# Piccolipiù

ARRUOLAMENTO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DI UNA COORTE NAZIONALE DI NATI

# Questionario 1 anno

Etichetta
Codice identificativo
FAMIGLIA

_____

# Cara mamma,

Grazie ancora per la tua collaborazione e per quella di tutta la tua famiglia!

Ci rivolgiamo a te, che già nel precedente questionario sulla gravidanza ci hai dedicato un po' del tuo tempo per raccontarci alcuni avvenimenti della vita familiare e le prime tappe di crescita del tuo **Piccolopiù**.
Qualora fossi impossibilitata a rispondere a questo questionario sul primo anno di vita del bambino il padre o il tuo partner potrà aiutarti o farlo al posto tuo.
Ci rendiamo conto che la compilazione potrebbe richiedere un po' di tempo e che alcune domande potrebbero sembrare ripetitive, ma è molto importante ai fini della ricerca scientifica che stiamo svolgendo.

Ti preghiamo quindi di compilare attentamente e ti diamo alcuni suggerimenti:

1) Quando ti chiediamo di rispondere "Sì" o "No", barra sempre una delle due risposte, non lasciare in bianco.

2) In alcune domande, dove è specificato "è possibile più di una risposta", puoi barrare anche più caselle. Se non è specificato, va data una sola risposta barrando quindi una sola casella.

3) Alcune domande ti chiederanno di specificare una quantità: ti preghiamo di scrivere un numero intero che si avvicina di più al valore abituale e non un intervallo di numeri o un numero decimale (*ad es. nella domanda quante ore dorme il bambino di notte?* |__|__| *se dorme circa 9-10 ore potrai rispondere scrivendo o solo 9 o solo 10*).

4) I simboli con una freccetta azzurra ti indicano di "saltare" ad un'altra Sezione.

## Grazie e buona compilazione!

Ci risentiremo quando il tuo **Piccolopiù** avrà circa due anni.

# SEZIONI DEL QUESTIONARIO

## IL BAMBINO

Sezione 1. Lo sviluppo e la crescita del bambino ..... 5
Sezione 2. La salute del bambino ..... 7
Sezione 3. Infortuni e incidenti ..... 11
Sezione 4. Accudimento del bambino ..... 14
Sezione 5. Televisione ..... 17
Sezione 6. Alimentazione ..... 18
Sezione 7. Il sonno ..... 20

## LA FAMIGLIA E LA CASA

Sezione 8. Occupazione materna ..... 21
Sezione 9. Occupazione del tuo partner ..... 23
Sezione 10. Reddito familiare ..... 24
Sezione 11. La casa ..... 25
Sezione 12. Abitudine al fumo ..... 27
Sezione 13. Il tuo stato d'animo ..... 28

## VALUTAZIONI FINALI

..... 35

# Cara mamma,
## ti preghiamo di confermarci i tuoi recapiti:

Via/Piazza _____ Numero civico _____

CAP |__|__|__|__|__| Città _____ Provincia _____

Telefono cellulare mamma _____

Altro telefono cellulare _____ (corrisponde a _____ *es. padre, nonna*)

Telefono fisso _____

E-mail _____ @ _____

Data di inizio compilazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**1. Chi vive nella tua abitazione, esclusa te ed il bambino per cui si sta compilando il questionario?** *(possibile più di una risposta)*

☐ vivo sola con il bambino

☐ il padre del bambino

☐ il mio partner (diverso dal padre del bambino)

☐ i figli o altri bambini di età inferiore ai 12 anni

***Se sì***, quanti? |__|__|

☐ i figli o altri ragazzi di età compresa tra i 12 e i 17 anni

***Se sì***, quanti? |__|__|

☐ altri adulti (genitori/suoceri, amici, altro…)

***Se sì***, quanti? |__|__|

# IL BAMBINO

## Sezione 1. Lo sviluppo e la crescita del bambino

**1. Rispondi alle seguenti domande riguardanti lo sviluppo del bambino:**

| | sì, abitualmente | sì, qualche volta | non ancora |
|---|---|---|---|
| **Da disteso sa mettersi seduto e poi in piedi, appoggiandosi a qualcosa o da solo** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Riesce a camminare appoggiandosi a qualcosa, o da solo** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Afferra una mollica di pane o un piccolo oggetto con le punte del pollice e di un altro dito** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Aiuta a sfogliare le pagine di un libro per bambini** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Dice almeno due paroline come 'mamma', 'pappa', 'palla'** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Sa eseguire un semplice comando come 'dammi quello', 'vieni da mamma', anche senza l'aiuto del gesto da parte dell'adulto** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Quando gli chiedete 'dov'è la palla?' (o qualsiasi oggetto da lui ben conosciuto) si volta verso l'oggetto** | ☐ | ☐ | ☐ |

**2. Riporta di seguito il peso e la lunghezza del bambino mese per mese misurati o dal pediatra o al consultorio (*se è stato pesato da te, segnalalo comunque)*:**

**Mese 7**

peso (gr)|__|__|__|__|__| ☐ non è stato pesato

lunghezza (cm) |__|__| ☐ non è stato misurato

data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Mese 8**

peso (gr)|__|__|__|__|__| ☐ non è stato pesato

lunghezza (cm) |__|__| ☐ non è stato misurato

data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Mese 9**

peso (gr)|__|__|__|__|__| ☐ non è stato pesato

lunghezza (cm) |__|__| ☐ non è stato misurato

data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Mese 10**

peso (gr)|__|__|__|__|__| ☐ non è stato pesato

lunghezza (cm) |__|__| ☐ non è stato misurato

data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Mese 11**

peso (gr)|__|__|__|__|__| ☐ non è stato pesato

lunghezza (cm) |__|__| ☐ non è stato misurato

data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Mese 12**

peso (gr)|__|__|__|__|__| ☐ non è stato pesato

lunghezza (cm) |__|__| ☐ non è stato misurato

data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Ultima volta che è stato misurato**

peso (gr)|__|__|__|__|__| ☐ non è stato pesato

lunghezza (cm) |__|__| ☐ non è stato misurato

data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**3. Cara mamma, ti chiediamo di fornirci il tuo peso attuale *(ci serve per confrontarlo con il peso del bambino, per uno studio sulla crescita)*:**

|__|__|__| Kg

## Sezione 2. La salute del bambino

### 1. Dalla nascita ai 12 mesi di vita il bambino ha avuto:

**Otite, faringite, infezioni della gola** ☐ no ☐ sì

***Se sì***, quante volte in tutto in un anno? *(si intende almeno una di queste malattie)*
☐ da 1 a 3 volte ☐ da 4 a 6 volte ☐ più di 6 volte

