capire come Lei si sente in quel momento? ( <b>PER ESEMPIO</b> , se sente un rumore strano o buffo, o se vede un giocattolo nuovo, il suo bambino/a La guarda in faccia?)	<b>Sì</b>	<b>No</b>
20. Al suo bambino/a piace fare giochi di movimento? ( <b>PER ESEMPIO</b> , gli/le piace che lo si faccia dondolare o che lo si faccia rimbalzare sulle ginocchia?)	<b>Sì</b>	<b>No</b>

1. Se Lei indica qualcosa che si trova dall'altra parte della stanza, \_\_\_\_\_ guarda da quella parte?

**Sì**

**No**

Per favore mi faccia un esempio di cosa lui/lei fa quando Lei indica qualcosa.  
(Se il genitore non fornisce un esempio della lista "Esempi item SUPERATO", chiedere specificamente per ciascun esempio.)

Se Lei indica qualcosa, che cosa fa tipicamente il bambino/a?

Esempi item SUPERATO

Guarda l'oggetto	Sì	No	<input type="checkbox"/>
Indica l'oggetto	Sì	No	<input type="checkbox"/>
Guarda e fa un commento sull'oggetto	Sì	No	<input type="checkbox"/>
Guarda se il genitore indica e dice "Guarda!"	Sì	No	<input type="checkbox"/>

Esempi item FALLITO

Ignora il genitore	Sì	No	<input type="checkbox"/>
Si guarda intorno nella stanza a caso	Sì	No	<input type="checkbox"/>
Guarda il dito del genitore	Sì	No	<input type="checkbox"/>

**Sì** solo a esempi di item SUPERATO

**Sì** ad esempi sia di item SUPERATO sia di item FALLITO

**Sì** solo ad esempi di item FALLITO

**SUPERATO**

Che cosa fa più spesso?

**FALLITO**

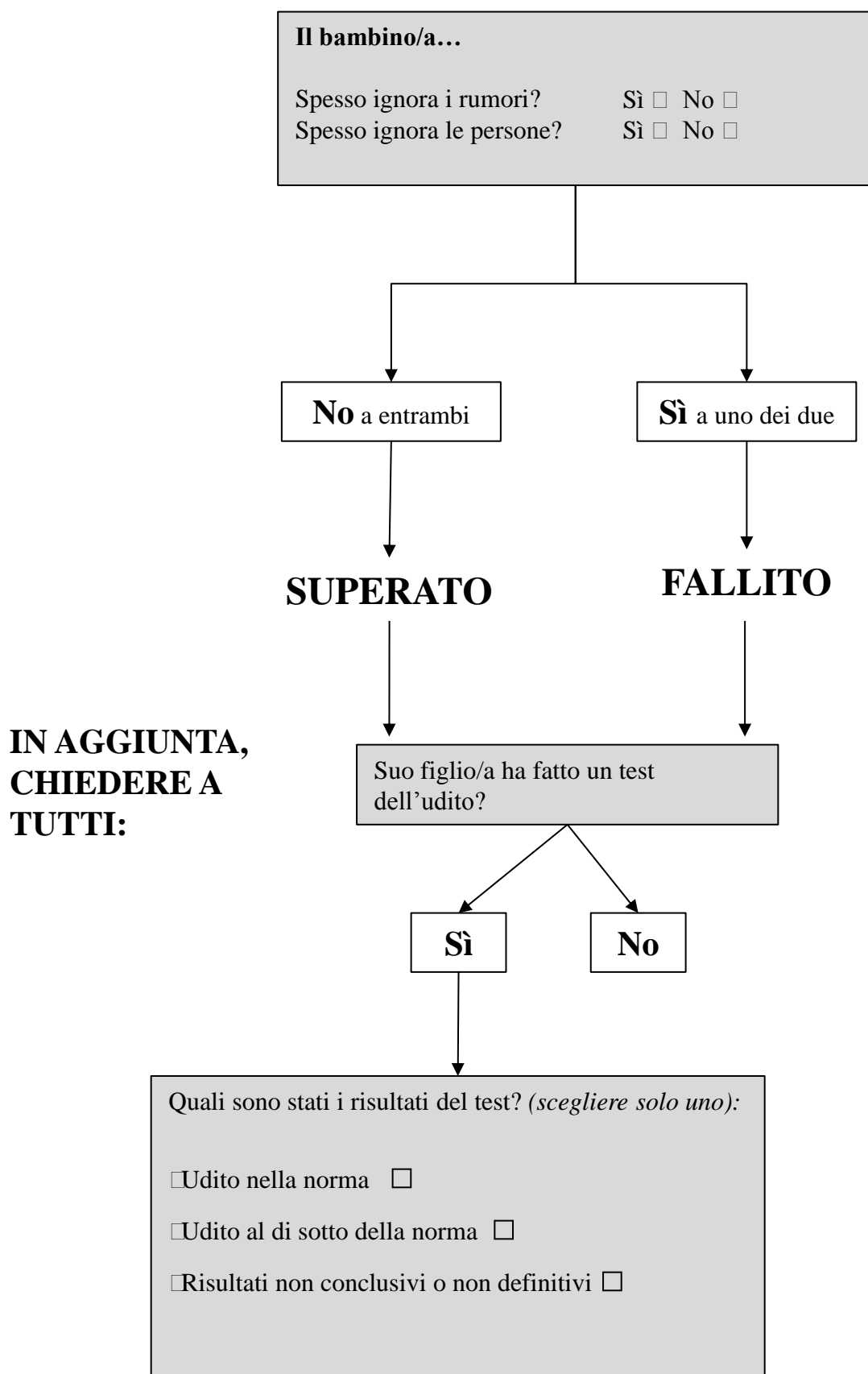
Il più frequente è un esempio di item SUPERATO

Il più frequente è un esempio di item FALLITO

**SUPERATO**

**FALLITO**

2. Lei ha riferito che si è domandato/a se il suo bambino/a sia sordo. Che cosa glielo ha fatto pensare?



3. \_\_\_\_\_ gioca a “far finta che” (gioco di finzione)?

**Sì**

**No**

Per favore mi faccia un esempio di come il suo bambino/a gioca a “far finta che”.  
(Se il genitore non fornisce un esempio della lista “Esempi item SUPERATO”, chiedere specificamente per ciascun esempio.)

**Il suo bambino/a gioca a...**

Far finta di bere da una tazza **giocattolo**?

Sì  No

Far finta di mangiare con un cucchiaino o una forchetta **giocattolo**?

Sì  No

Far finta di parlare al telefono?

Sì  No

Far finta di dar da mangiare a una bambola o a un peluche con cibo vero o immaginario?

Sì  No

Spingere una macchinina come se stesse andando su una strada immaginaria?

Sì  No

Far finta di essere un robot, un aereo, una ballerina o qualsiasi altro personaggio preferito?

Sì  No

Sì  No

Mettere un pentolina giocattolo su un fornello finto?

Sì  No

Mescolare cibo immaginario?

Sì  No

Mettere un personaggio o una bambola in una macchina o un camion come se fossero il guidatore o il passeggero?

Sì  No

Far finta di passare l'aspirapolvere sul tappeto, spazzare il pavimento, o tagliare l'erba?

