Piccolipiù

ARRUOLAMENTO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DI UNA COORTE NAZIONALE DI NATI

Pic
co
li
più

crescere è
un progetto meraviglioso

Questionario 24 mesi

Etichetta
Codice identificativo
FAMIGLIA

_____

Cara mamma,

ci rivolgiamo ancora una volta a te. Già nei precedenti questionari ci hai dedicato un po' del tuo tempo per raccontarci alcuni avvenimenti della vita familiare e le tappe di crescita del tuo **Piccolopiù**.

Sappiamo che alcune domande, presenti già nei precedenti questionari, potrebbero sembrare ripetitive, tuttavia sono importanti ai fini della ricerca scientifica che stiamo svolgendo.

Abbiamo cercato di rendere la compilazione più semplice migliorando la grafica e accogliendo i suggerimenti di tutti i genitori Piccolipiù.

Ricordati di prendere il libretto o altri fogli compilati dal pediatra, il diario, eventuali documenti dell'ospedale se il bambino è stato malato.

Ti chiediamo di compilare attentamente questo questionario, ricordandoti che, qualora tu fossi impossibilitata a farlo, il padre del tuo bambino o il tuo partner potrà farlo al posto tuo.

Il tempo richiesto per rispondere a tutte le domande è di circa 30 minuti.

PRIMA DI INIZIARE FAI ATTENZIONE ALLE SEGUENTI ISTRUZIONI:

1) Nelle domande in cui trovi la frase "*(possibili più risposte)*", potrai dare anche più di una risposta, barrando quindi anche più caselle. Se non trovi questa frase dovrai dare una sola risposta.

Esempio:

Con chi guarda di solito la televisione/DVD/computer/tablet/telefono cellulare?
(possibili più risposte)

☐ da solo
☒ me e/o il mio partner
☒ i fratelli

2) In alcune domande ti chiederemo di scrivere in un apposito spazio: compila queste domande scrivendo in maniera leggibile, preferibilmente in STAMPATELLO.

Esempio:

Tra i 12 e i 24 mesi di vita, scrivi tutti gli indirizzi dove il bambino ha passato mediamente e abitualmente 5-6 ore al giorno, senza considerare la notte:

Casa: Indirizzo PIAZZA MAZZINI n. 13A Comune ROMA CAP 00195

3) Nelle domande fatte a tabella, dove ti chiediamo di dare una risposta (nell'esempio "Sì" o "No" o "Non ricordo"), è importante barrare sempre una delle risposte anche se la risposta è NO e non lasciare in bianco.

Esempio:

	SI	NO	NON SO / NON RICORDO
Il tuo bambino copia le cose che fai tu, come ad esempio accarezzare una bambola o un orsacchiotto?	☒	☐	☐

4) In alcune domande dovrai 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.

Esempio:

Quante sigarette fumi abitualmente al giorno?
Se fumi tra 4 e 5 sigarette metti "4" oppure "5" e non "4-5".

5) Fai attenzione a compilare anche la domanda indicata dalla freccia arancione quando questa è presente.

Grazie e buona compilazione!

Ci risentiremo quando il tuo **Piccolopiù** avrà tre-quattro anni.

Se nel frattempo hai intenzione di cambiare casa o i tuoi recapiti telefonici, comunicacelo tramite il sito www.piccolipiu.it oppure telefona o scrivi al personale del tuo centro di riferimento.

LE SEZIONI DEL QUESTIONARIO

Sezione 1. La salute del bambino 5
Sezione 2. Infortuni e incidenti 11
Sezione 3. Accudimento del bambino 13
Sezione 4. Televisione ed altro (computer, tablet, DVD, telefono cellulare) 14
Sezione 5. Alimentazione 15
Sezione 6. Il sonno 17
Sezione 7. Occupazione materna e paterna 19
Sezione 8. La casa 21
Sezione 9. Abitudine al fumo 23
Sezione 10. Lo sviluppo e la crescita del bambino 24
Sezione 11. Il tuo stato d'animo 28
Sezione 12. Valutazioni finali 30

Cara mamma di _____,

per noi è molto importante avere i tuoi dati aggiornati.

