

Indagine su disturbi e malattie respiratorie e fattori ad essi correlati nella popolazione infantile residente nell'area di S. Polo e nel resto del comune di Brescia

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.

Alcune domande differiscono tra loro solo per alcuni dettagli e possono sembrare molto simili. Questi dettagli, che nel testo sono sottolineati o **evidenziati**, sono molto importanti per meglio definire lo stato di salute di vostro/a figlio/a.

Vi preghiamo, quindi, di rispondere con molta attenzione alle domande, seguendo le istruzioni riportate all'interno.

Il questionario compilato deve essere riportato a scuola, chiuso nella busta predisposta, il più presto possibile e riconsegnato all'insegnante di vostro/a figlio/a.

Tutte le informazioni fornite sono coperte dal segreto professionale; ad esse avranno accesso solo gli operatori a ciò delegati dai responsabili dell'indagine, ed esse verranno utilizzate esclusivamente a fini statistici.

VI RINGRAZIAMO MOLTO PER LA COLLABORAZIONE.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- Il questionario è suddiviso in 3 sezioni:
Sezione 1 - Lo stato di salute di suo/a figlio/a,
Sezione 2 - I familiari
Sezione 3 - L'abitazione.
- Se possibile, è meglio che il questionario venga compilato da entrambi i genitori.
- Per rendere il questionario di più facile lettura, tutte le domande sono state riferite a "Suo figlio" (al maschile): esse devono comunque intendersi riferite a vostro figlio oppure a vostra figlia. Ci scusiamo di questo con le vostre figlie.

- **A molte domande si risponde mettendo una crocetta nell'apposita casella.**

ESEMPIO: sesso maschile SESSO MASCHIO FEMMINA

- **I numeri, quando richiesto, si scrivono negli appositi spazi.**

ESEMPIO: data di nascita 29 MARZO 1981

DATA DI NASCITA 29 GIORNO 03 MESE 1981 ANNO

- **Qualche volta viene richiesto di scrivere, per esteso, su una riga, preferibilmente in stampatello.**
- **Nelle domande seguite da un elenco di possibili risposte, si sceglie una sola risposta se non ci sono altre indicazioni.**
- **Alcune domande sono composte da più parti: le frecce (↓) indicano dove rispondere.**
- **IN CASO DI ERRORE, si fa un cerchio intorno alla risposta sbagliata (o al numero sbagliato) e si mette una crocetta nella casella giusta (oppure si riscrive accanto il numero corretto).**

ESEMPLI: sesso maschile SESSO MASCHIO FEMMINA

data di nascita 29 MARZO 1981

DATA DI NASCITA 29 GIORNO 05 MESE 1981 ANNO

ALCUNI DATI DI SUO/A FIGLIO/A

Le seguenti informazioni sono necessarie per poter UNIRE i dati del questionario con altre informazioni (come ad esempio i DATI AMBIENTALI, della SCUOLA, ecc.), e per poter VALUTARE se i rischi per la salute che stiamo studiando agiscono in maniera diversa a seconda delle caratteristiche individuali dei nostri figli (ad esempio per età, sesso o area geografica di nascita e residenza).

Tutte le informazioni raccolte saranno trattate con le opportune garanzie di riservatezza, in ottemperanza alla normativa vigente (Legge 196 del 2003). Lo studio è promosso dall'ASL Brescia e coordinato dalla Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Brescia.