Sì  No

Altro (specificare):

Sì  No

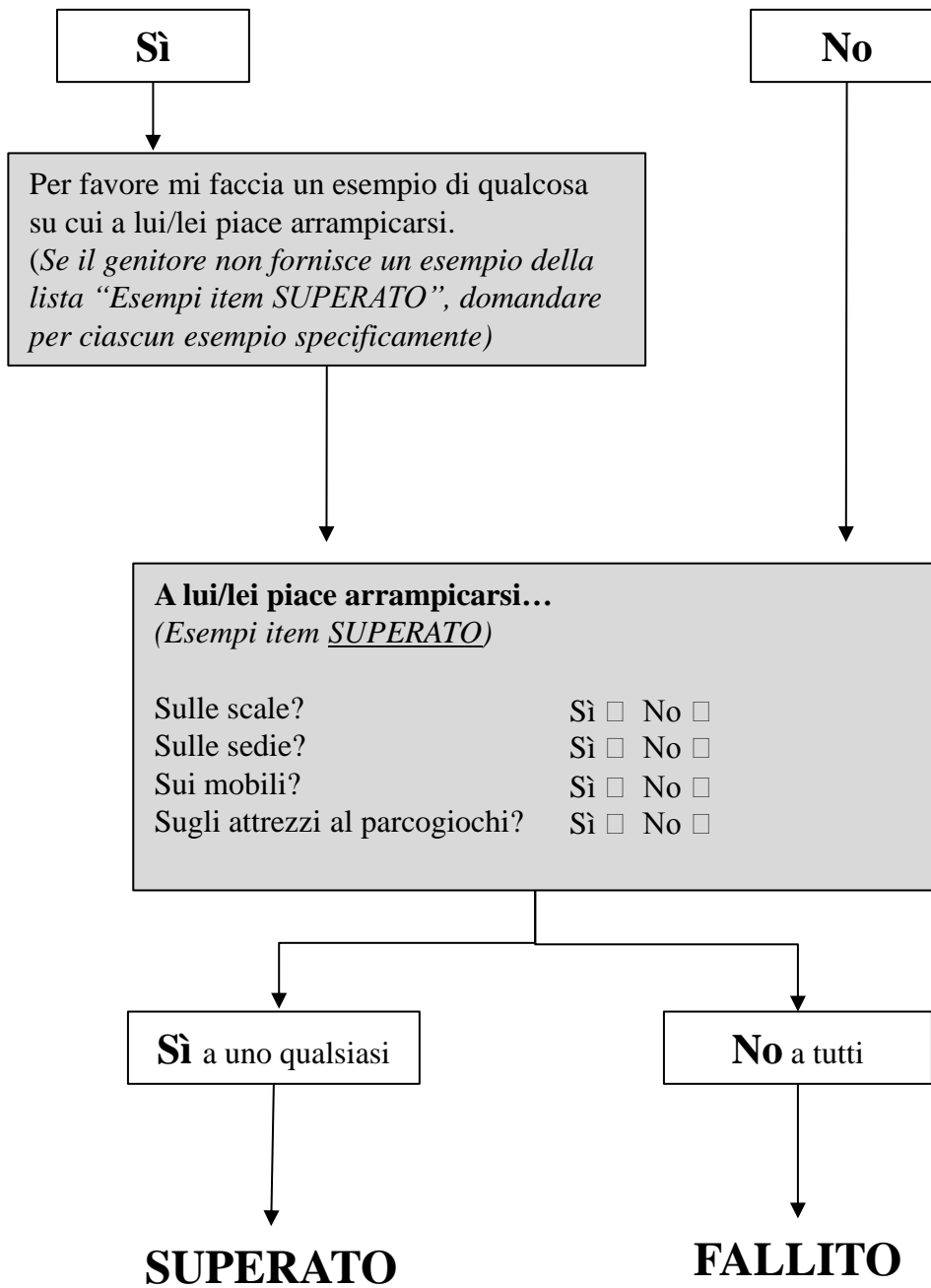
**Sì** a uno qualsiasi

**No** a tutti

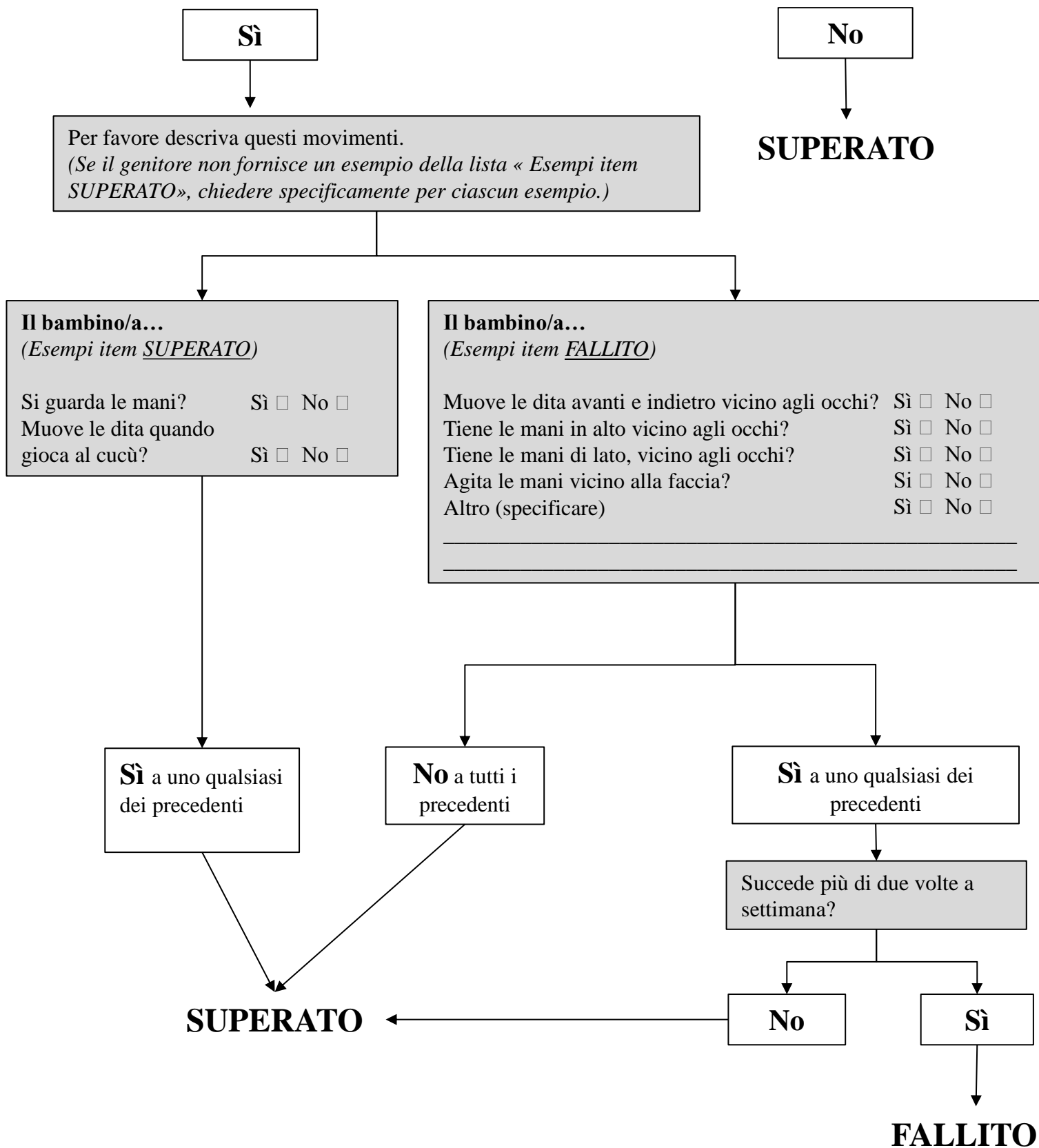
**SUPERATO**

**FALLITO**

4. A \_\_\_\_\_ piace arrampicarsi sulle cose?

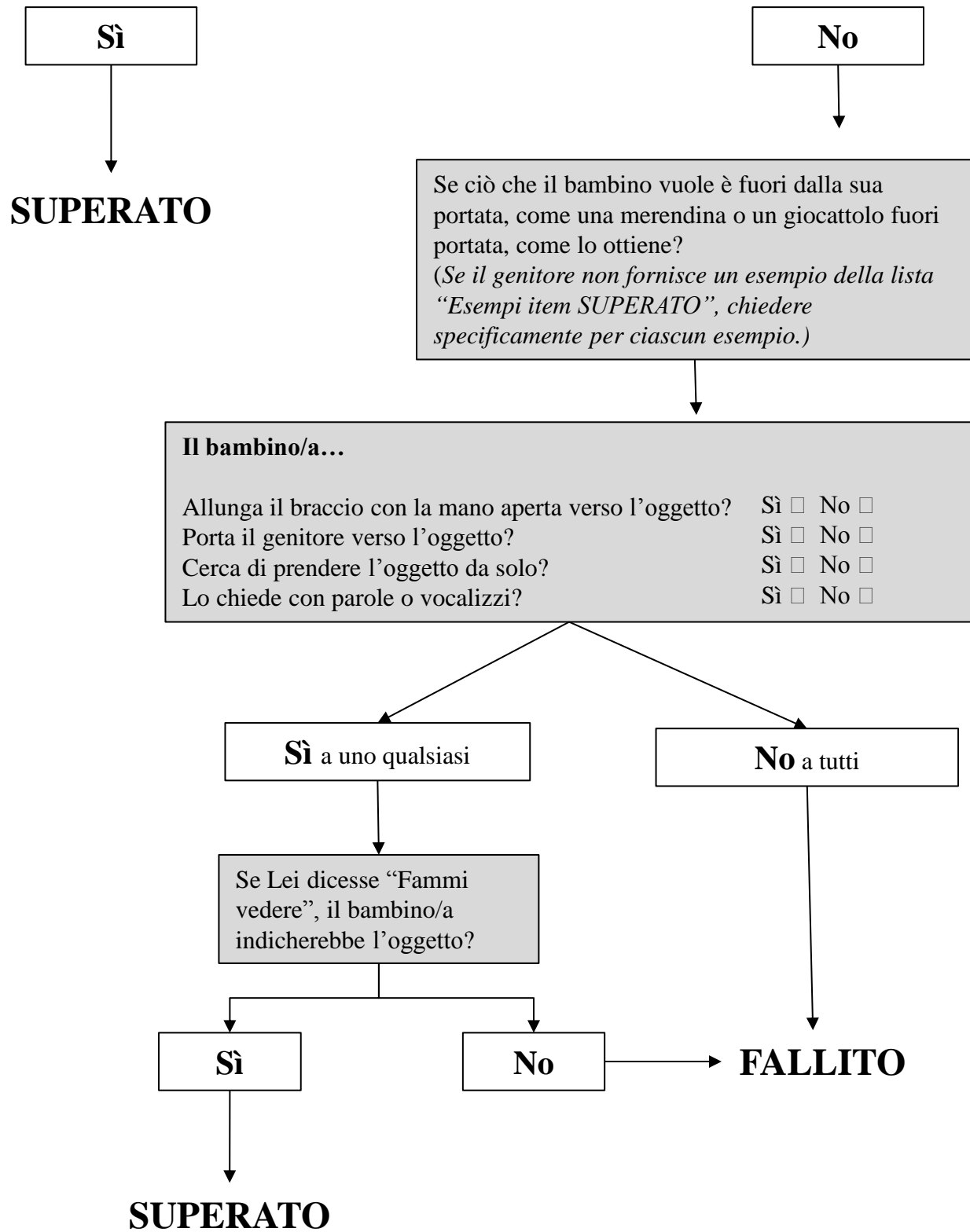


5. \_\_\_\_\_ fa dei movimenti insoliti con le dita davanti agli occhi?