Ti preghiamo di scrivere quindi nuovamente i tuoi recapiti, compilando possibilmente tutti i campi qui sotto:

Indirizzo _____ Numero civico _____

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

Telefono cellulare mamma _____

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

Telefono fisso _____

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

E-mail _____@_____

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

0.1 Hai avuto un altro bambino da quando _____ è nato/a?

☐ NO ►► *andare alla domanda successiva 0.2*

☐ SI

Se SI,
0.1.1 Puoi indicarci la sua data di nascita? (es. 03/07/2011) |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
giorno *mese* *anno*

0.2 Chi vive a casa con te, oltre a _____ ? *(possibili più risposte)*

☐ vivo sola

☐ il padre del bambino

☐ il mio partner (diverso dal padre del bambino)

☐ altri figli o altri bambini di età inferiore ai 12 anni ►► Numero bambini |__|__|

☐ i figli o altri ragazzi di età tra i 12 e i 17 anni ►► Numero ragazzi |__|__|

☐ altri adulti (genitori/suoceri, amici, altro) ►► Numero adulti |__|__|

Sezione 1. La salute del bambino

1.1 Nel secondo anno di vita (dal 12° al 24° mese) il bambino ha avuto otite, faringite, infezioni della gola?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
1.1.1 Quante volte dal 12° al 24° mese? *(si intende almeno una di queste malattie; se non ricordi il numero preciso segna l'intervallo di volte che ti sembra più vicino a ciò che ricordi)*

☐ da 1 a 3 volte ☐ da 4 a 6 volte ☐ più di 6 volte

Nel secondo anno di vita (dal 12° al 24° mese) il bambino ha avuto:
(rispondere SI o NO per tutte le seguenti diagnosi elencate)

1.2 Diarrea con più di 6 scariche al giorno (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

1.3 Febbre uguale o superiore a 38°C (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,
1.3.1 Quante volte? *(se non ricordi il numero preciso, scrivi un numero approssimativo)*
|__|__|

1.4 Sibili o fischi al torace (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,
1.4.1 Quanti episodi di sibili o fischi al torace ha avuto? |__|__| n° episodi
1.4.2 I sibili o i fischi hanno in genere disturbato il sonno del bambino? ☐ NO ☐ SI

1.5 Tosse e catarro nella maggior parte dei giorni (4 o più alla settimana) al di fuori dei comuni raffreddori (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,

1.5.1 Per quanti mesi all'anno?

☐ meno di 1 mese all'anno ☐1 o 2 mesi all'anno ☐ 3 o più mesi all'anno

Nel secondo anno di vita (dal 12° al 24° mese) un medico ha mai fatto al bambino una diagnosi di: *(rispondere SI o NO per tutte le seguenti diagnosi elencate)*

1.6 Asma (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,

1.6.1 A che mese è successo per la prima volta?

|__|__| mese ☐ non ricordo

1.7 Bronchite asmatica o broncospasmo (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,

1.7.1 Quante volte? *(se non ricordi il numero preciso, scrivi un numero approssimativo)*

|__|__|

1.8 Bronchiolite (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,

1.8.1 Quante volte? *(se non ricordi il numero preciso, scrivi un numero approssimativo)*

|__|__|

1.9 Bronchite (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,
1.9.1 Quante volte? *(se non ricordi il numero preciso, scrivi un numero approssimativo)*
|__|__|

1.10 Broncopolmonite o polmonite (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,
1.10.1 Quante volte? *(se non ricordi il numero preciso, scrivi un numero approssimativo)*
|__|__|

1.11 Laringite o laringospasmo o croup (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

Se SI,
1.11.1 Quante volte? *(se non ricordi il numero preciso, scrivi un numero approssimativo)*
|__|__|

1.12 Almeno 4 episodi di otite (dal 12° al 24° mese) *(se ha avuto l'otite meno di 4 volte segna "NO")*

☐ NO
☐ SI

1.13 Eczema o dermatite atopica (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

1.14 Infezioni delle vie urinarie (dal 12° al 24° mese)

☐ NO
☐ SI

1.15 Dalla nascita ad ora è stata diagnosticata al bambino una malattia o una condizione patologica cronica (comprese le malformazioni congenite)?