### 2. Dalla nascita ai 12 mesi di vita il bambino ha avuto:

| | |
|---|---|
| **Diarrea con più di 6 scariche al giorno** | ☐ no ☐ sì |
| **Febbre uguale o superiore a 38°C** | ☐ no ☐ sì |
| **Convulsioni in presenza di febbre** | ☐ no ☐ sì |
| **Sibili o fischi al torace** *(almeno una volta)* | ☐ no ☐ sì |

***Se sì***, a che mese è successo la prima volta? |__|__| mese
Quante volte ha avuto sibili o fischi al torace? |__|__|
I sibili o i fischi hanno in genere disturbato il sonno del bambino? ☐ no ☐ sì

**Attacchi con difficoltà di respiro con sibili o fischi al torace** *(almeno una volta)* ☐ no ☐ sì

***Se sì***, quante volte? |__|__|

| | |
|---|---|
| **Tosse secca di notte**<br>*per almeno 4 giorni consecutivi al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza* | ☐ no ☐ sì |
| **Tosse e catarro**<br>*nella maggior parte dei giorni (4 o più alla settimana) al di fuori dei comuni raffreddori* | ☐ no ☐ sì |
| **Reazioni allergiche tipo orticaria, gonfiore immediato (entro 1 ora) dopo assunzione di un alimento** | ☐ no ☐ sì |

***Se sì***, dopo l'assunzione di:
☐ latte ☐ uovo
☐ altro alimento: *(specificare)* _____
L'alimento che ha causato la reazione è stato sospeso? ☐ no ☐ sì

### 3. Dalla nascita ai 12 mesi di vita un medico ha mai fatto al bambino una diagnosi di:
*(rispondi sempre Sì o No)*

| | |
|---|---|
| **Bronchite asmatica o broncospasmo o asma** | ☐ no ☐ sì |

***Se sì***, quante volte? |__|__|
A che mese è successo la prima volta? |__|__| mese

| | |
|---|---|
| **Bronchite** | ☐ no ☐ sì |

***Se sì***, quante volte? |__|__|

| | |
|---|---|
| **Bronchiolite** | ☐ no ☐ sì |

***Se sì***, quante volte? |__|__|

| | |
|---|---|
| **Broncopolmonite o polmonite** | ☐ no ☐ sì |

***Se sì***, quante volte? |__|__|

| | |
|---|---|
| **Laringite o laringospasmo o croup** | ☐ no ☐ sì |
| ***Se sì***, quante volte? \|__\|__\| | |
| **Otite** ***(per almeno 4 volte dalla nascita ai 12 mesi)*** | ☐ no ☐ sì |
| **Eczema o dermatite atopica** | ☐ no ☐ sì |
| **Dermatite seborroica o crosta lattea** | ☐ no ☐ sì |
| **Infezioni urinarie** | ☐ no ☐ sì |

**Scrivi di seguito altre malattie che il medico ha diagnosticato al bambino nei primi 12 mesi oltre a quelle che già ti abbiamo chiesto:**

_____

_____

_____

### 4. Stai compilando:

☐ 0-12 mesi ☐ 7-12 mesi

| | |
|---|---|
| **Il bambino è stato mai ricoverato in Ospedale per più di 24 ore?** | ☐ no ☐ sì |

***Se sì***, qual è stato il numero totale di ricoveri? |__|__|

Per quale motivo è stato ricoverato?

*(scrivere tutti i motivi e le diagnosi fatte anche se in più di un ricovero)*

☐ febbre uguale o superiore a 38°C
☐ otite, faringite, infezioni della gola
☐ sibili o fischi al torace
☐ bronchite asmatica o broncospasmo o asma (diagnosi fatta dal medico)
☐ bronchiolite (diagnosi fatta dal medico)
☐ bronchite (diagnosi fatta dal medico)
☐ broncopolmonite o polmonite (diagnosi fatta dal medico)
☐ coliche gassose
☐ diarrea, vomito, gastroenterite
☐ convulsioni febbrili o convulsioni
☐ cadute, ferite, traumi
☐ problemi di alimentazione o di scarsa crescita
☐ reazioni allergiche tipo orticaria, gonfiore immediato *(entro 1 ora)* dopo assunzione di un alimento

***Se sì***, dopo l'assunzione di:

☐ latte ☐ uovo ☐ altro alimento: *(specificare)* _____

☐ altri motivi di ricovero _____

_____

**Il bambino è stato mai portato in Pronto Soccorso?** *(si intende per meno di 24 ore)* ☐ no ☐ sì

***Se sì***, qual è stato il numero totale di volte in cui è stato portato in Pronto Soccorso? |__|__|

Per quali motivi? *(scrivere tutti i motivi)*

☐ febbre uguale o superiore a 38°C
☐ otite, faringite, infezioni della gola
☐ sibili o fischi al torace
☐ bronchite asmatica o broncospasmo o asma (diagnosi fatta dal medico)
☐ bronchiolite (diagnosi fatta dal medico)
☐ bronchite (diagnosi fatta dal medico)
☐ broncopolmonite o polmonite (diagnosi fatta dal medico)
☐ coliche gassose
☐ diarrea, vomito, gastroenterite
☐ convulsioni febbrili o convulsioni
☐ cadute o ferite o traumi
☐ problemi di alimentazione o di scarsa crescita
☐ reazioni allergiche tipo orticaria, gonfiore immediato *(entro 1 ora)* dopo assunzione di un alimento
***Se sì***, dopo l'assunzione di: ☐ latte ☐ uovo ☐ altro alimento: *(specificare)* _____
☐ altri motivi per l'accesso in Pronto Soccorso _____

**5. Dai 7 ai 12 mesi di vita quali di questi farmaci ha assunto il bambino?** ☐ nessun farmaco

| | |
|---|---|
| ☐ vitamina D | qual è il nome? _____<br>per quanti mesi in totale? \|__\|__\| |
| ☐ altre vitamine | qual è il nome? _____<br>per quanti mesi in totale? \|__\|__\| |
| ☐ antibiotici<br>(esclusi colliri o pomate) | qual è il nome? _____<br>_____<br>in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo<br>quando ha preso antibiotici aveva almeno in una occasione anche fischi e sibili nel torace oppure una diagnosi di bronchiolite o di bronchite asmatica, o di asma? ☐ no ☐ sì |
| ☐ paracetamolo<br>(ad es. Tachipirina) | qual è il nome? _____<br>_____<br>in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo<br>quando ha preso il paracetamolo aveva almeno in una occasione anche fischi e sibili nel torace oppure una diagnosi di bronchiolite o di bronchite asmatica, o di asma? ☐ no ☐ sì |

| | |
|---|---|
| ☐ ibuprofene (ad es. Nurofen, Antalfebal, Sinifev) | qual è il nome? _____ _____<br>in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo<br>quando ha preso l'ibuprofene aveva almeno in una occasione anche fischi e sibili nel torace oppure una diagnosi di bronchiolite o di bronchite asmatica, o di asma? ☐ no ☐ sì |
| ☐ antistaminici (ad es. Tinset) | qual è il nome? _____ _____<br>in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo |
| ☐ pomate per la pelle a base di cortisone | qual è il nome? _____ _____<br>in quante occasioni in totale? \|__\|__\| ☐ non so, non ricordo |

