

# Questionario “La pandemia di Covid-19 e la coorte Piccolipiù”

Cara mamma di \_\_\_\_\_,

(se la mamma non ha la possibilità di compilare il questionario, può compilarlo il papà).

Ti chiediamo di dedicare un po' del tuo tempo alla compilazione di questo nuovo questionario che vuole raccogliere informazioni relative alla pandemia di Covid-19 con la finalità di indagare gli effetti della pandemia in termini di cambiamento dello stile di vita dei bambini e di contestualizzare meglio anche i sintomi legati all'infezione da Sars-Cov2 e l'eventuale diffusione dell'infezione in famiglia.

La compilazione richiede un tempo di circa 20 minuti. Grazie!

---

**Data di compilazione:**    |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
  giorno    mese            anno

---

## Sezione 1. Rischio, diagnosi e consapevolezza del Covid-19

**Dall'inizio della pandemia da Covid-19 (21 febbraio 2020) qualcuno del nucleo familiare in cui vive il bambino (mamma, partner, bambini, nonni o altre persone):**

### 1.1 È risultato positivo al Covid-19?

- No
- Sì

### 1.2 Ha avuto sintomi che hanno fatto pensare di essere positivo al Covid-19?

- No
- Sì

### 1.3 È entrato in contatto con altri familiari o amici positivi al Covid-19?

- No
- Sì

**1.4 È stato ricoverato a causa di infezione di Covid-19?**

- No
- Si

**1.5 Ha avuto un altro familiare o un amico che è stato ricoverato a causa di un'infezione di Covid-19?**

- No
- Si

**1.6 È deceduto a causa di un'infezione di Covid-19?**

- No
- Si

**1.7 Ha avuto un altro familiare o amico che è deceduto a causa di un'infezione di Covid-19?**

- No
- Si

**Dall'inizio della pandemia da Covid-19 (21 febbraio 2020) fino ad ora quali delle seguenti misure di prevenzione hai adottato?**

**1.8 Lavare le mani appena rientrata in casa**

- Sempre o quasi sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Mai o quasi mai

**1.9 Uso della mascherina in luoghi chiusi (ad esclusione della propria casa)**

- Sempre o quasi sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Mai o quasi mai

**1.10 Distanziamento fisico (almeno 1m di distanza tra te e le altre persone non appartenenti alla tua famiglia)**

- Sempre o quasi sempre
- Spesso
- Qualche volta

Mai o quasi mai

**1.11 Come valuteresti il tuo livello di conoscenza sul Covid-19 in una scala da uno a cinque?**

[1] [2] [3] [4] [5]

Conoscenza molto scarsa

Conoscenza molto ampia

**1.12 Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19 (da marzo 2020 fino ad ora) da dove hai ricavato/ricavi le informazioni per rimanere aggiornata/o sull'evoluzione della pandemia? (indica le fonti di informazione più frequenti; è possibile dare più di una risposta)**

- Notiziari televisivi/ Notiziari radiofonici
- Quotidiani cartacei/Quotidiani online
- Periodici cartacei/ Periodici online
- Canali social (Facebook, Twitter, ecc.)
- Siti web istituzionali (Ministero Salute, ISS, Protezione Civile, OMS ecc.)
- Motori di ricerca online
- Contatto con personale sanitario (ad es. medico di famiglia)
- Contatto con parenti/amici
- Non mi sono tenuta particolarmente aggiornata

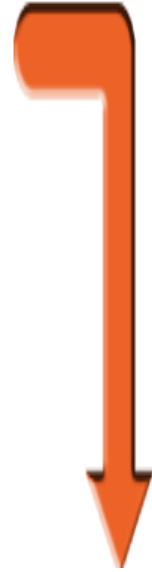
**Sezione 2. La famiglia e il lavoro**

**2.1 Chi vive ora a casa con il piccolopiù? (è possibile dare più di una risposta)**

- mamma
- papà del bambino
- partner (diverso dal padre/madre del bambino)
- altri figli o altri bambini di età inferiore ai 12 anni ►► Numero bambini |\_\_|\_\_|
- altri figli o altri ragazzi di età tra i 12 e i 17 anni ►► Numero ragazzi |\_\_|\_\_|
- altri adulti (genitori/suoceri, amici, altro) ►► Numero adulti |\_\_|\_\_|

**2.2 Cara mamma, attualmente la tua situazione prevalente è: (è possibile dare solo una risposta)**

- Occupata ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*
- Occupata in congedo ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*
- Disoccupata
- Non occupata e non in cerca di lavoro
- Casalinga
- Studentessa
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_