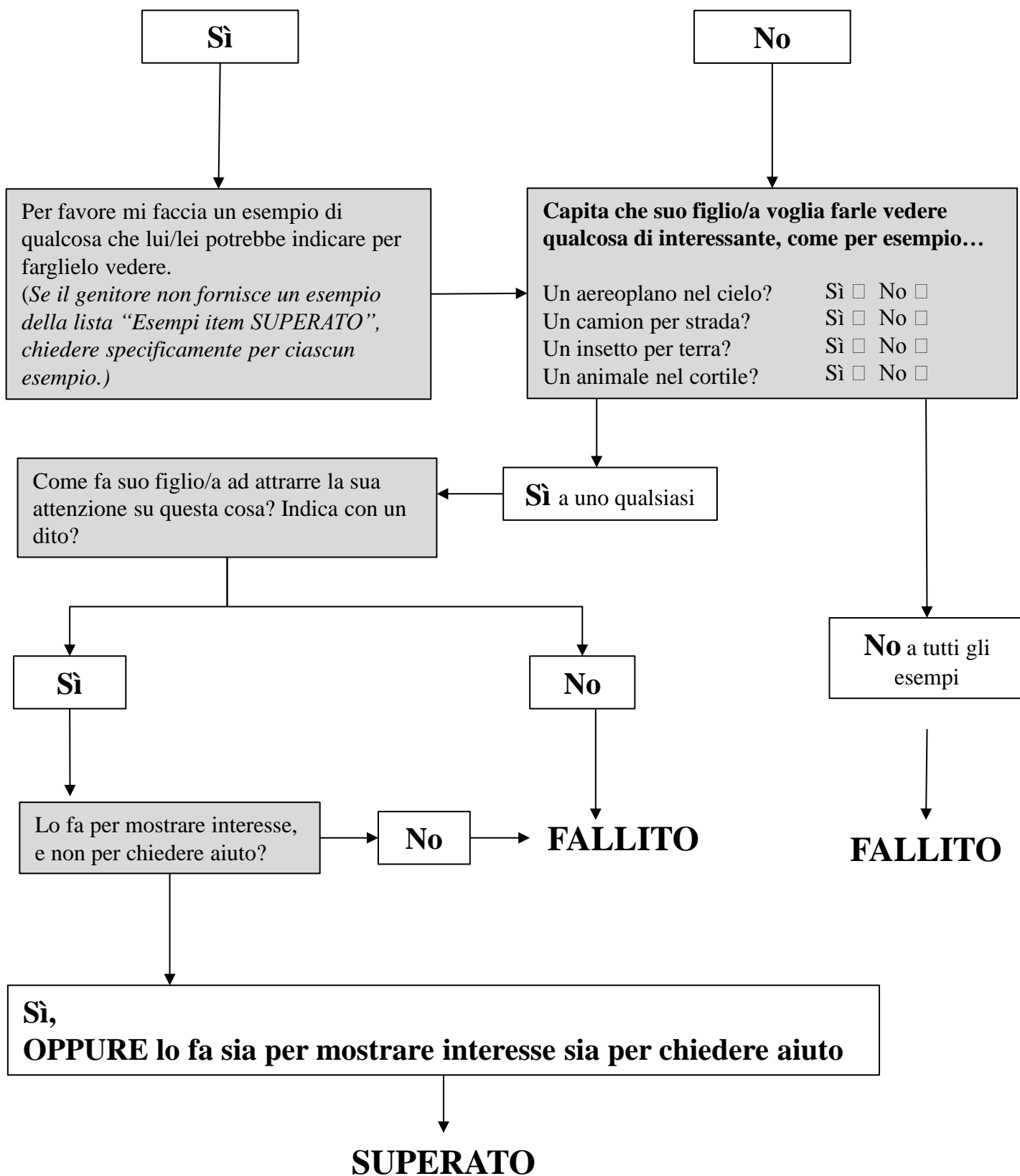




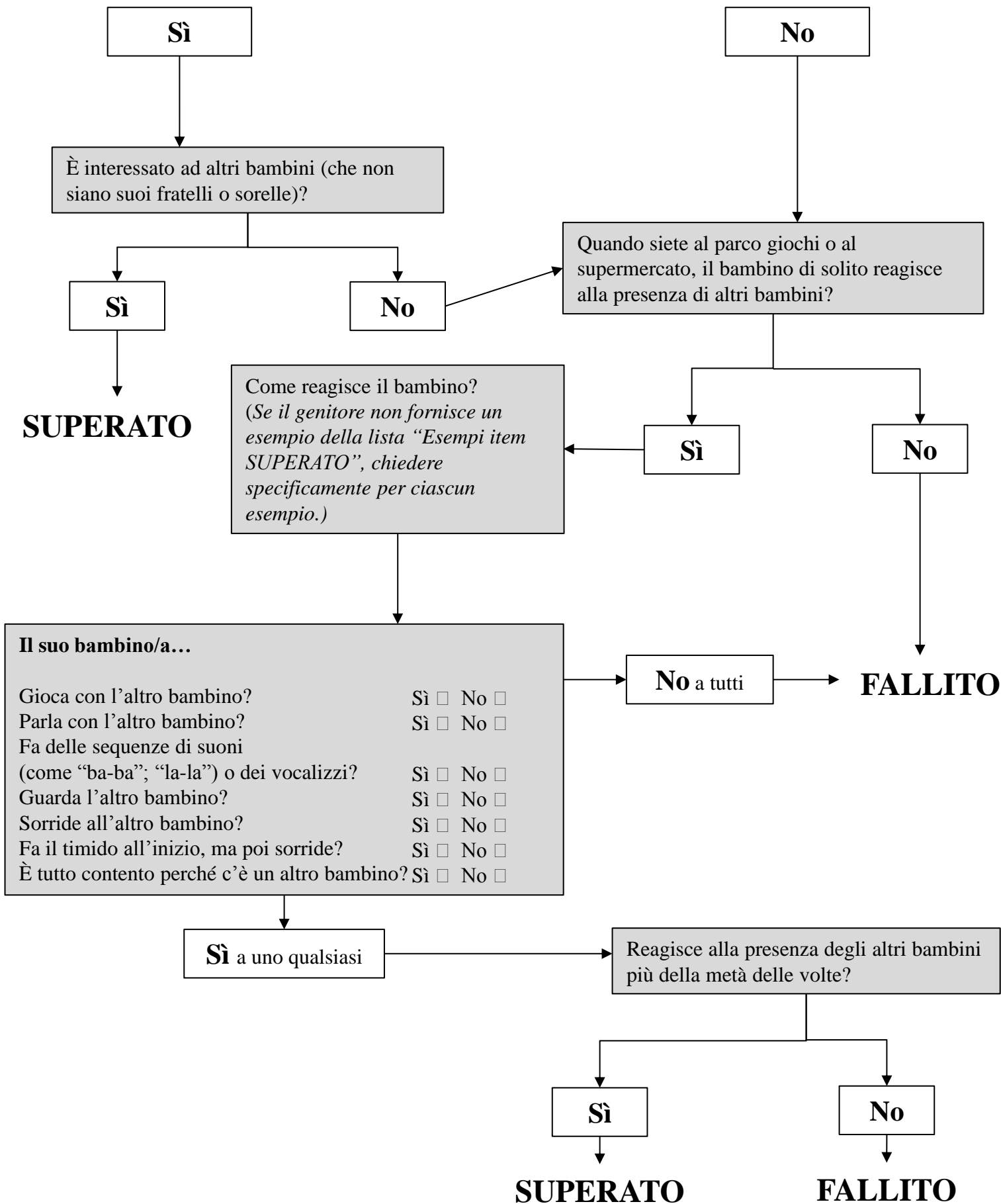
**6. Il suo bambino/a indica con un dito per chiedere qualcosa o per chiedere aiuto?**



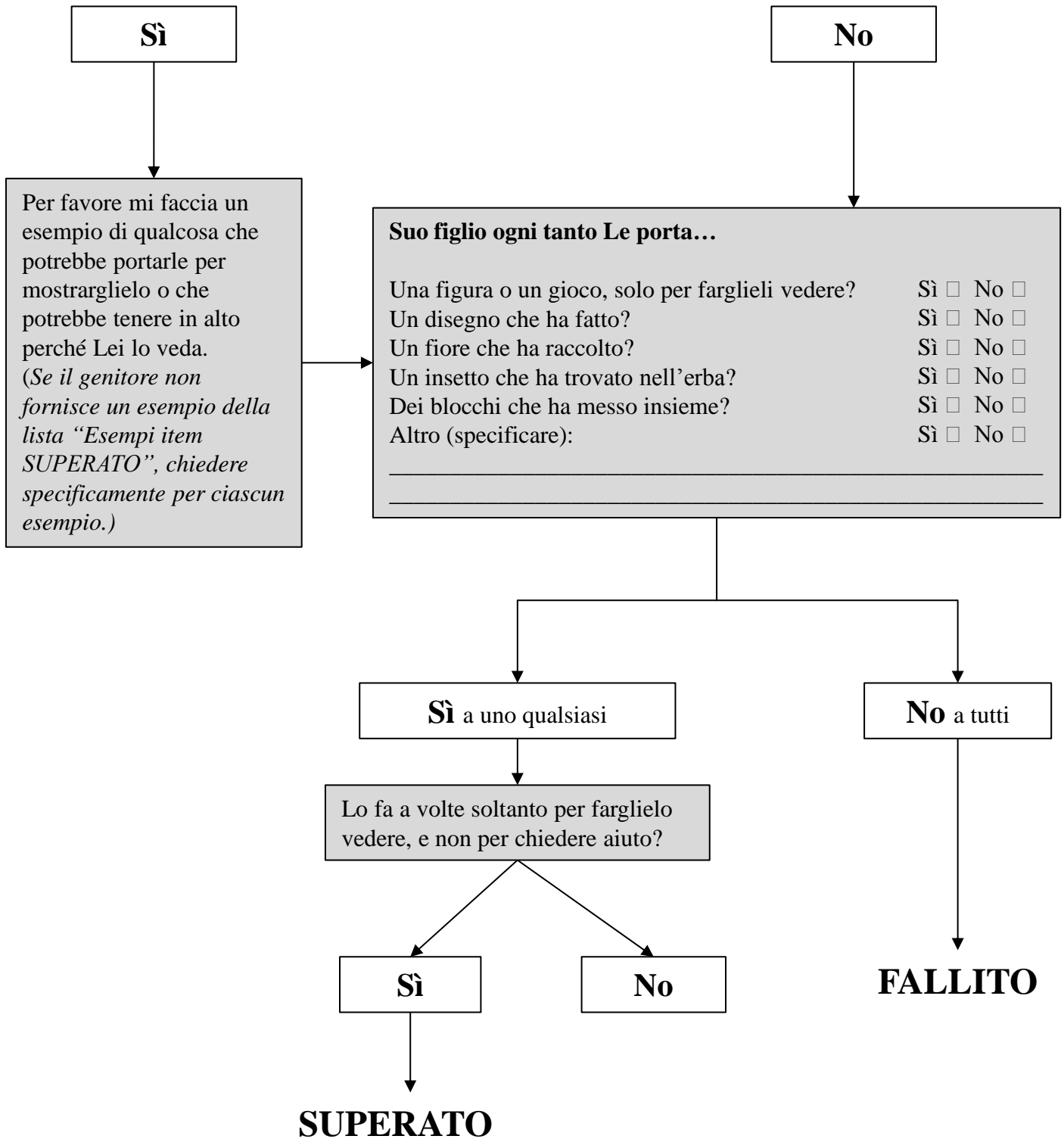
7. [Se l'intervistatore ha appena fatto la domanda n.6, iniziare così:] **Abbiamo appena parlato di indicare per chiedere qualcosa, [Per tutti: ] Suo figlio/a indica con un dito soltanto per farle vedere qualcosa di interessante?**



