

Azienda Sanitaria Locale di Mantova

La salute nell'età evolutiva e l'ambiente

QUESTIONARIO PER I GENITORI

Gentili genitori,
nel questionario vengono chieste informazioni sulla SALUTE DI VOSTRO FIGLIO o DI VOSTRA FIGLIA. Vi sono, inoltre, domande sulle abitudini di vita, sull'ambiente domestico e sulla famiglia.

Vi chiediamo gentilmente di riportare il questionario compilato a scuola, chiuso nella busta predisposta, entro 7 giorni e di riconsegnarlo all'insegnante di vostro/a figlio/a.

Tutti i dati raccolti verranno trattati con la massima riservatezza nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (D.Lgs. 30-6-2003 n.196), trattati da personale sanitario tenuto al segreto professionale e conservati in assoluta sicurezza.

I risultati dell'indagine saranno resi noti solo in forma statistica alla fine dello studio e in nessun modo sarà possibile da essi risalire all'identità del singolo soggetto.

VI RINGRAZIAMO MOLTO PER LA COLLABORAZIONE.

Please cite the source appropriately. For more information contact
alessandro.marcon@univr.it



ALCUNI DATI DI SUO/A FIGLIO/A

Tutte le informazioni raccolte saranno trattate con le opportune garanzie di riservatezza, in ottemperanza alla normativa vigente (D.Lgs. 30-6-2003 n.196 e successivi regolamenti applicativi).

COGNOME DI SUO FIGLIO _____

NOME DI SUO FIGLIO _____

SCUOLA _____

CLASSE _____ SEZIONE _____

ETÀ (anni compiuti) ANNI

DATA DI NASCITA GIORNO MESE ANNO

SESSO MASCHIO FEMMINA

ALTEZZA DI SUO FIGLIO:

CM

PESO DI SUO FIGLIO:

KG

COMUNE DI NASCITA DI SUO FIGLIO _____

PROVINCIA (O STATO ESTERO) DI NASCITA DI SUO FIGLIO _____

SE SUO FIGLIO NON È NATO IN ITALIA, DA QUANTI ANNI VIVE IN ITALIA? ANNI

INDIRIZZO DELL'ABITAZIONE

Se suo figlio vive in più di un'abitazione (ad esempio perché passa molto tempo dai nonni o perché i genitori sono separati), per favore si riferisca all'abitazione nella quale suo figlio passa la maggior parte del tempo.

COMUNE _____

VIA _____ N. _____

Queste informazioni servono per avere un riferimento geografico che identifichi con precisione la zona di abitazione di suo figlio.

DATA DI COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO GIORNO MESE ANNO

SEZIONE 1 - LO STATO DI SALUTE DI SUO FIGLIO

DISTURBI RESPIRATORI

1. Suo figlio ha mai avuto fischi o sibili nel torace almeno una volta nella sua vita?

No



passi alla domanda numero 2

Sì



1.1 A che età è successo per la prima volta? ANNI / MESI
(se prima di 1 anno, indicare i mesi)

1.2 **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto fischi o sibili nel torace?

No



passi alla domanda numero 1.3

Sì



1.2.1 **Negli ultimi 12 mesi** quanti attacchi di sibili ha avuto suo figlio?

- Nessuno
- Da 1 a 3
- Da 4 a 12
- Più di 12

1.2.2 **Negli ultimi 12 mesi** quante volte, in media, suo figlio si è svegliato durante la notte per fischi o sibili nel torace?

- Mai
- Raramente (meno di 1 volta al mese)
- Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)
- Spesso (1 o più volte alla settimana)

1.2.3 Gli episodi di fischi o sibili nel torace si sono verificati durante oppure al di fuori dei comuni raffreddori o influenza?

- Solo durante raffreddori o influenza
- Solo al di fuori di raffreddori o influenza
- Sia al di fuori che durante raffreddori o influenza

1.3 **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto sibili nel torace durante o dopo un esercizio fisico?