Scrivi di seguito altri farmaci, compresi gli omeopatici, che il bambino ha assunto, per almeno una settimana, oltre a quelli che già ti abbiamo chiesto: _____

_____

_____

**6. Nei primi 12 mesi dalla nascita del bambino TU mamma hai preso per almeno un mese qualche prodotto a base di vitamine, in particolare vitamina D o multivitaminici?**

☐ no ☐ sì

***Se sì***, ti chiediamo di riportarli qui sotto:

prodotto 1: _____ per |__|__| mesi

prodotto 2: _____ per |__|__| mesi

prodotto 3: _____ per |__|__| mesi

## Sezione 3. Infortuni e incidenti

**1. Il tuo bambino ha mai avuto un infortunio o un incidente anche se di lieve entità?**

☐ no ☐ sì

***Se no***, vai alla Sezione 4 "Accudimento del bambino" a pag. 14

***Se sì***, di che tipo? *(possibile più di una risposta)*

☐ brutta caduta da un piano rialzato *(ad es. letto, sedia, fasciatoio, dalle braccia ecc.)*
***(compila anche domanda successiva numero 2)***

☐ scottatura o bruciatura *(ad es. con stufette, liquido bollente, agenti chimici, ecc.)*

☐ avvelenamento (sostanze, detersivi ingeriti o inalati)

☐ ingestione di piccoli oggetti *(ad es. farmaci, bottoni, ecc.)*

☐ incidente stradale in automobile, in bicicletta o a piedi

☐ altro *(specificare)* _____

**2. Descrivi per ognuna delle brutte cadute le seguenti informazioni:**

**CADUTA 1**

**Età del bambino** |__|__| mesi

**Dove si trovava quando è caduto?**
☐ camera da letto ☐ soggiorno
☐ asilo ☐ area giochi/giardino
☐ altro *(specificare)* _____

**Da dove è caduto?**
☐ tavolo/tavolino/sedia/seggiolone ☐ letto
☐ fasciatoio ☐ dalle braccia
☐ altro *(specificare)* _____

**Chi accudiva il bambino?**
☐ mamma/papà ☐ nonno/nonna/altro parente ☐ fratelli
☐ tata/baby sitter/ragazza alla pari ☐ altro

**Che danno ha avuto?** *(possibile più di una risposta)*
☐ ecchimosi (livido)
☐ sanguinamento
☐ ferita da taglio
☐ frattura
☐ contusione
☐ trauma alla testa o intracranico
☐ lesione ad organi interni *(ad es. milza, polmone, intestino)*
☐ altro

**Il bambino ha avuto bisogno di:**
☐ una visita dal pediatra o altro medico
☐ una visita al pronto soccorso
☐ un ricovero ospedaliero
☐ niente di tutto ciò
☐ altro

## CADUTA 2

**Età del bambino** |__|__| mesi

**Dove si trovava quando è caduto?**

☐ camera da letto ☐ soggiorno
☐ asilo ☐ area giochi/giardino
☐ altro *(specificare)* _____

**Da dove è caduto?**

☐ tavolo/tavolino/sedia/seggiolone ☐ letto
☐ fasciatoio ☐ dalle braccia
☐ altro *(specificare)* _____

**Chi accudiva il bambino?**

☐ mamma/papà ☐ nonno/nonna/altro parente ☐ fratelli
☐ tata/baby sitter/ragazza alla pari ☐ altro

**Che danno ha avuto?** *(possibile più di una risposta)*

☐ ecchimosi (livido)
☐ sanguinamento
☐ ferita da taglio
☐ frattura
☐ contusione
☐ trauma alla testa o intracranico
☐ lesione ad organi interni *(ad es. milza, polmone, intestino)*
☐ altro

**Il bambino ha avuto bisogno di:**

☐ una visita dal pediatra o altro medico
☐ una visita al pronto soccorso
☐ un ricovero ospedaliero
☐ niente di tutto ciò
☐ altro

## CADUTA 3

**Età del bambino** |__|__| mesi

**Dove si trovava quando è caduto?**

☐ camera da letto ☐ soggiorno
☐ asilo ☐ area giochi/giardino
☐ altro *(specificare)* _____

**Da dove è caduto?**

☐ tavolo/tavolino/sedia/seggiolone ☐ letto
☐ fasciatoio ☐ dalle braccia
☐ altro *(specificare)* _____

**Chi accudiva il bambino?**

☐ mamma/papà ☐ nonno/nonna/altro parente ☐ fratelli
☐ tata/baby sitter/ragazza alla pari ☐ altro

**Che danno ha avuto?** *(possibile più di una risposta)*

☐ ecchimosi (livido)
☐ sanguinamento
☐ ferita da taglio
☐ frattura
☐ contusione
☐ trauma alla testa o intracranico
☐ lesione ad organi interni *(ad es. milza, polmone, intestino)*
☐ altro

**Il bambino ha avuto bisogno di:**

☐ una visita dal pediatra o altro medico
☐ una visita al pronto soccorso
☐ un ricovero ospedaliero
☐ niente di tutto ciò
☐ altro

