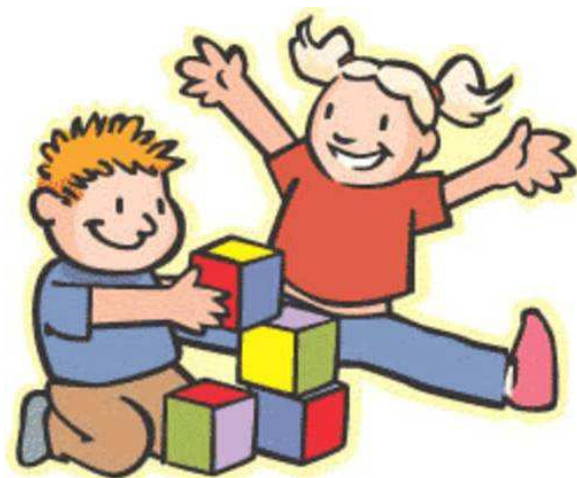


# La salute nell'età evolutiva e l'ambiente: Il indagine



## QUESTIONARIO PER I GENITORI

---

Gentili Genitori,

il presente questionario è simile a quello che già avete compilato nel 2006, anche se semplificato e più breve. Vi preghiamo di compilarlo accuratamente e in modo completo per poter aggiornare le notizie sullo stato di salute di vostro figlio/a. Tale aggiornamento si rende necessario per condurre l'approfondimento dell'indagine precedente.

Il questionario compilato deve essere consegnato al farmacista secondo quanto indicato nella lettera allegata. Va inserito nella busta richiudibile, insieme al consenso informato debitamente firmato, e consegnato con il prelievo eseguito.

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.

---



## 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 \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA      GIORNO      MESE        ANNO

SESSO                     MASCHIO     FEMMINA

ALTEZZA DI SUO FIGLIO:

CM

PESO DI SUO FIGLIO:

KG

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?  
(se prima di 1 anno, indicare i mesi)

□□ ANNI / □□ 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 medicine 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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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 (includere 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

21. Suo figlio ha l'abitudine di masticare chewing-gum?                       No                       Sì
22. Suo figlio porta l'apparecchio ortodontico?                       No                       Sì
- ↓
- 22.1 Da quanto tempo?      MESI
23. Quanti denti cariati ha suo figlio?                        N°
24. Quanti denti sono stati estratti a suo figlio?                        N°
25. Quanti denti sono stati otturati o incapsulati a suo figlio?                        N°

26. Dall'ultima indagine (Dicembre 2006) la madre ha fumato sigarette?
- No                       Sì, ma ha smesso da   mesi                       Sì, fuma attualmente
- ↓                      ↓                      ↓
- passi alla domanda numero 27*
- Se fuma o ha fumato:*
- 26.1 Quante sigarette fuma o fumava al giorno?                        SIGARETTE
27. Dall'ultima indagine (Dicembre 2006) il padre ha fumato sigarette?
- No                       Sì, ma ha smesso da   mesi                       Sì, fuma attualmente
- ↓                      ↓                      ↓
- passi alla domanda numero 28*
- Se fuma o ha fumato:*
- 27.1 Quante sigarette fuma o fumava al giorno?                        SIGARETTE

## SEZIONE 2 - 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.

28. Suo figlio ha cambiato **abitazione** dall'ultima indagine (Dicembre 2006)?

No



passi alla  
domanda  
numero 29

Sì



28.1 L'abitazione in cui suo figlio vive ora è collocata nello stesso comune in cui viveva nell'ultima indagine (Dicembre 2006)?

Sì



passi alla  
domanda  
numero 29

No



28.1.1 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

29. 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

30. Davanti all'abitazione le macchine passano:

- Mai
- Raramente
- Frequentemente
- Costantemente

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

- Mai
- Raramente
- Frequentemente
- Costantemente

32. Dall'ultima indagine (Dicembre 2006) dove dorme suo figlio attualmente ha notato la comparsa, sulle pareti o sui soffitti, di macchie di umidità oppure muffe o funghi?

No     Sì

33. **Attualmente** qualcuno fuma all'interno dell'abitazione?

No     Sì



33.1 Quante persone, in totale, fumano all'interno dell'abitazione?

NUMERO

34. 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
34.1 Esposizioni a campi elettromagnetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.2 Traffico della città	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.3 Mancanza di verde pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.4 Inquinamento atmosferico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.5 Fumo di sigarette in ambienti chiusi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.6 Prodotti chimici negli alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.7 Eccesso di fluoro nell'acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.8 Uso di prodotti chimici in agricoltura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.9 Presenza di attività industriali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Chi ha risposto al questionario?

Madre

Padre

Entrambi

Altra persona → 35.1 Sesso  M  F

35.2 Data di nascita      GIORNO      MESE        ANNO

36. Il questionario è stato compilato 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**

---

---

---

---

---

---

---

---