No



passi alla domanda numero 2

Sì



1.3.1 Quanto spesso si sono verificati questi episodi?

- Mai
- Raramente (meno di 1 volta al mese)
- Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)
- Spesso (1 o più volte alla settimana)

2. **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto tosse secca di notte, al di fuori dei comuni raffreddori o di infezioni respiratorie (esempio: influenza)?

- No, mai
- Raramente (meno di 1 volta al mese)
- Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)
- Spesso (1 o più volte alla settimana)

3. **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto attacchi di mancanza di respiro?

- No, mai
- Raramente (meno di 1 volta al mese)
- Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)
- Spesso (1 o più volte alla settimana)

4. **Negli ultimi 12 mesi** a suo figlio è capitato di avvertire al mattino, al risveglio, un senso di costrizione o oppressione al torace?

- No, mai
- Raramente (meno di 1 volta al mese)
- Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)
- Spesso (1 o più volte alla settimana)

5. Suo figlio ha mai avuto l'asma?

No



passi alla domanda numero 6 nella pagina successiva

Sì



5.1 E' stata confermata da un dottore?

- No Sì

5.2 A che età ha avuto il primo attacco d'asma?

___ ANNI

5.3 A che età ha avuto l'ultimo attacco d'asma?

___ ANNI

5.4 Di solito, in che mesi dell'anno ha gli attacchi d'asma?

5.4.1 Gennaio/febbraio No Sì

5.4.2 Marzo/aprile No Sì

5.4.3 Maggio/giugno No Sì

5.4.4 Luglio/agosto No Sì

5.4.5 Settembre/ottobre No Sì

5.4.6 Novembre/dicembre No Sì

5.5 **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto un attacco d'asma?

No Sì



5.5.1 **Negli ultimi 12 mesi** quanti attacchi d'asma ha avuto suo figlio?

NUMERO ATTACCHI

5.5.2 **Negli ultimi 3 mesi** quanti attacchi d'asma ha avuto suo figlio?

NUMERO ATTACCHI

5.6 **Negli ultimi 3 mesi**, suo figlio quante volte si è svegliato a causa dell'asma?

- Mai
 Meno di due volte al mese
 Almeno due volte al mese, ma non più di una volta alla settimana
 Più di una volta alla settimana, ma non la maggior parte delle notti
 Ogni notte o quasi tutte le notti

5.7 **Negli ultimi 3 mesi**, suo figlio quante volte ha avuto problemi di respirazione a causa dell'asma?

- Mai
 Meno di una volta alla settimana
 Almeno una volta alla settimana, ma meno di una volta al giorno
 Circa una volta al giorno
 Continuamente

5.8 **Negli ultimi 12 mesi**, suo figlio ha usato medicines per i sibili o l'asma (compresse, bombolette spray, aerosol o altri rimedi)?

No Sì

6. Suo figlio ha tosse nella maggior parte dei giorni (4 o più alla settimana) al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

No Sì, per meno di 1 mese all'anno Sì, per 1 o 2 mesi all'anno Sì, per 3 o più mesi all'anno



6.1 Da quanti anni ha questa tosse? ANNI

7. Suo figlio ha catarro nella maggior parte dei giorni (4 o più alla settimana) al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

No Sì, per meno di 1 mese all'anno Sì, per 1 o 2 mesi all'anno Sì, per 3 o più mesi all'anno



7.1 Da quanti anni ha questo catarro? ANNI

8. Suo figlio è stato infastidito, almeno una volta nella sua vita, da frequenti starnuti o naso che cola o naso chiuso, al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

No Sì



passi alla domanda numero 9

8.1 **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio è stato infastidito da frequenti starnuti o naso che cola o naso chiuso, al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza ?

No, mai	Raramente (meno di 1 volta al mese)	Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)	Spesso (1 o più volte alla settimana)
---------	--	--	--



passi alla domanda numero 9

8.1.1 **Negli ultimi 12 mesi** questi problemi nasali sono stati accompagnati da prurito e lacrimazione agli occhi?