CODICE IDENTIFICATIVO

□□□□□□□□

COGNOME DI SUO FIGLIO/A _____

NOME DI SUO FIGLIO/A _____

SCUOLA _____

CLASSE _____

SEZIONE _____

ETÀ (anni compiuti)

□□ ANNI

DATA DI NASCITA

□□ GIORNO

□□ MESE

□□□□ ANNO

SESSO

MASCHIO

FEMMINA

ALTEZZA

□□□ CM

PESO

□□ KG

COMUNE DI NASCITA DI SUO FIGLIO/A _____

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

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

□□ ANNI

COMUNE DI RESIDENZA _____

VIA _____

N. _____

(Questa informazione verrà utilizzata unicamente per risalire alle condizioni di inquinamento ambientale della zona di residenza)

DATA DI COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

□□ GIORNO

□□ MESE

□□□□ ANNO

SEZIONE 1 - LO STATO DI SALUTE DI SUO/A FIGLIO/A

DISTURBI RESPIRATORI

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

No



passi alla
domanda
numero 2

Sì



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

- Suo figlio, respirando, ha avuto fischi o sibili nel torace **negli ultimi 12 mesi**?

No



passi alla
domanda
numero 2

Sì



- Quanti attacchi di sibili ha avuto suo figlio **negli ultimi 12 mesi**?

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

- **Negli ultimi 12 mesi** quante volte, in media, suo figlio si è svegliato durante la notte per sibili?

- Non si è mai svegliato per sibili
 Solo 1 o 2 volte nei 12 mesi
 Meno di 1 volta al mese
 Da 1 a 3 volte al mese
 1 o più notti alla settimana

- **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto almeno una volta sibili così intensi da dover riprendere fiato, parlando, ogni una o due parole?

No Sì

- Gli episodi di sibili o fischi 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

- Negli **ultimi 12 mesi**, quanto le sembra che i sibili e i fischi abbiano condizionato le capacità di suo figlio in ciascuna delle seguenti aree? (segnare con una crocetta tutte le risposte necessarie)

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| - Sport e attività ricreative | <input type="checkbox"/> per niente | <input type="checkbox"/> poco | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> molto |
| - Frequenza scolastica | <input type="checkbox"/> per niente | <input type="checkbox"/> poco | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> molto |
| - Riposo notturno | <input type="checkbox"/> per niente | <input type="checkbox"/> poco | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> molto |
| - Gioco | <input type="checkbox"/> per niente | <input type="checkbox"/> poco | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> molto |
| - Amicizie | <input type="checkbox"/> per niente | <input type="checkbox"/> poco | <input type="checkbox"/> abbastanza | <input type="checkbox"/> molto |

2. **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio, respirando, ha avuto sibili nel torace durante o dopo un esercizio fisico?

No



passi alla domanda numero 3

Sì



- Quanto spesso si sono verificati questi episodi?

- Solo 1 o 2 volte nei 12 mesi
- Meno di 1 volta al mese
- Da 1 a 3 volte al mese
- Da 1 a 3 volte alla settimana
- Più di 3 volte alla settimana

3. **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

Sì

4. Suo figlio ha avuto attacchi di difficoltà di respiro con fischi o sibili almeno una volta nella sua vita?

No



passi alla domanda numero 5

Sì



- **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto attacchi di difficoltà di respiro con fischi o sibili?

No



passi alla domanda numero 5

Sì



- Quanto spesso si sono verificati questi attacchi?

- Solo 1 o 2 volte nei 12 mesi
- Meno di 1 volta al mese
- Da 1 a 3 volte al mese
- 1 o più volte alla settimana

- Quali delle seguenti cause hanno scatenato attacchi di difficoltà di respiro con sibili? (*segnare con una crocetta le cause corrispondenti, anche più di una*)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Pollini | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| - Raffreddore o influenza | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| - Fumo di sigaretta | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| - Polveri | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| - Cibi o bevande | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| - Saponi, spray o detersivi | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| - Animali domestici | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| - Altre cause | | |

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

No

Sì

6. Suo figlio ha mai avuto l'asma?

No



Sì



passi alla
domanda
numero 7

6.1. Un medico ha mai detto che suo figlio ha avuto l'asma?

No

Sì

6.2. A che età è iniziata l'asma? ANNI

6.3. Suo figlio soffre ancora di asma?

No

Sì



- A che età ha avuto l'ultimo attacco di asma? ANNI

6.4. Suo figlio, almeno una volta nella sua vita, è stato ricoverato in ospedale a causa dell'asma?

No, mai

Sì, 1 volta

Sì, 2 volte

Sì, 3 o più volte



- Suo figlio è stato ricoverato in ospedale a causa dell'asma **negli ultimi 12 mesi**?