## Sezione 4. Accudimento del bambino

**1. Il bambino frequenta o ha frequentato un asilo-nido pubblico o privato?**

☐ sì ☐ no

***Se sì***, a quanti mesi è andato al nido per la prima volta? |__|__| mesi

Per quanti mesi è andato all'asilo-nido nel primo anno di vita? |__|__| mesi

Adesso quante ore al giorno sta abitualmente nell'asilo-nido? |__|__| ore

*(se è un periodo di vacanza fai riferimento alla settimana più vicina)*

**DA QUI IN POI FAI RIFERIMENTO ALL'ULTIMO MESE.**
Se sei in ferie fai riferimento al mese precedente.

**2. A parte l'asilo nido, chi accudisce il bambino in maniera continuativa mentre tu lavori o sei fuori casa per altre faccende?** *(per maniera continuativa si intende almeno 5 ore a settimana per almeno 1 mese)*

| | |
|---|---|
| **Il padre del bambino/partner**<br>☐ sì ☐ no | ***Se sì***, per quante ore a settimana? |__|__| ore<br>Lo fa anche mangiare? ☐ sì ☐ no |
| **I nonni**<br>☐ sì ☐ no | ***Se sì***, per quante ore a settimana? |__|__| ore<br>Lo fanno anche mangiare? ☐ sì ☐ no |
| **Babysitter/tata/ragazza alla pari**<br>☐ sì ☐ no | ***Se sì***, per quante ore a settimana? |__|__| ore<br>Lo fa anche mangiare? ☐ sì ☐ no |
| **Parenti/conoscenti**<br>☐ sì ☐ no | ***Se sì***, per quante ore a settimana? |__|__| ore<br>Lo fanno anche mangiare? ☐ sì ☐ no |
| **Me ne occupo solo io** ☐ | |

**RISPONDI ATTENTAMENTE ALLE PROSSIME DUE DOMANDE CHE SONO MOLTO UTILI PER VALUTARE LA RELAZIONE TRA GLI INQUINANTI ATMOSFERICI E LA SALUTE.**
**ATTENZIONE: ti chiediamo di indicarci oltre al comune anche il CAP (codice di avviamento postale) perché può non essere lo stesso in città.**

**3. Nei primi 6 mesi di vita scrivi tutti gli indirizzi dove il bambino ha passato mediamente e abitualmente almeno 5-6 ore al giorno, senza considerare la notte:**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Casa** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |
| **Nonni** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |
| **Nido** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |
| **Altro** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |

**4. Dal 7° mese di vita scrivi tutti gli indirizzi dove il bambino ha passato mediamente e abitualmente almeno 5-6 ore al giorno, senza considerare la notte:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Casa** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |
| **Nonni** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |
| **Nido** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |
| **Altro** | Via/Piazza _____ | n°___ | Comune _____ | CAP _____ |

**5. Quanto spesso fai queste attività con il tuo bambino?**

| | più di 1 volta al giorno | 1 volta al giorno | 3-6 volte a sett. | 1-2 volte a sett. | 1-3 volte al mese | mai |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leggergli libri** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Giocare con lui** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Portarlo a passeggio** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Fargli il bagnetto** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Dargli da mangiare** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**6. Quanto spesso il padre del bambino/partner fa queste attività con il bambino?**

| | più di 1 volta al giorno | 1 volta al giorno | 3-6 volte a sett. | 1-2 volte a sett. | 1-3 volte al mese | mai |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leggergli libri** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Giocare con lui** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Portarlo a passeggio** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Fargli il bagnetto** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Dargli da mangiare** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**7. Quanti libri per bambini sono presenti in casa?**

☐ nessuno ☐ 1-2 ☐ 3-9 ☐ 10 o più

**8. Hai mai portato il bambino in piscina?**

☐ mai o raramente *(meno di una volta al mese)*
☐ 1 volta al mese circa
☐ 1 volta alla settimana
☐ più di 1 volta alla settimana

**9. In una settimana tipo, durante il primo anno di vita, quante ore al giorno il bambino ha passato all'aria aperta durante le ore di sole (ad es. passeggiare per strada, ai giardini ecc.)?**

*(**Attenzione**: se il bambino è nato ad esempio a Marzo inizia a compilare da Marzo e arriva fino a Febbraio che è il 12° mese!)*

| | | |
|---|---|---|
| **Gennaio** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Febbraio** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Marzo** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Aprile** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Maggio** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Giugno** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Luglio** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Agosto** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Settembre** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Ottobre** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Novembre** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |
| **Dicembre** | \|__\|__\| ore al giorno | ☐ meno di 1 ora |

## Sezione 5. Televisione

**In questa sezione fai riferimento all'ultimo mese (se sei in ferie riferisciti al mese precedente).**

### 1. Quante ore al giorno in media la televisione rimane accesa in casa?

**Giorni feriali** *(lunedì-venerdì)* |__|__| ore
**Fine settimana** *(sabato-domenica)* |__|__| ore

### 2. Quante ore al giorno in media il bambino passa del tempo davanti alla televisione accesa (o comunque davanti ad uno schermo di computer o tablet o telefono cellulare)?

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Giorni feriali** | ☐ mai<br>☐ 3-4 ore al giorno | ☐ meno di 1 ora al giorno<br>☐ più di 4 ore al giorno | ☐ 1-2 ore al giorno |
| **Fine settimana e giorni festivi** | ☐ mai<br>☐ 3-4 ore al giorno | ☐ meno di 1 ora al giorno<br>☐ più di 4 ore al giorno | ☐ 1-2 ore al giorno |

### 3. Quando il bambino guarda la televisione o altro (DVD/computer/tablet/telefono cellulare), di solito è impegnato anche in altre attività? *(possibile più di una risposta)*

☐ no ☐ sì, mangia
☐ sì, gioca ☐ sì, altre attività *(specificare)*: _____

### 4. Con chi guarda di solito la televisione/DVD/computer/tablet/telefono cellulare? *(possibile più di una risposta)*

☐ da solo ☐ me e/o il mio partner ☐ i fratelli
☐ i nonni ☐ la babysitter ☐ altri

## Sezione 6. Alimentazione

**1. Hai allattato al seno il bambino dai 7 ai 12 mesi?** ☐ sì ☐ no

***Se no***, **vai alla domanda successiva numero 2**

***Se sì***, lo stai allattando ancora?

☐ sì ☐ no, ho smesso completamente quando il bambino aveva |__|__| mesi

**Da adesso in poi fai riferimento al momento presente (ultimi giorni).**

**2. Quale tipo di latte stai dando ora al bambino?** *(possibile più di una risposta)*

☐ latte materno ☐ latte artificiale o di formula ☐ latte fresco (di mucca, di capra, ecc.)