No Sì

8.1.2 In quali mesi dell'ultimo anno suo figlio ha avuto questi problemi nasali? (*segna con una crocetta i mesi corrispondenti, anche se tutti*)

<input type="checkbox"/> Gennaio	<input type="checkbox"/> Aprile	<input type="checkbox"/> Luglio	<input type="checkbox"/> Ottobre
<input type="checkbox"/> Febbraio	<input type="checkbox"/> Maggio	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Novembre
<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Giugno	<input type="checkbox"/> Settembre	<input type="checkbox"/> Dicembre

8.1.3 **Negli ultimi 12 mesi**, in quale misura questi problemi nasali hanno impedito a suo figlio di svolgere le attività di tutti i giorni?

Per niente Un poco Abbastanza Molto

9. Suo figlio ha mai avuto raffreddori allergici (compreso il raffreddore da fieno)?

No Sì



passi alla domanda numero 10

9.1 A che età è iniziato questo raffreddore allergico? ANNI

9.2 Suo figlio soffre ancora di questo raffreddore allergico?

No Sì



9.2.1 A che età ha avuto per l'ultima volta questo raffreddore allergico?

ANNI

DISTURBI DELLA PELLE

10. Suo figlio ha avuto, almeno una volta nella sua vita, un arrossamento con prurito, in una o più zone della pelle, che compariva e scompariva per almeno 6 mesi?

No

Sì

passi alla domanda numero 11

10.1 Suo figlio ha avuto questo arrossamento della pelle con prurito almeno una volta **negli ultimi 12 mesi**?

No

Sì

passi alla domanda numero 10.2

10.1.1 Suo figlio ha avuto questo arrossamento della pelle con prurito, almeno una volta, in una o più delle seguenti zone: le pieghe dei gomiti, dietro le ginocchia, la superficie anteriore delle caviglie, sotto i glutei o intorno al collo, intorno alle orecchie o intorno agli occhi?

No

Sì

10.1.2 Questo arrossamento della pelle con prurito è scomparso completamente almeno una volta **negli ultimi 12 mesi**?

No

Sì

10.1.3 **Negli ultimi 12 mesi** quante volte, in media, suo figlio è rimasto sveglio di notte a causa di questo arrossamento della pelle con prurito?

Mai negli ultimi 12 mesi

Meno di 1 notte la settimana

1 o più notti la settimana

10.2 A che età si è presentato per la prima volta questo arrossamento della pelle con prurito?

ANNI

10.3 A che età si è presentato per l'ultima volta questo arrossamento della pelle con prurito?

ANNI

11. Suo figlio ha mai avuto l'eczema?

No

Sì

12 **Negli ultimi 3 mesi** suo figlio ha sofferto di qualcuno dei seguenti disturbi?

Rispondete ad ogni domanda anche se vostro figlio non ha avuto nessuno dei disturbi

	No, mai	Raramente (meno di 1 volta al mese)	Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)	Spesso (1 o più volte alla settimana)
12.1 Pelle del viso secca o arrossata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 Pelle delle orecchie o cuoio capelluto con prurito o che si squama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 Pelle delle mani secca, arrossata o che prude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 Arrossamento con prurito, in una o più zone della pelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DISTURBI AGLI OCCHI

13. **Negli ultimi 3 mesi** suo figlio ha sofferto di qualcuno dei seguenti disturbi agli occhi?
Rispondete ad ogni domanda anche se vostro figlio non ha avuto nessuno dei disturbi

	No, mai	Raramente (meno di 1 volta al mese)	Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)	Spesso (1 o più volte alla settimana)
13.1 Prurito agli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Rigonfiamento delle palpebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Rossore agli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Occhi lucidi o che lacrimano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Dolore agli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Sensazione di avere qualcosa negli occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7 Battito delle palpebre continuo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8 Fotofobia (anormale sensibilità alla luce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Se ha indicato "raramente", "talvolta" o "spesso" in uno o più dei disturbi elencati risponda alla domanda seguente; in caso contrario passi alla domanda 14

13.9 **Negli ultimi 3 mesi** suo figlio ha sofferto dei disturbi indicati solo quando si trovava all'aria aperta (o solo dopo essere stato all'aria aperta)?