**2.2.1 Attualmente la tua condizione professionale prevalente è:**  
*(è possibile dare solo una risposta)*

- Dipendente a tempo indeterminato
- Dipendente a tempo determinato
- Apprendista
- Lavoratrice interinale
- Collaboratrice co.co.co./co.co.pro.
- Collaboratrice occasionale
- Lavoratrice autonoma
- Lavoratrice senza contratto
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**2.2.2 Quale mansione svolgi attualmente?** *(ad es. infermiera, insegnante, ecc.)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.3 Attualmente la situazione prevalente del tuo partner è:**  
*(è possibile dare solo una risposta)*

- Occupato ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*
- Occupato in congedo ►► *compila anche le domande nel riquadro sottostante*
- Disoccupato
- Non occupato e non in cerca di lavoro
- Si occupa della casa



- Studente
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Non so

**2.3.1 Attualmente qual è la condizione professionale prevalente del tuo partner?**  
*(è possibile dare solo una risposta)*

- Dipendente a tempo indeterminato
- Dipendente a tempo determinato
- Apprendista
- Lavoratore interinale
- Collaboratore co.co.co./co.co.pro.
- Collaboratore occasionale
- Lavoratore autonomo
- Lavoratore senza contratto
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Non so

**2.3.2 Quale mansione svolge attualmente il tuo partner?** *(ad es. cuoco, operaio metalmeccanico, architetto, ecc.)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.4 Durante il lockdown (marzo-maggio 2020), ci sono stati cambiamenti nel tuo posto di lavoro?**

- Sì, lavoravo fuori e durante il lockdown ho lavorato a casa mia
- No, ho continuato a lavorare fuori casa
- No, ho lavorato a casa mia, come facevo già prima del lockdown

**2.5 Durante il lockdown (marzo-maggio 2020), ci sono stati cambiamenti nel posto di lavoro del tuo partner?**

- Sì, lavorava fuori e durante il lockdown ha lavorato a casa
- No, ha continuato a lavorare fuori casa
- No, ha lavorato a casa, come faceva già prima del lockdown

**2.6 Tu o il tuo partner avete usufruito della cassa integrazione nel periodo dell'emergenza sanitaria (da marzo 2020)?**

- No nessuno dei due
- Sì, io
- Sì, il mio partner
- Sì, entrambi

**2.7 Ci sono stati importanti cambiamenti (in meglio o in peggio) nella situazione economica della tua famiglia da marzo 2020?**

*Per famiglia si intende il nucleo familiare nel quale il bambino vive, per esempio, tu e il tuo partner o anche una famiglia composta da te e i tuoi genitori se vivete insieme e dividete le spese.*

- No
- Sì ►► *compila anche le domande nel riquadro*



<p><b>2.7.1 Che tipo di cambiamento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Miglioramento</li><li><input type="checkbox"/> Peggioramento</li></ul> <p><b>2.7.2 Qual è il motivo del cambiamento?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cambiamento nella situazione lavorativa di almeno uno dei componenti famigliari</li><li><input type="checkbox"/> Altro _____</li></ul> <p><b>2.7.3 Questi cambiamenti sono riconducibili in tutto o in parte alla crisi conseguente alla pandemia di Covid-19?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No</li><li><input type="checkbox"/> Sì</li></ul>
--

**2.8 Facendo riferimento alla situazione economica della tua famiglia oggi, la definiresti:**

- Molto ricca
- Ricca
- Né ricca né povera

- Povera
- Molto povera

**2.9 Da marzo 2020 a oggi, tenendo presente le esigenze di tutti i componenti famigliari, come sono state le risorse economiche complessive della tua famiglia?**

- Ottime
- Adeguate
- Scarse
- Assolutamente insufficienti

**2.10. Da marzo 2020 a oggi, la tua famiglia è riuscita a risparmiare?**

- No, anzi è diminuito il patrimonio oppure ho/abbiamo contratto debiti
- No
- Sì, ma meno di quanto avrei o avremmo voluto
- Sì, almeno quanto avrei o avremmo voluto

**2.11 Da marzo 2020 a oggi, hai usufruito/usufruisce di una o più delle misure a sostegno del reddito?**

- No
- Sì ►► **2.11.1 Quali? (sono possibili più risposte)**

- Sospensione mutuo prima casa
- Congedo parentale
- Bonus baby-sitting e centri estivi
- Indennità per i liberi professionisti
- Altro (ad esempio, misure Regionali per gli affitti; Moratoria sui prestiti per le imprese) \_\_\_\_\_