**3. Ti chiediamo ora di riportarci nella tabella seguente quanto frequentemente il bambino mangia alcuni alimenti, tenendo conto delle porzioni di riferimento.**

*(barrare sempre la frequenza anche quando la risposta è "mai")*

*(**Ad esempio**: la porzione di latte per noi è 1 bicchiere: 1 bicchiere = 200ml*
*Se durante il giorno prende ½ bicchiere + ½ bicchiere = 1 bicchiere = 1 porzione quindi dovrai indicare 1 volta al giorno; se il bambino beve 400ml = 2 porzioni, dovrai indicare 2 volte al giorno. **Oppure**: la porzione di yogurt per noi è 1 vasetto; se prende ½ vasetto x 2 volte al giorno segna 1 volta al giorno.)*

| | mai | meno di 1 volta a sett. | 1-3 volte a sett. | 4-6 volte a sett. | 1 volta al giorno | 2 volte al giorno | 3 o + volte al giorno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LATTE - porzione: 200 ml (1 bicchiere)** | | | | | | | |
| Latte artificiale o di formula o di crescita | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Latte di mucca intero | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Latte di mucca parzialmente scremato/scremato | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **YOGURT O MERENDE CON YOGURT - porzione: 1 vasetto** | | | | | | | |
| Yogurt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Merende confezionate con yogurt/frutta/biscotti | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **CEREALI - porzione: da 30 a 40 gr** | | | | | | | |
| Pasta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pasta ripiena (tortellini, ravioli ecc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Riso | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Creme cereali (mais, riso ecc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Semolino/cous-cous | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Polenta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **PRODOTTI DA FORNO - porzione: da 15 a 20 gr (3-4 biscotti)** | | | | | | | |
| Cornflakes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Biscotti per l'infanzia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Altri biscotti (frollini, wafer ecc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fette biscottate o biscotti secchi | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Torte o merendine | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | mai | meno di 1 volta a sett. | 1-3 volte a sett. | 4-6 volte a sett. | 1 volta al giorno | 2 volte al giorno | 3 o + volte al giorno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PANE - porzione: 20 gr** | | | | | | | |
| Pane bianco | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pane integrale | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pane confezionato (es. pan carrè) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Focaccia/pizza | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Crackers/grissini | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **CARNE, PESCE - porzione: 20 gr** | | | | | | | |
| Carne fresca o surgelata | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pesce fresco o surgelato | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Omogeneizzato o liofilizzato (carne o pesce) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Prosciutto o altri salumi | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **FORMAGGIO - porzione: 20 gr** | | | | | | | |
| Formaggio fresco | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Formaggio stagionato | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Parmigiano grattugiato | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **UOVO - porzione: 1** | | | | | | | |
| Uovo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **CONTORNO** | | | | | | | |
| Verdura fresca | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Verdura omogeneizzata o liofilizzata | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Patate, piselli | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Legumi (fagioli, lenticchie, ceci…) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **FRUTTA** | | | | | | | |
| Frutta fresca | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Omogeneizzati di frutta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **GRASSI DA CONDIMENTO - porzione: 1 cucchiaio** | | | | | | | |
| Olio extra vergine di oliva | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Olio di semi | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Margarine | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Burro | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Maionese o altre salse | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **BEVANDE - porzione: 200 ml (1 bicchiere)** | | | | | | | |
| Acqua minerale | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bevande zuccherate (thè, cola, aranciata ecc) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Succhi di frutta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bevanda al cioccolato | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **ALTRI ALIMENTI** | | | | | | | |
| Zucchero | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Marmellata o miele | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Crema spalmabile al cioccolato | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gelato | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## Sezione 7. Il sonno

**In questa sezione fai riferimento al momento presente (ultimi giorni).**

**1. Quante ore dorme il bambino in media per notte (fra le 8 di sera e le 8 del mattino)?**

ore |__|__|  minuti |__|__|

**2. Quante ore dorme il bambino in media durante il giorno (fra le 8 del mattino e le 8 di sera)?**

ore |__|__|  minuti |__|__|

**3. Il bambino dorme per la maggior parte del tempo?**

*(una sola risposta indicando quella più frequente)*

☐ nella culla/lettino in una stanza da solo
☐ nella culla/lettino in una stanza con altri fratelli-bambini
☐ nella culla/lettino nella stanza dei genitori
☐ nel letto dei genitori
☐ altro *(specificare)* _____

**4. A che ora si addormenta di solito il bambino la sera?** ore |__|__|  minuti |__|__|

**5. Quante volte si sveglia di solito durante la notte a settimana?** *(se non si sveglia scrivi 0)* |__|__|

**6. Quanto tempo sta sveglio il bambino durante la notte (fra le 8 di sera e le 6 del mattino)?**
*(se non sta sveglio scrivi 0)*

ore |__|__|  minuti |__|__|

**7. Quanto tempo impiega il bambino ad addormentarsi la sera?**

☐ meno di 15 minuti  ☐ tra 15 e 30 minuti  ☐ più di 30 minuti

**8. Come si addormenta il bambino?**

☐ mentre prende il latte  ☐ mentre viene cullato  ☐ in braccio
☐ nel lettino da solo  ☐ nel letto con il genitore  ☐ altro

**9. Il bambino ha qualche oggetto che usa per "conforto"?** ☐ no ☐ sì
*(ciuccio, dito in bocca, coperta, peluche, giochino ecc.)?*

**10. Pensi che il bambino abbia problemi di sonno?**

☐ nessun problema  ☐ sì, ma non troppo seri  ☐ sì, seri

**11. Il bambino russa di notte o di giorno durante il sonno, al di fuori dei comuni raffreddori?**

☐ no o occasionalmente (massimo una volta a settimana)
☐ frequentemente (2-4 volte a settimana)
☐ quasi sempre, o sempre (5-7 volte a settimana)

# LA FAMIGLIA E LA CASA

## Sezione 8. Occupazione materna

### 1. Dalla nascita del bambino hai ripreso o hai iniziato un'attività lavorativa?

☐ no ☐ sì

***Se no***, attualmente sei *(dopo aver risposto, passa direttamente alla Sezione 9 "Occupazione del tuo partner" a pag. 23)*

☐ occupata in congedo di maternità
☐ non occupata e non in cerca di lavoro
☐ studentessa
☐ disoccupata
☐ casalinga
☐ altro: _____

***Se sì*** (se hai ripreso o iniziato un'attività lavorativa):

**A quale mese di vita del bambino hai ripreso/iniziato?** |__|__| mesi

**Per quante ore alla settimana lavori attualmente in media?** |__|__| ore

**Per quanti giorni alla settimana lavori attualmente in media?** |__| giorni

**Per quanti datori di lavoro presti la tua attività?** *(se più di uno, nelle domande seguenti fai riferimento al contratto/occupazione principale e a cui dedichi più tempo)* |__|__|

**Sei tornata a svolgere lo stesso lavoro (presso la stessa impresa/organizzazione) che svolgevi all'inizio della gravidanza?**

☐ no
☐ sì *passa direttamente alla domanda 6 a pag. 22*
☐ sì, ma è cambiata la mia condizione professionale
*(ad es. da lavoratore dipendente a lavoratore autonomo, ecc.)*
*passa direttamente alla domanda 5 a pag. 22*