No Sì

14. **Negli ultimi 3 mesi** suo figlio ha utilizzato farmaci per bocca o colliri per un disturbo o un'irritazione agli occhi?

- No, mai
- Raramente (meno di 1 volta al mese)
- Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)
- Spesso (1 o più volte alla settimana)

ALTRI DISTURBI DI SUO FIGLIO

15. Negli ultimi 3 mesi suo figlio ha sofferto dei seguenti disturbi?		No, mai	Raramente (meno di 1 volta al mese)	Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)	Spesso (1 o più volte alla settimana)
15.1	Secchezza del naso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2	Secchezza della bocca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3	Secchezza della gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4	Voce rauca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5	Irritazione o bruciore al naso <i>(al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6	Mal di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8	Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.9	Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.10	Sensazione di avere la testa pesante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.11	Agitazione o nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.12	Difficoltà a rimanere concentrato su qualche cosa per più di pochi attimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.13	Stanchezza o debolezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.14	Problemi con il sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.15	Sentire sapori inusuali mangiando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.16	Sentire odori strani o irritanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto raffreddore o influenza?
- No Sì
17. **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha preso antibiotici che gli erano stati prescritti da un medico?
- No Sì
18. **Negli ultimi 3 mesi**, quanti giorni di scuola ha perso suo figlio per motivi di salute (incluse le assenze per visite mediche)?
- Nessuno
 Meno di 3 giorni
 Da 3 a 6 giorni
 Più di 6 giorni
19. **Negli ultimi 3 mesi** suo figlio è andato al pronto soccorso per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni?
- No, mai Sì, 1 volta Sì, 2 o più volte
20. **Negli ultimi 3 mesi** suo figlio è stato ricoverato in ospedale per almeno una notte per qualsiasi causa, escludendo gli incidenti e gli infortuni?
- No, mai Sì, 1 volta Sì, 2 o più volte

SEZIONE 2 - LA GRAVIDANZA E I PRIMI ANNI DI VITA

21. Quanto pesava suo figlio alla nascita?
- GRAMMI
22. Rispetto alla data prevista per il parto, suo figlio è nato:
- Regolarmente (con non più di 3 settimane di anticipo, oppure con non più di 2 settimane di ritardo rispetto alla data prevista)
 Con più di 3 settimane di anticipo
 Con più di 2 settimane di ritardo
 Non so
23. Suo figlio è nato da un parto:
- naturale cesareo
24. Dopo la nascita, suo figlio è stato trattenuto in ospedale per problemi di salute?
- No
 Sì, meno di 8 giorni
 Sì, da 8 a 30 giorni
 Sì, oltre 30 giorni
 Non so

25. Suo figlio è stato allattato al seno o nutrito con latte materno?

- No Sì



25.1 Per quanto tempo è stato esclusivamente allattato al seno o nutrito con latte materno?

- Meno di 1 mese
 1-3 mesi
 4-6 mesi
 7-12 mesi
 Più di 1 anno

26. Suo figlio è mai stato in un asilo nido?

- No Sì



26.1 A che età ha iniziato a frequentare l'asilo nido? MESI

27. **Durante la gravidanza**, la madre ha mai avuto qualcuno dei seguenti problemi?