**Durante il lockdown (marzo-maggio 2020):**

		Si	No	Non applicabile
2.12	<b>Il mio partner ha partecipato di più alle faccende domestiche e alla cura della famiglia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13	<b>Le mie figlie hanno partecipato di più alle faccende domestiche e alla cura della famiglia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.14	I miei figli hanno partecipato di più alle faccende domestiche e alla cura della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.15	Altri membri della famiglia hanno partecipato di più alle faccende domestiche e alla cura della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16	Abbiamo assunto una collaboratrice domestica/babysitter/infermiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17	La collaboratrice domestica/babysitter/infermiera ha lavorato più ore per noi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.18	La collaboratrice domestica/babysitter/infermiera ha lavorato meno ore per noi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.19	La collaboratrice domestica/babysitter/infermiera non ha lavorato più per noi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.20	Sono stata da sola; nessuno mi ha aiutato nelle faccende domestiche e nella cura della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sezione 3. Benessere psicologico della mamma

**ATTENZIONE:** *Tutte le domande di questa sezione sono da riferirsi alle ultime due settimane trascorse. Ti preghiamo di leggere attentamente le domande che seguono, cercando di rispondere con la massima spontaneità (non ci sono risposte giuste o sbagliate!).*

#### 3.1 Sei stata in grado di concentrarti sulle cose che facevi?

- Meglio del solito
- Come al solito
- Meno del solito
- Molto meno del solito

#### 3.2 Hai perso molto sonno per delle preoccupazioni?

- No
- Non più del solito
- Un po' più del solito
- Molto più del solito

#### 3.3 Ti sei sentita utile?

- Più del solito
- Non più del solito
- Meno del solito
- Molto meno del solito



### 3.4 Ti sei sentita capace di prendere decisioni?

- Più del solito
- Non più del solito
- Meno del solito
- Molto meno del solito

### 3.5 Ti sei sentita costantemente sotto stress (tensione)?

- No
- Non più del solito
- Un po' più del solito
- Molto più del solito

### 3.6 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

### 3.7 Sei stata in grado di svolgere volentieri le tue attività quotidiane?

- Più del solito
- Non più del solito
- Meno del solito
- Molto meno del solito

### 3.8 Sei stata in grado di affrontare i tuoi problemi?

- Più del solito
- Non più del solito
- Meno del solito
- Molto meno del solito

### 3.9 Ti sei sentita molto infelice e depressa?

- No
- Non più del solito
- Un po' più del solito
- Molto più del solito

### 3.10 Hai perso fiducia in te stessa?

- No
- Non più del solito
- Un po' più del solito
- Molto più del solito

### 3.11 Hai pensato di essere una persona senza valore?

- No
- Non più del solito
- Un po' più del solito
- Molto più del solito

### 3.12 Ti sei sentita, tutto sommato, abbastanza contenta?

- Più del solito
- Non più del solito
- Meno del solito
- Molto meno del solito

## 4. Benessere psicofisico del bambino

*Per ciascuna domanda scegli solo una delle seguenti opzioni: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero.  
Sarebbe utile che rispondessi a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicura o se la domanda ti sembra strana.*

*Dovresti rispondere sulla base del comportamento di tuo figlio negli ultimi sei mesi.*

**Tuo/a figlio/a:**

		<b>Non vero</b>	<b>Parzialmente vero</b>	<b>Assolutamente vero</b>
<b>4.1</b>	<b>È irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2</b>	<b>Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3	Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	È piuttosto solitario, tende a giocare da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	È generalmente ubbidiente, esegue di solito le richieste degli adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	È costantemente in movimento o a disagio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Ha almeno un buon amico o una buona amica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Spesso litiga con i coetanei o li infastidisce di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Spesso è infelice, triste o in lacrime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11	È generalmente ben accettato dai coetanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12	È facilmente distratto, incapace di concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13	È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14	Spesso dice bugie o inganna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	Viene preso di mira e preso in giro dai coetanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Pensa prima di fare qualcosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17	Ruba a casa, a scuola o in altri posti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18	Ha migliori rapporti con gli adulti che con i coetanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.19	Ha molte paure, si spaventa facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.20	È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.21 Durante il lockdown (marzo-maggio 2020) tuo figlio ha avuto difficoltà ad addormentarsi?**