### 2. Quale mansione svolgi? *(ad es. infermiera, insegnante, ecc.)*

_____

### 3. In che settore opera principalmente la ditta/compagnia o l'ente in cui lavori?

*(ad es. industria chimica, Università, Ferrovie dello Stato, panificio, studio medico, ecc.)*

_____

### 4. Qual è il motivo principale per il quale non sei tornata a svolgere lo stesso lavoro?

☐ ho colto nuove opportunità
☐ per difficoltà contrattuali
☐ per mancato rinnovo del contratto
☐ non ho ottenuto il part-time
☐ per difficoltà a conciliare le nuove esigenze familiari con il lavoro
☐ altro: _____

**5. La tua condizione professionale attuale è:**

☐ dipendente a tempo determinato ☐ dipendente a tempo indeterminato
☐ apprendista ☐ lavoratrice interinale
☐ collaboratrice co.co.co./co.co.pro. ☐ collaboratrice occasionale
☐ lavoratrice autonoma ☐ senza contratto
☐ altro: _____

**6. In quale settore lavori?**

☐ pubblico ☐ privato

***Se Privato***, quanti dipendenti ha l'impresa in cui lavori?
*(non tenere conto di eventuali collaboratori)*

☐ 0 dipendenti (solo il titolare) ☐ 1-5 dipendenti
☐ 6-15 dipendenti ☐ 16-50 dipendenti
☐ 51-250 dipendenti ☐ oltre 250 dipendenti

**7. Quanto tempo impieghi in media per recarti al lavoro?**
*(se hai più di un luogo di lavoro, compila anche per lavoro 2 e 3)*

| | | |
|---|---|---|
| **Lavoro 1** | minuti \|__\|__\|__\| | n. di giorni alla settimana \|__\| |
| **Lavoro 2** | minuti \|__\|__\|__\| | n. di giorni alla settimana \|__\| |
| **Lavoro 3** | minuti \|__\|__\|__\| | n. di giorni alla settimana \|__\| |

**8. Il tuo lavoro prevede trasferte con pernottamenti fuori casa?**

☐ no ☐ sì

***Se sì***, quante trasferte in media al mese? |__|__| ☐ meno di 1 volta al mese

**9. Il tuo lavoro prevede turni anche notturni?**

☐ no ☐ sì

***Se sì***, quanti turni notturni normalmente al mese? |__|__| ☐ meno di 1 volta al mese

## Sezione 9. Occupazione del tuo partner

**1. Ci sono stati cambiamenti nell'attività lavorativa del tuo partner dal momento della nascita del bambino?**

☐ no ☐ sì

***Se no***, **passa alla Sezione 10 "Reddito familiare" a pag. 24**

***Se sì*** *(se ci sono stati cambiamenti nell'attività lavorativa del tuo partner):*

**2. Quale mansione svolge attualmente il tuo partner?**

_____

**3. In che settore opera principalmente la ditta/compagnia o l'ente in cui lavora il tuo partner?**

_____

**4. Qual è la condizione professionale attuale del tuo partner?**

☐ dipendente a tempo determinato
☐ dipendente a tempo indeterminato
☐ apprendista
☐ lavoratore interinale
☐ collaboratore co.co.co./co.co.pro.
☐ collaboratore occasionale
☐ lavoratore autonomo
☐ lavoratore senza contratto
☐ disoccupato in cerca di occupazione
☐ non occupato non in cerca di occupazione
☐ studente
☐ altro: _____

**5. In quale settore lavora il tuo partner?**

☐ pubblico ☐ privato

## Sezione 10. Reddito familiare

**IN QUESTA SEZIONE TI CHIEDEREMO ALCUNE INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI ECONOMICHE DELLA TUA FAMIGLIA.** Queste informazioni, che saranno utilizzate in forma aggregata e in nessun modo saranno rese pubbliche, ci servono per capire come e se le diverse condizioni economiche possano influire sulla salute del tuo bambino.

**1. A quanto ammonta il reddito netto mensile complessivo della tua famiglia?**

*(per famiglia si intende il nucleo familiare nel quale il bambino vive, ad esempio anche una famiglia composta da te e dai tuoi genitori se vivete insieme e dividete le spese)*

☐ meno di 1000 euro
☐ tra 1000 e 1499 euro
☐ tra 1500 e 1999 euro
☐ tra 2000 e 2499 euro
☐ tra 2500 e 2999 euro
☐ tra 3000 e 3999 euro
☐ tra 4000 e 4999 euro
☐ tra 5000 e 5999 euro
☐ 6000 o più euro
☐ non so quantificare

## Sezione 11. La casa

**1. Dai 7 ai 12 mesi di vita vostro figlio ha condiviso la camera da letto con altre persone?**

☐ no ☐ sì

***Se sì***, con chi? *(possibile più di una risposta)*
☐ genitori ☐ fratelli o altri bambini ☐ altri *(specificare)*: _____

**2. Quanto spesso tenete aperte le finestre della camera del bambino?**

| | In estate | In inverno |
|---|---|---|
| **Quasi sempre nelle 24 ore** | ☐ | ☐ |
| **Solo di giorno** | ☐ | ☐ |
| **Solo di notte** | ☐ | ☐ |
| **Ogni tanto** | ☐ | ☐ |
| **Mai** | ☐ | ☐ |

**3. Nella vostra casa ci sono macchie di muffa o funghi visibili sui muri o sul soffitto?**

☐ no ☐ sì

***Se sì***, queste macchie sono presenti nella camera dove dorme il bambino? ☐ no ☐ sì

**4. Nella vostra casa ci sono macchie di umidità sui muri o sul soffitto?**

☐ no ☐ sì

***Se sì***, queste macchie sono presenti nella camera dove dorme il bambino? ☐ no ☐ sì

**5. Nell'ultimo anno, qualcuna delle stanze della casa è stata ridipinta, decorata, arredata con nuovi mobili o tappeti?** *(possibile più di una risposta)*

| | no | ridipinta o decorata | arredata con mobili nuovi | con nuovi tappeti, moquette o tappezzeria | non so |
|---|---|---|---|---|---|
| **Stanza dei genitori** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Soggiorno** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Stanza del bambino** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**6. Nell'ultimo anno, quanto spesso hai usato le seguenti sostanze quando era presente anche tuo figlio?**

| | mai | meno di 1 volta a sett. | 1 volta a sett. | 2-6 volte a sett. | ogni giorno |
|---|---|---|---|---|---|
| **Candeggina** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Detersivo per finestre** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Smacchiatore per tappeti** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Detersivo per forno** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Cera per pavimenti** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Prodotti per la pulizia dei metalli** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Diserbante** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Pesticidi / insetticidi / fungicidi** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Spray** *(ad es. deodorante, lacca)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Tinture per capelli** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**7. Ci sono animali domestici nella tua casa?** *(si fa riferimento ad animali che vivono esclusivamente dentro casa, quindi non tenere in considerazione quelli che vivono fuori)*