27.1 Pressione arteriosa alta (ipertensione) per la quale ha dovuto assumere delle medicine

- Sì →
 No
 Non so

27.1.1 In quale trimestre della gravidanza? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

- Primo trimestre Secondo trimestre Terzo trimestre

27.2 Preeclampsia (gestosi)

- Sì →
 No
 Non so

27.2.1 In quale trimestre della gravidanza? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

- Primo trimestre Secondo trimestre Terzo trimestre

27.3 Rischio di parto prematuro o di aborto

- Sì →
 No
 Non so

27.3.1 In quale trimestre della gravidanza? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

- Primo trimestre Secondo trimestre Terzo trimestre

27.4 Episodi febbrili dovuti a infezioni

- Sì →
 No
 Non so

27.4.1 In quale trimestre della gravidanza? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

- Primo trimestre Secondo trimestre Terzo trimestre

27.5 Infezione ginecologica per la quale ha dovuto assumere delle medicine

- Sì →
 No
 Non so

27.5.1 In quale trimestre della gravidanza? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

- Primo trimestre Secondo trimestre Terzo trimestre

28. **Durante la gravidanza**, quanto spesso la madre ha assunto i seguenti farmaci?

28.1 Farmaci per l'asma Mai Per brevi cicli
 Al bisogno Continuativamente

28.2 Cortisone (o altri cortisonici) Mai Per brevi cicli
per bocca Al bisogno Continuativamente

28.3 Cortisone (o altri cortisonici) Mai Per brevi cicli
per inalazione Al bisogno Continuativamente

28.4 Antibiotici Mai
 1 ciclo di terapia
 2 cicli di terapia
 3 o più cicli di terapia

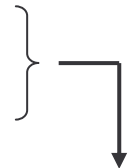


28.4.1 In quale trimestre della gravidanza? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

Primo trimestre Secondo trimestre Terzo trimestre

28.5 Medicinali a base di Paracetamolo (ad esempio Tachipirina o Efferalgan)

Mai
 Raramente (meno di 1 volta al mese)
 Talvolta (meno di 1 volta alla settimana)
 Spesso (1 o più volte alla settimana)



28.5.1 In quale trimestre della gravidanza? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

Primo trimestre Secondo trimestre Terzo trimestre

29. **Durante la gravidanza**, la madre ha sperimentato situazioni di perdita o forte disagio (lutto, perdita di lavoro proprio o del coniuge, separazione, ecc.)?

No Sì

30. **Durante la gravidanza**, la madre ha avuto contatto regolare (almeno una volta alla settimana) con animali di fattoria (come bovini, maiali, pecore, capre, pollame)?

No Sì

31. **Durante il primo anno di vita**, suo figlio ha condiviso la sua stanza da letto con altri bambini?

No Sì

32. **Durante il primo anno di vita**, suo figlio ha avuto contatto regolare (almeno 1 volta alla settimana) con animali di fattoria (ad esempio bovini, maiali, capre, pecore, pollame)?

No Sì

33. **Durante il primo anno di vita**, suo figlio ha preso antibiotici?

- No, mai
- Per 1 ciclo di terapia
- Per 2 cicli di terapia
- Per 3 o più cicli di terapia

34. **Nei primi 2 anni di vita**, un medico ha mai detto che suo figlio aveva una o più delle seguenti condizioni?

34.1 Bronchite No Sì Non so, non ricordo

34.2 Bronchite
asmatiforme No Sì Non so, non ricordo

34.3 Polmonite o
broncopolmonite No Sì Non so, non ricordo

34.4 Bronchiolite No Sì Non so, non ricordo

35. **Nei primi 3 anni di vita di suo figlio**, si sono sperimentate in famiglia situazioni di perdita o forte disagio (lutto, perdita di lavoro della madre o del padre, separazione dei genitori, ecc.)?