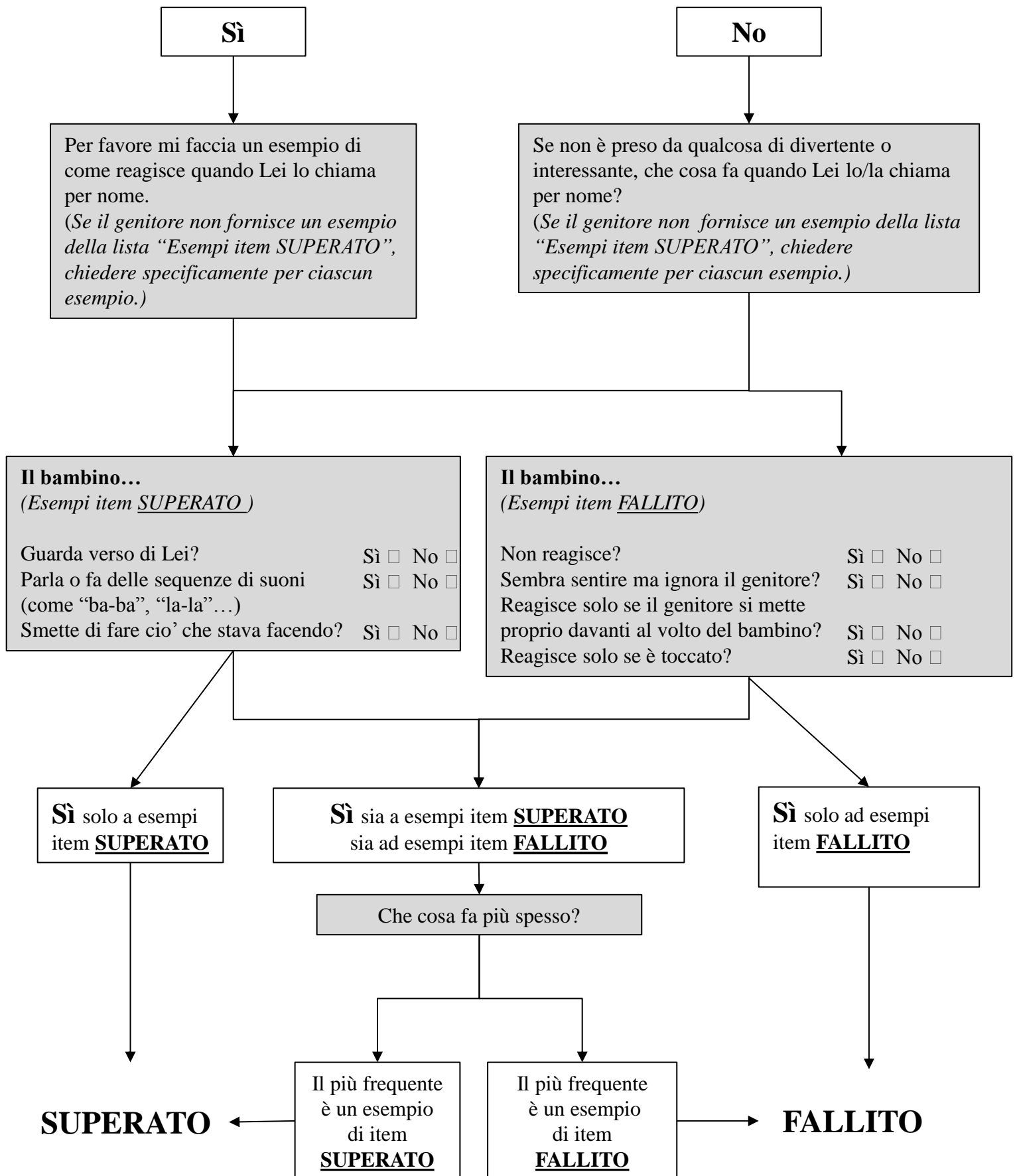
8. \_\_\_\_\_ mostra interesse per gli altri bambini?



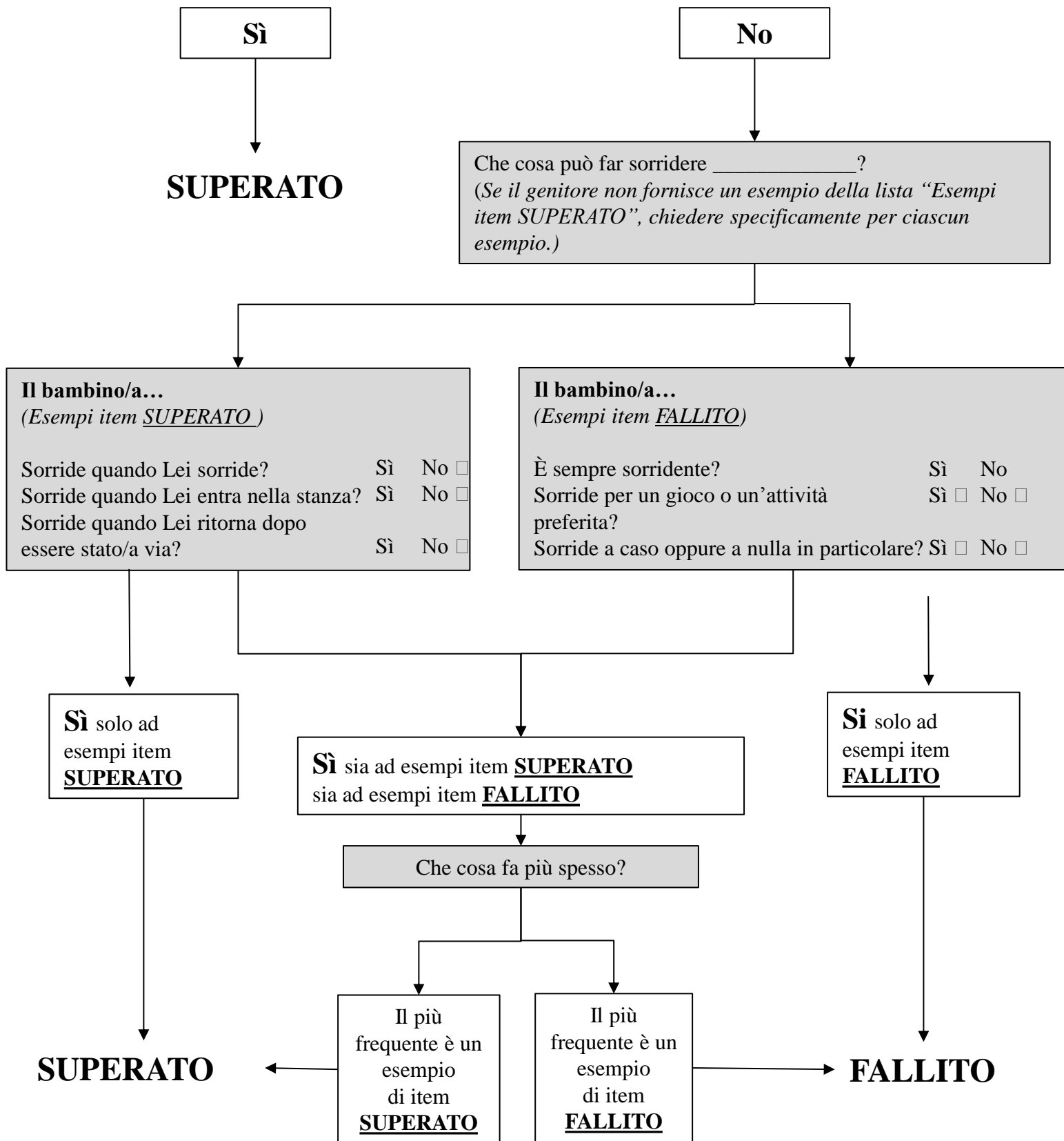
9. \_\_\_\_\_ Le mostra delle cose portandogliele o tenendole in alto per fargliele vedere? Non soltanto per chiedere aiuto, ma per condividere?



10. \_\_\_\_\_ reagisce quando Lei lo/a chiama per nome?



11. Quando Lei sorride a \_\_\_\_\_, lui/lei sorride a sua volta verso di Lei?



12. \_\_\_\_\_ è agitato da rumori comuni?

**Sì**

**No**

**Il suo bambino/a ha una reazione negativa al rumore di...**

- |   |   |
|---|---|
| Una lavatrice?  | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Il pianto dei neonati?                                | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Un'aspirapolvere?                                     | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Un'asciugacapelli?                                    | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Il traffico?  | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Strilli acuti dei neonati?                            | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Musica ad alto volume?                                | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Il suono del telefono o del campanello?               | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Luoghi rumorosi come un supermercato o un ristorante? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Altro (specificare):                                  | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**SUPERATO**

**Sì a due o più'**

Come reagisce suo figlio a questi rumori?  
(Se il genitore non fornisce un esempio per item SUPERATO, chiedere specificamente per ciascun esempio.)