Più di prima

- Come prima
- Meno di prima

**4.22 Durante il lockdown (marzo-maggio 2020) tuo figlio si svegliava spesso di notte?**

- Più di prima
- Come prima
- Meno di prima

**Sezione 5. La salute del bambino**

**5.1 Tuo figlio ha una malattia o una condizione cronica che ha richiesto nello scorso anno una o più visite di controllo da parte di un medico o di un'altra figura sanitaria?**

- No
- Sì ►► *compila anche le domande nel riquadro*



**5.1.1 Quale malattia o condizione cronica?**

---

**5.1.2 Quante visite di controllo, programmate al di fuori di eventuali problemi acuti, ha effettuato lo scorso anno?**

- 1 visita
- 2-3 visite
- 4-7 visite
- Più di 7 visite

**5.1.3 Hai avuto problemi per il controllo della malattia di tuo figlio dal mese di marzo ad oggi (a causa dell'epidemia da Covid-19)?**

- No
- Sì ►► **5.1.3.1 Per quale motivo?**

- Non ho potuto effettuare in questo periodo le usuali visite di controllo, ma non ho avuto bisogno di un supporto da parte del medico o di altra figura sanitaria che aveva in cura mio/a figlio/a

Non ho potuto effettuare in questo periodo le usuali visite di controllo, ma ho ricevuto ugualmente un supporto da parte del medico o di altra figura sanitaria che aveva in cura mio/a figlio/a (ad es. per telefono, via email, altro)

Non ho potuto effettuare in questo periodo le usuali visite di controllo né ho ricevuto un supporto da parte del medico o di altra figura sanitaria che aveva in cura mio/a figlio/a

Ho dovuto recarmi in Pronto soccorso o contattare senza preavviso il medico di mio/a figlio/a o altra figura sanitaria per il controllo della malattia o condizione cronica di mio figlio/a.



**Quante volte?** |\_|\_| numero di volte

Altro

(specificare) \_\_\_\_\_

## 5.2 Tuo figlio è aumentato di peso durante il lockdown (marzo-maggio 2020)?

No

Sì ►►► 5.2.1. Se lo ricordi riporta il suo peso:

peso prima del lockdown (febbraio 2020): |\_|\_| kg

peso alla fine del lockdown (maggio 2020): |\_|\_| kg

Non so

## 6. Il tempo libero e lo stile di vita del bambino

**6.1 Durante il lockdown (marzo-maggio 2020) tuo figlio ha frequentato spazi all'aperto (anche condominiali) (ad esempio cortile, giardino, terrazza condominiale) ?**

No, mai

Sì qualche volta

Sì, tutti i giorni

**6.2 Durante il lockdown (marzo-maggio 2020) quanti giorni in una settimana tipo "normale" il bambino ha fatto un'attività che aumenta il battito cardiaco o la frequenza del respiro per un totale di almeno 60 minuti al giorno?**

*Considera non solo fare sport ma anche correre, fare giochi con molto movimento, ecc.). Per esempio: se un giorno corre per 20 minuti, fa un gioco con molto movimento per 20 minuti e nuota per 20 minuti il totale dell'attività fisica sarà di 60 minuti.*

- mai
- 1 giorno a settimana
- 2 giorni a settimana
- 3 giorni a settimana
- 4 giorni a settimana
- 5 giorni a settimana
- 6 giorni a settimana
- 7 giorni a settimana
- non so proprio rispondere

**Durante il lockdown quante ore al giorno tuo figlio era impegnato nelle seguenti attività?**

		Mai	Meno di 1 ora	Da 1 ora a meno di 3 ore	Da 3 ore a meno di 5 ore	Da 5 ore a meno di 7 ore	7 ore o più	Non so
<b>6.3</b>	<b>Scuola/didattica online</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.4</b>	<b>Guardare la TV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.5</b>	<b>Guardare tablet/computer/telefono cellulare</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.6</b>	<b>Trascorrere del tempo a casa con i fratelli o da solo (giocare, ascoltare musica, ballare, disegnare e leggere un libro)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.7</b>	<b>Trascorrere del tempo a casa con i genitori o altri adulti (giocare, ascoltare musica, ballare, disegnare e leggere un libro)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questo questionario è stato compilato da:

- Mamma
- Papà/partner
- Mamma e papà insieme

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

---

---

---

---

---

---

---

*Grazie!*

*Il team di Piccolipiù*