No

Sì

6.5. Avete mai apportato una delle seguenti modifiche nella casa a causa dell'asma del bambino? (*rispondere segnando una casella No o Sì per ciascuna voce*)

Allontanato animali dalla casa

No

Sì

Eliminato in casa il fumo di sigarette

No

Sì

Cambiato cuscino o materasso

No

Sì

Messo coprimaterasso antiacaro

No

Sì

Eliminato il rivestimento del pavimento (moquette o tappeti)

No

Sì

Cambiato casa

No

Sì

Altro (*specificare*) _____

6.6. In generale, quanto direbbe che sono stati tenuti sotto controllo i sintomi dell'asma di suo figlio **negli ultimi 12 mesi**?

Ben controllati

Abbastanza controllati

Scarsamente controllati

Non controllati affatto

6.7. **Negli ultimi 12 mesi**, suo figlio ha usato medicine per i sibili o l'asma (compresse, bombole spray, aerosol o altri rimedi)?

No

Sì

TOSSE E CATARRO

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

No



*passi alla
domanda
numero 8*

Sì, per meno di
1 mese all'anno

Sì, per 1 o 2
mesi all'anno

Sì, per 3 o più
mesi all'anno



- Da quanti anni ha questa tosse? ANNI

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

No



*passa alla
domanda
numero 9*

Sì, per meno di
1 mese all'anno

Sì, per 1 o 2
mesi all'anno

Sì, per 3 o più
mesi all'anno



- Da quanti anni ha questo catarro? ANNI

9. **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha avuto per più di 7 giorni consecutivi al di fuori dei comuni raffreddori, muco nasale con naso chiuso e tosse frequente soprattutto notturna?

No



*passi alla
domanda
numero 10*

Sì



- Quante volte è successo **negli ultimi 12 mesi**?

1-2 volte

3-4 volte

di continuo per un periodo superiore a 3 mesi

DISTURBI NASALI

Tutte le seguenti domande sui disturbi nasali si riferiscono a problemi che suo figlio può aver avuto AL DI FUORI dei comuni raffreddori o influenza.

10. 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 11

- **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

Sì

passi alla domanda numero 11

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

No

Sì

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

Gennaio

Aprile

Luglio

Ottobre

Febbraio

Maggio

Agosto

Novembre

Marzo

Giugno

Settembre

Dicembre

- **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

Moderatamente

Molto

11. Suo figlio ha mai avuto il raffreddore primaverile (raffreddore da pollini)?

No

Sì

12. Suo figlio ha mai avuto il raffreddore allergico da cause diverse dal polline?

No

Sì

12.1. A che età è iniziato il raffreddore allergico?

ANNI

12.2. Suo figlio soffre ancora di raffreddore allergico?

No

Sì

- A che età ha avuto per l'ultima volta il raffreddore allergico? ANNI

12.3. Suo figlio è mai stato sottoposto ai seguenti esami per il raffreddore allergico:

- prove allergiche sulla pelle (test cutanei)?

No

Sì

- prove allergiche sul sangue (RAST)?

No

Sì

12.4. **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha usato medicine per il raffreddore allergico (compresse, bombolette spray, aerosol o altri rimedi)?

No

Sì

DISTURBI DELLA PELLE

13. 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

14. Suo figlio ha mai avuto l'eczema?

- No Sì

↓
- Suo figlio è mai stato sottoposto ai seguenti esami per l'eczema:

- prove allergiche sulla pelle (test cutanei)? No Sì
- prove allergiche sul sangue (RAST)? No Sì

- **Negli ultimi 12 mesi** suo figlio ha usato medicines per l'eczema (compresse, pomate, creme o altri rimedi)?