**Il bambino/a...**  
(Esempi item SUPERATO)

- |   |   |
|---|---|
| Si copre con calma le orecchie?           | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Le dice che quel rumore non gli/le piace? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

**Il bambino/a...**  
(Esempi item FALLITO)

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Grida?                             | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Piange?                            | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Si copre le orecchie ed è agitato? | Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

**Sì solo ad esempi item SUPERATO**

**Sì sia ad esempi item SUPERATO sia ad esempi item FALLITO**

**Sì solo ad esempi item FALLITO**

Che cosa fa più spesso?

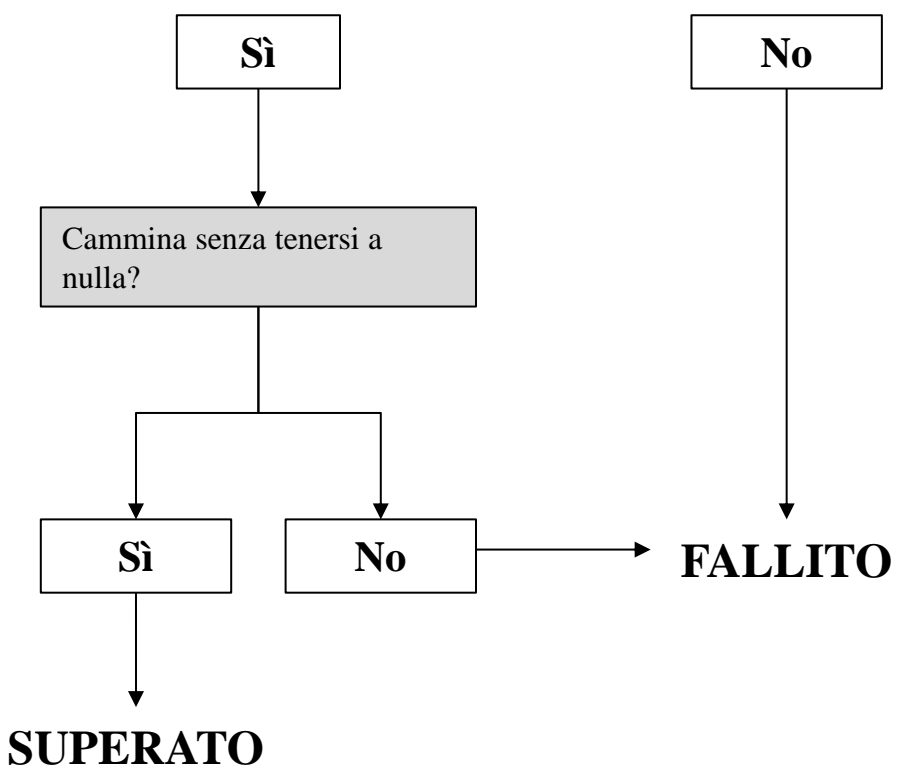
Il più frequente è un esempio di item SUPERATO

Il più frequente è un esempio di item FALLITO

**SUPERATO**

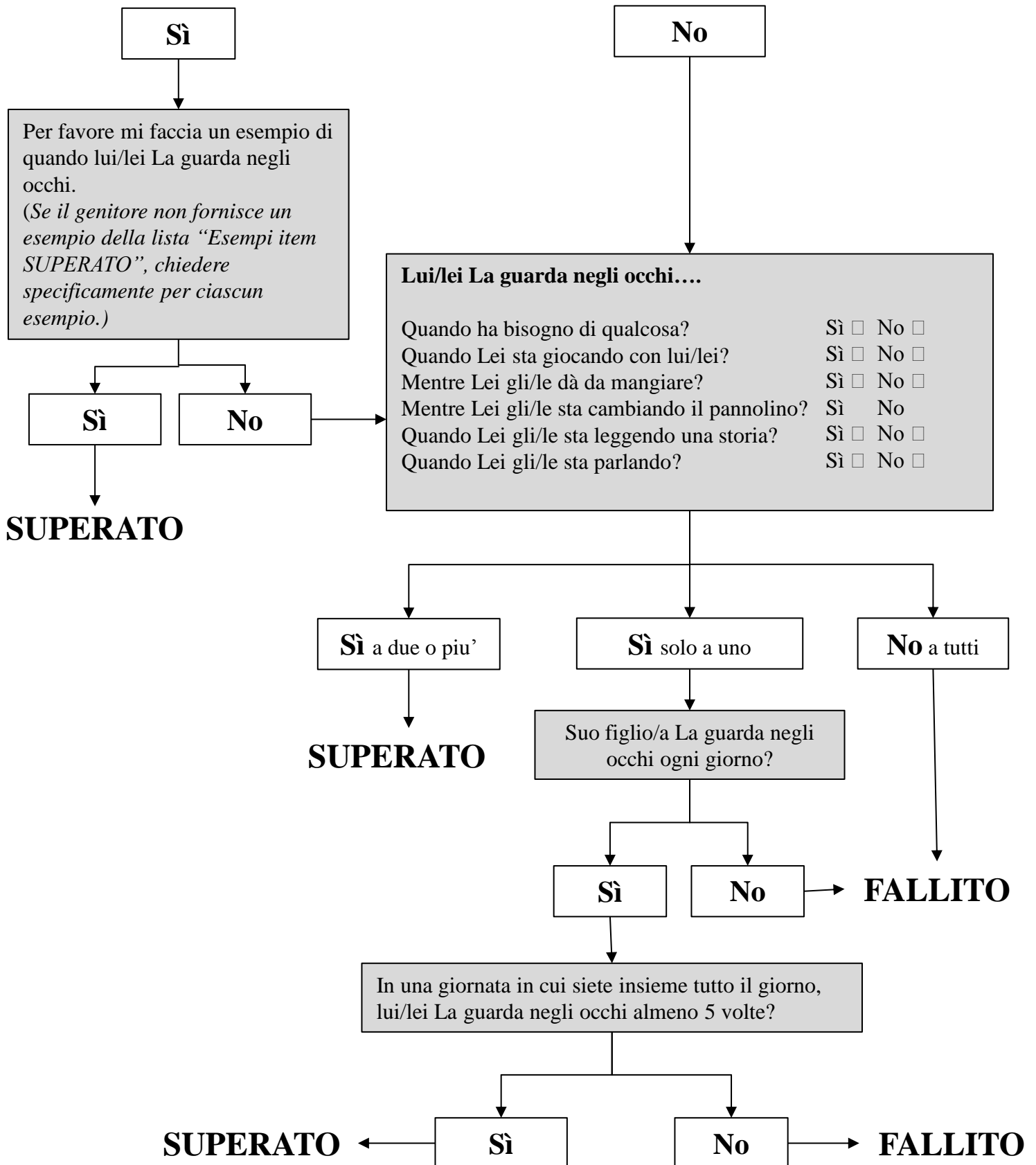
**FALLITO**

13. \_\_\_\_\_ cammina?