☐ no ☐ sì

***Se sì***, quali dei seguenti animali vivono in casa? *(possibile più di una risposta)*

☐ cane ☐ gatto ☐ roditori ☐ uccelli ☐ altro: _____

**8. Hai cambiato casa dalla nascita del bambino?**

☐ no ☐ sì

***Se no***, passa alla Sezione 12 "Abitudine al fumo" a pag. 28

***Se sì***, quando ti sei trasferita all'attuale indirizzo? mese |__|__| anno |__|__|__|__|

**La tua casa attuale è:**

☐ di proprietà
☐ in affitto
☐ una o più stanze in casa di altre persone
☐ altro *(specificare)* _____

**Quante stanze ha la tua casa?** *(a parte bagno, corridoio, disimpegno, ripostiglio e cucina, a meno che sia una cucina abitabile in cui pranzate abitualmente)*

|__|__| numero di stanze

**Quanto è grande la tua casa?**

☐ meno di 50 mq ☐ tra i 50 e i 74
☐ tra i 75 e i 99 mq ☐ tra i 100 e i 124 mq
☐ 125 mq o più

**A che piano abiti?** *(se è a più livelli, indicare il piano più basso)*

☐ oltre il 4° piano ☐ 3° o 4° piano
☐ 1° o 2° piano ☐ piano terra o rialzato
☐ seminterrato

**Come descriveresti la zona/quartiere in cui si trova la tua abitazione?**

☐ zona centrale di città con parchi e giardini
☐ zona centrale di città senza parchi e giardini
☐ periferia di città con parchi e giardini
☐ periferia di città senza parchi e giardini
☐ campagna o piccolo paese circondato da spazi aperti

**La tua abitazione si trova in una zona:**

☐ senza traffico
☐ con poco traffico
☐ con traffico moderato
☐ con traffico intenso

**Quanto fastidio ti dà l'inquinamento, ad es. puzza di smog/gas di scarico, quando a casa tieni le finestre aperte?** *(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che si addice di più)*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**Quale sistema viene generalmente usato per cucinare?**

gas ☐ no ☐ sì
elettricità ☐ no ☐ sì
legna o carbone ☐ no ☐ sì
altro *(specificare)* _____

**Utilizzi solitamente una cappa o ventola mentre cucini?**

☐ no ☐ sì

**Nell'ambiente in cui cucini è presente una finestra?**

☐ no ☐ sì

**Cosa usi in casa per il riscaldamento?** *(possibile più di una risposta)*

gas ☐ no ☐ sì
elettricità ☐ no ☐ sì
olio ☐ no ☐ sì
carbone ☐ no ☐ sì
legna/pellet ☐ no ☐ sì
altro *(specificare)* _____

## Sezione 12. Abitudine al fumo

**1. Hai mai fumato dalla nascita del bambino ad ora?**

☐ no ☐ sì

***Se sì,*** a che età del bambino hai iniziato a fumare? *(se hai sempre fumato scrivi 0)*
|__|__| mesi del bambino

**2. Attualmente fumi?**

☐ no ☐ sì

***Se sì,*** quante sigarette fumi abitualmente al giorno? |__|__|

**3. Il tuo partner fuma attualmente o ha fumato durante la gravidanza del bambino?**

☐ no, non fuma né ha fumato durante la gravidanza ☐ sì

***Se sì,*** durante la gravidanza del bambino quante sigarette fumava abitualmente al giorno? *(se non fumava scrivi 0)*
|__|__|

Attualmente quante sigarette fuma abitualmente al giorno? *(se non fuma scrivi 0)*
|__|__|

**4. Abitualmente per quanto tempo al giorno il bambino sta in luoghi chiusi dove delle persone (compresi tu e il tuo partner) fumano in sua presenza?** *(ad es. in casa o in automobile)*

☐ mai
☐ meno di 10 minuti al giorno
☐ da 10 a 29 minuti al giorno
☐ da 30 minuti a 1 ora al giorno
☐ 1 ora al giorno
☐ 2 ore al giorno
☐ 3 ore o più al giorno

## Sezione 13. Il tuo stato d'animo

**QUESTA SESSIONE INTENDE VALUTARE NELLA PRIMA PARTE LA CONDIZIONE EMOTIVA DELLA MAMMA IN RAPPORTO AL BAMBINO E ALLE SITUAZIONI VISSUTE NELLE ULTIME DUE SETTIMANE.**
**NELLA SECONDA PARTE, PIÙ IN GENERALE, VUOLE CONSIDERARE L'ATTEGGIAMENTO DELLA MAMMA RISPETTO ALLE SUE ESPERIENZE DI VITA E AL SUO FUTURO.**
Ti preghiamo di fare un ultimo sforzo, di leggere attentamente le affermazioni e le domande seguenti e di rispondere con la massima spontaneità.
**(non ci sono risposte giuste o sbagliate!)**

### IL RAPPORTO MADRE-BAMBINO

**Facendo riferimento alle ultime due settimane, segna la risposta che descrive meglio quante volte ti capita di sentirti nei modi che seguono:**

**1. Quando mi occupo del bambino mi capita di provare sentimenti di fastidio o irritazione**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**2. Quando mi occupo del bambino ho la sensazione che sia intenzionalmente noioso cerchi di mettermi in difficoltà**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**3. Nelle ultime due settimane mi è capitato di provare sentimenti di distacco nei confronti del mio bambino**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**4. Mi sento colpevole per non essere abbastanza coinvolta nel rapporto con il bambino**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**5. Nella mia relazione con il bambino mi sento sicura e capace**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**6. Quando sto con il bambino mi capita di sentirmi tesa e ansiosa**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**7. Quando sono con il bambino insieme a altre persone mi sento orgogliosa di lui**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**8. Passo quanto più tempo possibile a giocare con il mio bambino**

☐ moltissimo
☐ molto
☐ abbastanza
☐ un po'
☐ per nulla

**9. Quando devo staccarmi dal bambino trovo la cosa difficile o mi sento triste**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**10. Quando sto con il bambino sono contenta e soddisfatta**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**11. Quando non sono con il bambino mi trovo a pensare a lui**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**12. Quando sto con il bambino cerco di prolungare il tempo da passare con lui**
☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**13. Quando sono stata lontana dal bambino per un po' di tempo provo un forte piacere all'idea di rivederlo**
☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**14. In questo momento sento che "questo bambino è davvero il mio"**
☐ moltissimo
☐ molto
☐ abbastanza
☐ un po'
☐ per nulla