- No
- Sì

SEZIONE 3 - ABITUDINI DI VITA

36. Durante la bella stagione suo figlio gioca o passa il suo tempo libero all'aria aperta?

- Mai
- Solo occasionalmente
- 1 o 2 volte alla settimana
- 3 o più volte alla settimana

37. Escludendo l'educazione fisica a scuola, quante volte alla settimana suo figlio pratica attività fisica?

- Non svolge attività fisica
- Solo occasionalmente
- 1 o 2 volte alla settimana
- 3 o più volte alla settimana

37.1 Che tipo di attività fisica pratica suo figlio principalmente?

- Nuoto o altri sport in piscina
- Sport all'aria aperta
- Sport al chiuso (palestra o altri edifici)

38. Suo figlio è esentato dal fare educazione fisica per problemi di salute? No Sì

39. Durante una normale settimana, quante ore al giorno suo figlio guarda la televisione?

- Meno di 1 ora
- 1-3 ore
- 4-5 ore
- Più di 5 ore

SEZIONE 4 - I FAMILIARI

LA MADRE (O CHI NE FA LE VECI)

40. In quale anno è nata la madre? 19

41. Dove è nata la madre?

- In Italia
 In un altro paese dell'Unione Europea
 In un paese al di fuori dell'Unione Europea

42. Qual è il livello di istruzione della madre?

- Non ha titoli di studio
 Diploma di scuola media superiore
 Licenza elementare
 Laurea breve o diploma di laurea
 Diploma di scuola media inferiore o avviamento professionale
 Laurea
 Altro _____ ANNI
 (specificare, indicando anche il numero complessivo di anni di studio)

43. Indichi, tra le seguenti situazioni lavorative, quella che descrive meglio l'attuale condizione professionale della madre.

- Dirigente
 Operaia
 Disoccupata
 Pensionata
 Impiegata
 Casalinga
 Imprenditrice
 Studentessa
 Libera professionista
 In altra condizione _____
 (specificare)

44. La madre ha mai fumato sigarette?

- No, non ha mai fumato
 Sì, ma ha smesso all'età di anni
 Sì, fuma attualmente

passi alla domanda numero 45

Se fuma o ha fumato:

- 44.1 Quante sigarette fuma o fumava al giorno? SIGARETTE
- 44.2 Ha fumato prima della gravidanza di suo figlio? No Sì
- 44.2.1 Quante sigarette al giorno? SIGARETTE
- 44.3 Ha fumato durante la gravidanza di suo figlio? No Sì
- 44.3.1 Quante sigarette al giorno? SIGARETTE
- 44.4 Ha fumato durante il 1° anno di vita di suo figlio? No Sì
- 44.4.1 Quante sigarette al giorno? SIGARETTE

45. La madre ha mai avuto una delle seguenti condizioni? (segnare tutte le caselle necessarie)

- 45.1 Asma No Sì Non so
 45.2 Rinite allergica No Sì Non so
 45.3 Eczema No Sì Non so
 45.4 Bronchite cronica o enfisema No Sì Non so

SEZIONE 5 - L'ABITAZIONE

In questa sezione verranno poste alcune domande sull'abitazione. Se suo figlio vive in più di un'abitazione (ad esempio perché passa molto tempo dai nonni, perché i genitori sono separati, ecc), per favore risponda considerando come "attuale abitazione" quella in cui suo figlio passa la maggior parte del tempo.

54. Suo figlio vive nella **attuale abitazione** fin dalla nascita?

Sì



passi alla
domanda
numero 55

No



54.1 Da quanti anni suo figlio vive nella attuale abitazione?

ANNI

54.2 **L'abitazione in cui suo figlio viveva prima** era collocata nello stesso comune in cui vive attualmente?

Sì



passi alla
domanda
numero 55

No



54.2.1 Indicare in quale dei seguenti comuni era collocata l'abitazione in cui suo figlio viveva prima:

- Bozzolo
- Commessaggio
- Dosolo
- Marcaria
- Gazzuolo
- Pomponesco
- Rivarolo Mantovano
- Sabbioneta
- San Martino dall'Argine
- Viadana
- Nessuno dei precedenti

55. In che anno è stata costruita l'**attuale abitazione** di suo figlio?
(se non ricorda con esattezza, segni una data approssimativa)

ANNO

56. L'attuale abitazione è:

- Una casa in legno
- Una casa parzialmente in legno (esempio: mansarda o attico in legno)
- Una casa in muratura
- Altro _____

(specificare)

57. L'attuale abitazione è:

- Un appartamento
- Una casa bifamiliare
- Una casa singola
- Altro _____

(specificare)

58. Quante stanze (esclusi corridoi, bagni e cucina) ha l'**attuale abitazione**? NUMERO

59. Quante persone, in totale, abitano nell'attuale abitazione (compreso suo figlio)? NUMERO

60. Se vive in un appartamento, a quale piano è situato l'appartamento?

Segnare il piano più basso se l'appartamento è su più livelli.