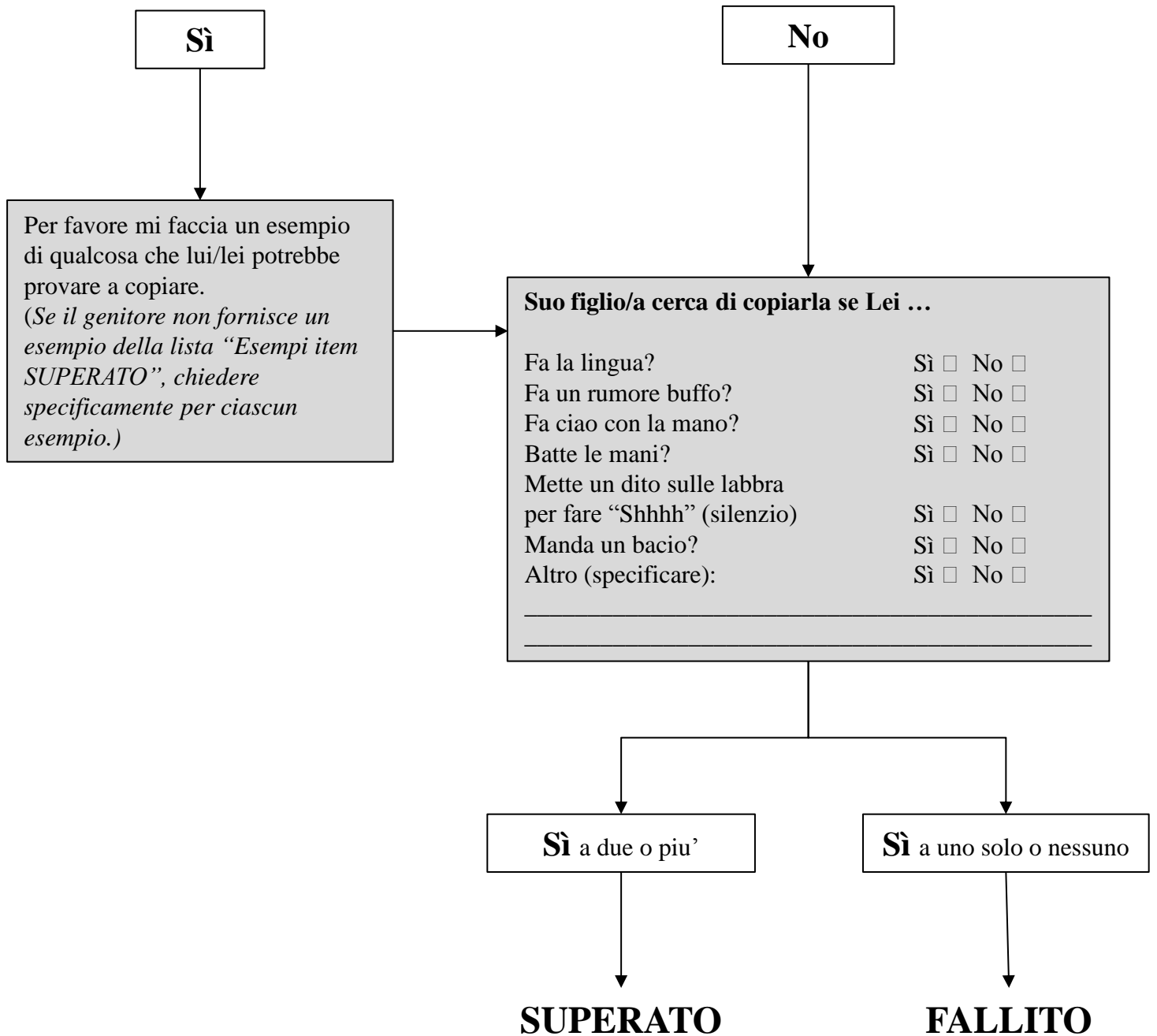




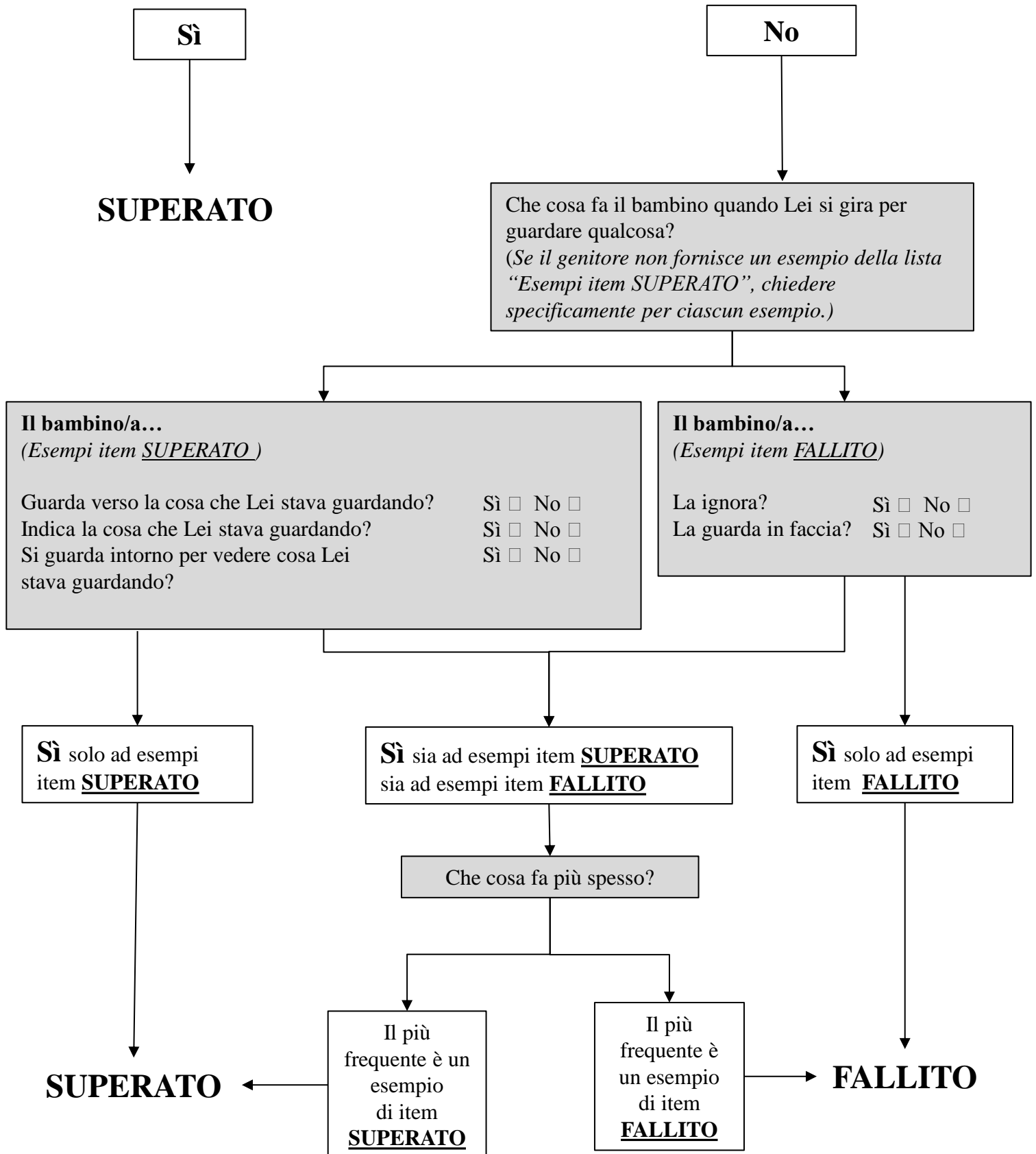
14. \_\_\_\_\_ La guarda negli occhi quando Lei gli/le sta parlando, sta giocando con lui/lei, o lo/a sta cambiando?



15. \_\_\_\_\_ cerca di copiare ciò che Lei fa?



16. Se Lei gira la testa per guardare qualcosa, \_\_\_\_\_ si guarda intorno per vedere che cosa Lei sta guardando?



17. \_\_\_\_\_ cerca di farsi guardare da Lei?

**Sì**

**No**

Per favore mi faccia un esempio di cosa lui/lei prova a fare per farsi guardare da Lei.  
(Se il genitore non fornisce un esempio della lista "Esempi item SUPERATO", chiedere specificamente per ciascun esempio.)