**15. Mi dispiace aver dovuto rinunciare a molte cose per la presenza del bambino**
☐ moltissimo
☐ molto
☐ abbastanza
☐ un po'
☐ per nulla

**16. Mi capita di pensare che non ho abbastanza tempo per me e per i miei interessi**
☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**17. Penso che allevare questo bambino sia un pesante carico di responsabilità**
☐ moltissimo
☐ molto
☐ abbastanza
☐ un po'
☐ per nulla

**18. Quando devo decidere quello di cui il bambino ha bisogno mi fido del mio giudizio**
☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

**19. Quando sto con il bambino mi capita di essere impaziente**

☐ molto spesso
☐ spesso
☐ qualche volta
☐ raramente
☐ mai

## EMOTIVITÀ

**Le seguenti domande sono da riferirsi alle ultime due settimane trascorse.**

**20. Sei stata in grado di concentrarti sulle cose che facevi?**

☐ meglio del solito
☐ come al solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

**21. Hai perso molto sonno per delle preoccupazioni?**

☐ no
☐ non più del solito
☐ un po' più del solito
☐ molto più del solito

**22. Ti sei sentita utile?**

☐ più del solito
☐ come al solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

**23. Ti sei sentita capace di prendere decisioni?**

☐ più del solito
☐ come al solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

**24. Ti sei sentita costantemente sotto stress (tensione)?**

☐ no
☐ non più del solito
☐ un po' più del solito
☐ molto più del solito

**25. Hai avuto l'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà?**

☐ no
☐ non più del solito
☐ un po' più del solito
☐ molto più del solito

**26. Sei stata in grado di svolgere volentieri le tue attività quotidiane?**

☐ più del solito
☐ come al solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

**27. Sei stata in grado di affrontare i tuoi problemi?**

☐ più del solito
☐ come al solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

**28. Ti sei sentita molto infelice e depressa?**

☐ no
☐ non più del solito
☐ un po' più del solito
☐ molto più del solito

**29. Hai perso fiducia in te stessa?**

☐ no
☐ non più del solito
☐ un po' più del solito
☐ molto più del solito

**30. Hai pensato di essere una persona senza valore?**

☐ no
☐ non più del solito
☐ un po' più del solito
☐ molto più del solito

**31. Ti sei sentita, tutto sommato, abbastanza contenta?**

☐ più del solito
☐ come al solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

## ATTITUDINE VERSO LE ESPERIENZE DELLA VITA

**Per ciascuna delle affermazioni che seguono, valuta il tuo grado di accordo/disaccordo su una scala da 1 (massimo disaccordo) a 5 (massimo accordo) mettendo una crocetta sul numero corrispondente alla tua opinione.**

**1 = fortemente in disaccordo**
**2 = parzialmente in disaccordo**
**3 = né d'accordo né in disaccordo**
**4 = parzialmente d'accordo**
**5 = fortemente d'accordo**

**32. Ho una grande fiducia nel futuro**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**33. Sono soddisfatta della mia vita**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**34. Quando ne ho bisogno, solitamente ho qualcuno sul quale posso contare**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**35. Guardo al futuro con speranza ed entusiasmo**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**36. Complessivamente sono soddisfatta di me stessa**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**37. A volte il futuro mi sembra davvero oscuro**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**38. Penso di avere molto di cui essere fiera**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**39. Generalmente ho molta fiducia in me stessa**

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

# VALUTAZIONI FINALI

**1. Avete letto il Diario del primo anno di vita del bambino?** ☐ no ☐ sì

***Se sì***, ritieni che gli argomenti trattati siano stati a te utili durante il periodo di crescita del bambino?

☐ no ☐ sì

Puoi esprimere il tuo grado di soddisfazione?

*(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che si addice di più)*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**2. Hai ricevuto gli sms mensili?** ☐ no ☐ sì

***Se sì***, puoi esprimere il vostro grado di soddisfazione?

*(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che si addice di più)*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**3. Hai mai visitato il sito internet del progetto Piccolipiù?** ☐ no ☐ sì

***Se sì***, puoi esprimere il tuo grado di soddisfazione?

*(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che si addice di più)*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**4. Segui il progetto Piccolipiù su Facebook?** ☐ no ☐ sì

***Se sì***, puoi esprimere il tuo grado di soddisfazione?

*(in una scala da 0 a 10 specificare il valore che si addice di più)*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**5. Ritieni che il Progetto Piccolipiù ti abbia fornito dei consigli utili durante il percorso di crescita del bambino?**

☐ no ☐ più no che sì ☐ abbastanza ☐ assolutamente sì

***Data di fine compilazione:*** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
*giorno* *mese* *anno*

***Chi ha compilato il questionario?*** ☐ mamma ☐ papà ☐ mamma e papà insieme

***Se vuoi, scrivici qualcosa (commenti, consigli, pensieri sul bambino):***

_____

_____

_____

_____

**Per studi futuri è possibile che ti chiederemo le misure del bambino durante la gravidanza: conserva tutte le ecografie!**

**Grazie!**

***Il team Piccolipiù***

## Unità operative coinvolte nel progetto

D/EP/Lazio
Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA E

REGIONE LAZIO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

BURLO

MEYER
Azienda Ospedaliero-Universitaria

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Cnsps

**Maternità** Ospedale Infantile Regina Margherita S. Anna di Torino, Ospedale Santa Maria Annunziata - Azienda Sanitaria Firenze, Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo - Trieste, Ospedale Cristo Re dell'Istituto Figlie di Nostra Signora a Monte Calvario - Roma, Casa di Cura Città di Roma, Ospedale Versilia - USL12 di Viareggio

OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA S.ANNA DI TORINO

SST Azienda Sanitaria Firenze
Servizio Sanitario della Toscana

BURLO

FIGLIE DI N.S.IGNORA AL MONTE CALVARIO

SST Azienda USL 12 Viareggio
Servizio Sanitario della Toscana

## Progetto finanziato da

Ministero della Salute

ccm

## CONTATTI

La responsabilità scientifica del progetto è affidata a
Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

I recapiti telefonici o i contatti degli ospedali coinvolti nel progetto e dei centri operativi sono consultabili sul sito internet:
**www.piccolipiu.it**

Il progetto è stato approvato dal Comitati Etici di tutti i Centri, compreso quello del Centro coordinatore. I dati personali saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica, solo da personale autorizzato e nel rispetto della normativa vigente per la protezione dei dati personali (D.Lgs n.196/2003)