Se invece non vive in appartamento, passi alla prossima domanda.

- Seminterrato
- Piano terreno o piano rialzato
- 1° o 2° piano
- 3° o 4° piano
- Oltre il 4° piano

61. Come descriverebbe la zona in cui si trova l'abitazione?

- Campagna o piccola frazione circondata da spazi aperti o campi
- Centro del paese
- Zona industriale periferica

62. Davanti all'abitazione le macchine passano:

- Mai
- Raramente
- Frequentemente
- Costantemente

63. Davanti all'abitazione i veicoli pesanti (ad es. camion/autobus) passano:

- Mai
- Raramente
- Frequentemente
- Costantemente

64. Avete l'abitudine di aprire le finestre ogni giorno anche nei mesi freddi?

No Sì



64.1 Per quanto tempo, in media, al giorno?

- Circa un quarto d'ora
- Circa mezz'ora
- Circa un'ora
- Più di un'ora

65. Nella stanza dove dorme (o dormiva) suo figlio ha mai notato, sulle pareti o sui soffitti, macchie di umidità oppure muffe o funghi? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

65.1 **Durante il 1° anno di vita di suo figlio** No Sì Non so, non ricordo

65.2 **Attualmente** No Sì

72. Durante i mesi freddi utilizza qualcuna delle seguenti fonti di calore aggiuntive per riscaldare la casa?

- | | | | | | |
|------|-------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 72.1 | Stufa elettrica | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 72.2 | Termoventilatore | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 72.3 | Stufa a kerosene | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 72.4 | Stufa a gasolio | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 72.5 | Stufa a legna o carbone | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 72.6 | Caminetto | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 72.7 | Stufa a gas | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |

73. La stanza da letto di suo figlio:

- | | | | | | |
|------|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 73.1 | Ha il pavimento rivestito da moquette? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 73.2 | Ha tappeti? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 73.3 | Ha doppi vetri? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |
| 73.4 | Ha mobili di legno non massiccio (truciolati, compensati, ...) | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Sì |



73.4.1 Quando avete acquistato i mobili in legno non massiccio più recenti?

- Meno di 3 mesi fa
- Più di 3 mesi fa, ma meno di 3 anni fa
- Più di 3 anni fa, ma meno di 5 anni fa
- Più di 5 anni fa

74. In che misura ritiene che i seguenti aspetti possano costituire un rischio per la salute della popolazione?

- | | Per niente | Un poco | Abbastanza | Molto | Non so | |
|------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 74.1 | Esposizioni a campi elettromagnetici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74.2 | Traffico della città | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74.3 | Mancanza di verde pubblico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74.4 | Inquinamento atmosferico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74.5 | Fumo di sigarette in ambienti chiusi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74.6 | Prodotti chimici negli alimenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74.7 | Eccesso di fluoro nell'acqua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

75. Chi ha risposto al questionario?

- Madre
- Padre
- Entrambi
- Altra persona

76. Il questionario è stato compilato:

- 76.1 Con l'aiuto di un mediatore culturale No Sì
- 76.2 Con l'aiuto di parenti, amici o conoscenti No Sì

GRAZIE PER LA GENTILE COLLABORAZIONE

Con la compilazione del presente questionario acconsento all'utilizzo dei dati personali per finalità statistiche. Tutti i dati raccolti verranno trasferiti in forma anonima nel computer e trattati con la massima riservatezza, nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (D.Lgs. 30-6-2003 n.196).

OSSERVAZIONI SONO GRADITE