**Il bambino/a...**

Dice "Guarda!" o "Guardami!"	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fa delle sequenze di suoni (come "ba-ba", "la-la"... ) o un rumore perché Lei guardi ciò che lui/lei sta facendo?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La guarda per ricevere un complimento o un commento?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Continua a guardare per vedere se Lei sta guardando?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Altro (specificare):	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

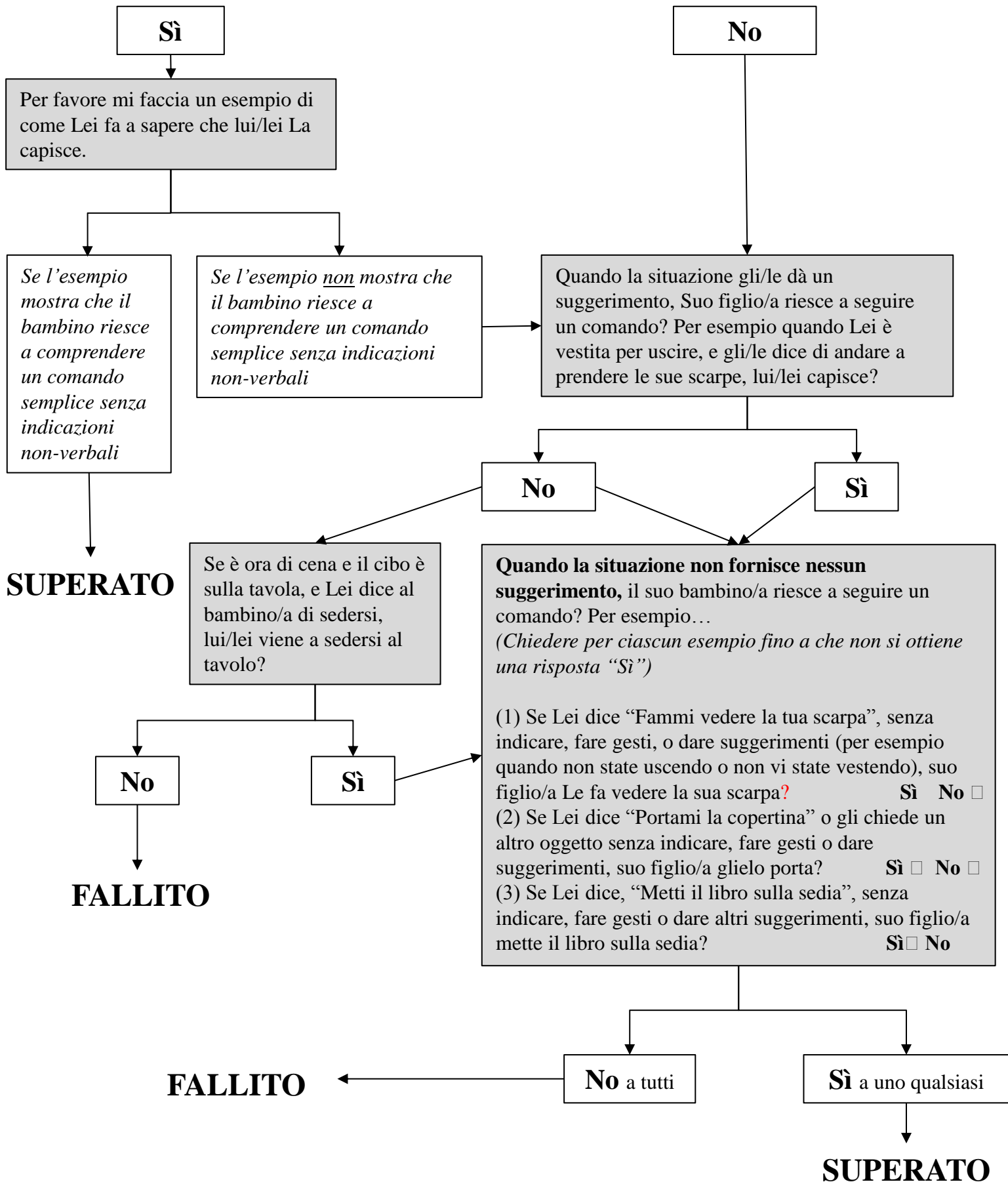
**Sì** a uno qualsiasi

**Sì** a nessuno

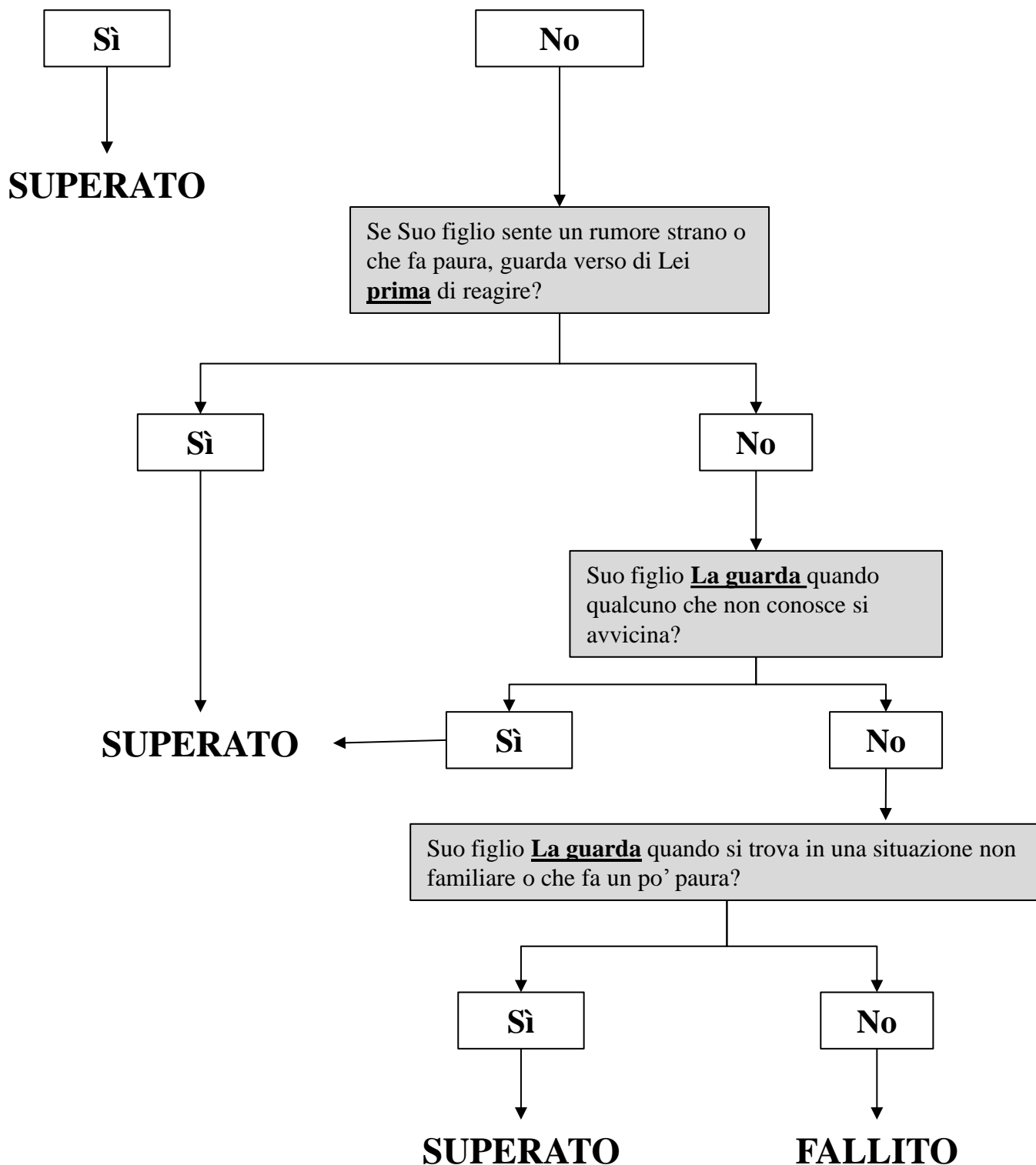
**SUPERATO**

**FALLITO**

18. \_\_\_\_\_ capisce quando Lei gli/le dice di fare qualcosa?



19. Se capita qualcosa di insolito, \_\_\_\_\_ La guarda in faccia per capire come Lei si sente in quel momento?



20. A \_\_\_\_\_ piace fare giochi di movimento?