- No Sì

ALTRI DISTURBI E ALCUNE CARATTERISTICHE DI SUO FIGLIO

15. Suo figlio si lamenta di mal di testa al mattino?

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

16. Suo figlio è agitato, nervoso?

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

17. Suo figlio ha difficoltà a rimanere concentrato su qualche cosa per più di pochi attimi?

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

18. Come definirebbe il rendimento scolastico di suo figlio?

- Ottimo Buono Sufficiente Scarso

19. Suo figlio ha mai sofferto di mal di denti?

- No Sì

↓
- Suo figlio ha mai sofferto di mal di denti **negli ultimi 12 mesi**?

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

20. Suo figlio ha un importante problema di salute?

No Sì → indicare quale _____

21. Suo figlio è stato operato di adenoidi? No Sì

22. Suo figlio è stato operato di tonsille? No Sì

23. Negli **ultimi 12 mesi** suo figlio è stato ricoverato o si è rivolto a un Pronto Soccorso per una o più delle seguenti condizioni?

- Influenza No
 Sì, 1-2 volte
 Sì, 3 o più volte
 Non so, non ricordo

- Bronchite No
 Sì, 1-2 volte
 Sì, 3 o più volte
 Non so, non ricordo

- Polmonite o broncopolmonite No
 Sì, 1-2 volte
 Sì, 3 o più volte
 Non so, non ricordo

- Laringite No
 Sì, 1-2 volte
 Sì, 3 o più volte
 Non so, non ricordo

- Tonsillite No
 Sì, 1-2 volte
 Sì, 3 o più volte
 Non so, non ricordo

- Faringite No
 Sì, 1-2 volte
 Sì, 3 o più volte
 Non so, non ricordo

MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI

24. Quali malattie infettive ha avuto suo figlio? (segnare con una crocetta tutte le risposte necessarie)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| - Morbillo | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Rosolia | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Epatite virale | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Parotite (orecchioni) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Mononucleosi | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Pertosse (tosse convulsa o canina) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Varicella | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Scarlattina | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Tubercolosi | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Altre malattie esantematiche
(malattie infantili con eruzione della pelle, es. sesta malattia) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Infezioni da vermi o parassiti intestinali | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |

25. Quali vaccinazioni sono state somministrate a suo figlio?
(segnare con una crocetta tutte le risposte necessarie)

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| - Anti-polio | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Trivalente (tetano, difterite, pertosse) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Bivalente (tetano, difterite) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Anti-morbillo | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Anti-rosolia | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Anti-parotite | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Anti-epatite B | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |
| - Anti-emofilo b (<i>Haemophilus Influenzae</i>) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so, non ricordo |

ABITUDINI DI VITA

26. 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

27. Durante una normale settimana, quante ore al giorno (su 24 ore) suo figlio guarda la televisione o il computer (internet) o gioca con i videogiochi (sommare il tempo TV + computer + videogiochi) ?

- Meno di 1 ora
- Fra 1 e 3 ore
- Fra 3 e 5 ore
- Più di 5 ore

28. Durante una normale settimana, quante ore al giorno (su 24 ore) suo figlio gioca all'aria aperta?

- Meno di 1 ora
- Fra 1 e 3 ore
- Fra 3 e 5 ore
- Più di 5 ore

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

- No
- Sì
- Non so



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

- Per quanti mesi in tutto ha frequentato l'asilo nido? MESI

- Quanti altri bambini frequentavano l'asilo nido insieme a suo figlio?

- Più di 10
- Meno di 10

SEZIONE 2- I FAMILIARI

LA MADRE (O CHI NE FA LE VECI)

30. Indicare se le informazioni seguenti si riferiscono a:

- Madre naturale
 Madre acquisita
 Altro _____

(specificare)

31. In quale anno è nata la madre? 19

32. Qual è la regione italiana o lo stato estero di nascita della madre?

33. Qual è il livello di istruzione della madre?

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

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

- Occupata
 Disoccupata in cerca di nuova occupazione
 In cerca di prima occupazione
 Casalinga
 Studentessa
 Ritirata dal lavoro
 In altra condizione _____

(specificare)

34a. Indichi, tra le seguenti categorie professionali, quella che meglio descrive l'attuale lavoro della madre (o l'ultimo lavoro svolto).

• **Alle dipendenze** come:

- dirigente
 direttivo/quadro/funzionaria (include i docenti di scuola secondaria)
 tecnica o impiegata ad alta/media qualificazione (ad es. analisti di dati, geometri, periti tecnici, impiegate amministrative, infermiere, docenti di scuole materne ed elementari)
 impiegata esecutiva (es. segretarie, personale di sportello)
 capo operaia, operaia specializzata
 operaia generica, lavoratrice manuale, personale ausiliario (ad es. braccianti, usciere, commesse, cameriere)

• **In modo autonomo** come:

- imprenditrice
 libera professionista (include persone con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o di collaborazione occasionale)
 lavoratrice in proprio (include commercianti, artigiani, coadiuvanti e soci di cooperativa)

35. La madre ha mai fumato sigarette?

No, non ha mai fumato



*passi alla
domanda
numero 36*

Sì, ma ha smesso nell'anno



Sì, fuma attualmente



Se fuma o ha fumato:

- Quante sigarette fuma o fumava al giorno? SIGARETTE

- Ha fumato prima della gravidanza di suo figlio? No Sì



- Quante sigarette al giorno? SIGARETTE

- Ha fumato durante la gravidanza di suo figlio? No Sì



- Quante sigarette al giorno? SIGARETTE

- Ha fumato durante il 1° anno di vita di suo figlio? No Sì



- Quante sigarette al giorno? SIGARETTE

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

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| - Asma | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Rinite allergica primaverile | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Eczema | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Bronchite cronica o enfisema | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Più di un episodio di bronchite asmatica o bronchiolite o broncopolmonite nei primi 2 o 3 anni di vita | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |

IL PADRE (O CHI NE FA LE VECI)

37. Indicare se le informazioni seguenti si riferiscono a:

- Padre naturale
 Padre acquisito
 Altro _____
(specificare)

38. In quale anno è nato il padre? 19

39. Qual è la regione italiana o lo stato estero di nascita del padre?

40. Qual è il livello di istruzione del padre?

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

41. Indichi, tra le seguenti situazioni lavorative, quella che descrive l'attuale condizione professionale del padre.

- Occupato
 Disoccupato in cerca di nuova occupazione
 In cerca di prima occupazione
 Studente
 In servizio di leva o in servizio civile sostitutivo
 Ritirato dal lavoro
 In altra condizione _____
(specificare)

41a. Indichi, tra le seguenti categorie professionali, quella che meglio descrive l'attuale lavoro del padre (o l'ultimo lavoro svolto).

• **Alle dipendenze** come:

- dirigente
 direttivo/quadro/funziionario (include i docenti di scuola secondaria)
 tecnico o impiegato ad alta/media qualificazione (ad es. analisti di dati, geometri, periti tecnici, impiegati amministrativi, infermieri, docenti di scuole materne ed elementari, sottufficiali)
 impiegato esecutivo (es. segretari, personale di sportello)
 capo operaio, operaio specializzato
 operaio generico, lavoratore manuale, personale ausiliario (ad es. braccianti, uscieri, commessi, manovali, camerieri e militari fino al grado di caporal maggiore)

• **In modo autonomo** come:

- imprenditore
 libero professionista (include persone con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o di collaborazione occasionale)
 lavoratore in proprio (include commercianti, artigiani, coadiuvanti e soci di cooperativa)

42. Il padre ha mai fumato sigarette?

No, non ha mai fumato

Sì, ma ha smesso nell'anno

Sì, fuma attualmente

passi alla
domanda
numero 43

Se fuma o ha fumato:

- Quante sigarette fuma o fumava al giorno? SIGARETTE

43. Il padre ha mai avuto una delle seguenti condizioni? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| - Asma | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Rinite allergica primaverile | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Eczema | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Bronchite cronica o enfisema | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Più di un episodio di bronchite asmatica o bronchiolite o broncopolmonite nei primi 2 o 3 anni di vita | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |

FRATELLI E SORELLE

44. Suo figlio è nato da parto gemellare?

No

Sì

Non so

passi alla
domanda
numero 45

- I gemelli sono uguali come gocce d'acqua (omozigoti)? No Sì

- Quanti sono i gemelli di suo figlio (lui escluso)? NUMERO

45. Quanti fratelli o sorelle più grandi ha suo figlio? NUMERO

46. Quanti fratelli o sorelle più piccoli ha suo figlio? NUMERO

Se suo figlio ha fratelli o sorelle, risponda alla domanda 47; altrimenti passi alla domanda 48.

47. I fratelli o le sorelle di suo figlio hanno mai avuto una delle seguenti condizioni? (*segnare tutte le caselle necessarie*)

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| - Asma | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Rinite allergica primaverile | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Eczema | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Bronchite cronica o enfisema | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |
| - Più di un episodio di bronchite asmatica o bronchiolite o broncopolmonite nei primi 2 o 3 anni di vita | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> Non so |

SEZIONE 3 - L'ABITAZIONE

48. Suo figlio vive nella attuale abitazione fin dalla nascita?

No
↓

Sì → *passi alla domanda numero 49*

- Da quanti anni vive nella attuale abitazione?

□□ ANNI

49. Quante stanze (esclusi corridoi, bagni e cucina) ha la sua abitazione?

□□ NUMERO

50. Quante persone, in totale, abitano nella sua abitazione (compreso suo figlio)?

□□ NUMERO

51. La stanza dove dorme suo figlio è:

- bene esposta al sole
- abbastanza esposta al sole
- poco esposta al sole
- il sole non vi batte mai

52. Nella stanza dove dorme suo figlio ha mai notato, sulle pareti o sui soffitti, macchie di umidità oppure muffe o funghi?

No Sì Non so

53. Suo figlio ha mai avuto in casa uno dei seguenti animali?
(segnare tutte le caselle necessarie)

	mai	negli ultimi 12 mesi	in altro periodo
- Cane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. **Attualmente** qualcuno fuma nella sua abitazione?

No Sì
↓ ↓

passi alla domanda numero 55

- Quante persone, in totale, fumano nell'abitazione?

□□ NUMERO

55. Quale combustibile viene generalmente usato per cucinare? (segnare tutte le caselle necessarie)

- Elettricità
- Gas
- Legna o carbone
- Altro _____

(specificare)

56. Suo figlio sta in cucina durante la cottura dei cibi?

- Mai
- Talvolta
- Spesso
- Sempre

57. Quale combustibile viene generalmente usato per il riscaldamento dell'abitazione?

(segnare tutte le caselle necessarie)

- Elettricità
- Gas
- Gasolio/kerosene
- Teleriscaldamento
- Legna o carbone
- Altro _____

(specificare)

58. C'è uno scaldabagno (boiler) a gas situato all'interno dei locali dell'abitazione?

- No Sì

59. Con quale frequenza vengono utilizzati i seguenti prodotti per la pulizia della casa?

(segnare tutte le caselle necessarie)

	Mai	Qualche volta (1-3 volte al mese o meno)	Spesso (1- 2 volte alla settimana)	Sempre (3 o più volte alla settimana)
- Varechine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prodotti contenenti ammoniaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prodotti contenenti lisoformio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prodotti contenenti anticalcare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alcool denaturato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cere per pavimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. A quale piano è situata la sua abitazione?

(segnare il piano più basso se la sua abitazione è a più livelli)

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

Chi ha risposto al questionario?

- Madre
- Padre
- Entrambi
- Altra persona

GRAZIE PER LA GENTILE COLLABORAZIONE

OSSERVAZIONI SONO GRADITE