☐ NO

☐ SI

Se SI,

1.15.1 Quali? *(specificare tutte le malattie o condizioni)*

_____

_____

_____

_____

1.16 Nel secondo anno di vita (dal 12° al 24° mese) il bambino è stato mai portato in Pronto Soccorso? *(si intende un periodo di osservazione di meno di 24 ore)*

☐ NO

☐ SI

Se SI,

1.16.1 Qual è stato il numero totale di volte in cui è stato portato in Pronto Soccorso?

|__|__|

1.16.2 Per quali motivi? *(mettere la crocetta su 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)

☐ dolore addominale

☐ diarrea, vomito, gastroenterite

☐ convulsioni febbrili o convulsioni

☐ cadute o ferite o traumi

☐ problemi di alimentazione o di scarsa crescita

☐ altri motivi per l'accesso in Pronto Soccorso *(specificare)* _____

_____

_____

_____

_____

1.17 Nel secondo anno di vita (dal 12° al 24° mese) il bambino è stato mai ricoverato in Ospedale per più di 24 ore?

☐ NO
☐ SI

Se SI,

1.17.1 Qual è stato il numero totale di ricoveri? |__|__|

1.17.2 Per quale motivo è stato ricoverato? *(mettere la crocetta su 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)
☐ dolore addominale
☐ diarrea, vomito, gastroenterite
☐ convulsioni febbrili o convulsioni
☐ cadute o ferite o traumi
☐ problemi di alimentazione o di scarsa crescita
☐ altri motivi di ricovero *(specificare)* _____

_____
_____
_____
_____

1.18 Nel secondo anno di vita (dal 12° al 24° mese) quali di queste vitamine o farmaci ha assunto il bambino? *(mettere la crocetta accanto ad ogni farmaco che il bambino ha preso e scrivere in STAMPATELLO il nome e per quanti mesi lo ha preso)*

☐ nessuna vitamina o farmaco ►► *andare alla domanda 1.19*
☐ vitamina D

Se SI,

1.18.1 Quali sono i nomi? _____

_____
_____

1.18.2 Per quanti mesi in totale? |__|__| mesi

☐ altre vitamine

Se SI,

1.18.3 Quali sono i nomi? _____

_____

_____

1.18.4 Per quanti mesi in totale? |__|__| mesi

☐ paracetamolo (ad es. Tachipirina, Babyrinolo, Efferalgan)

Se SI,

1.18.5 Quali sono i nomi? _____

_____

_____

1.18.6 In quante occasioni in totale? |__|__|

1.18.7 Quando ha preso il paracetamolo aveva almeno in una occasione anche fischi e sibili al torace oppure una diagnosi di bronchiolite o di bronchite asmatica o di asma?

☐ NO ☐ SI

1.19 Nell'ultima settimana, quante volte ha fatto la cacca il tuo bambino?
(possibile solo una risposta)

☐ mai
☐ una volta
☐ due volte
☐ più di tre volte
☐ tutti i giorni, anche più di una volta al giorno

1.20 Il tuo bambino di solito assume lassativi (compresi farmaci o erbe) o esegue clisteri per fare la cacca?

☐ mai
☐ solo in alcune occasioni *(ad es. quando cambia ambiente o alimentazione durante un viaggio, etc.)*
☐ sì, alcune volte
☐ sì, spesso

Sezione 2. Infortuni e incidenti

2.1 Nel secondo anno di vita (dal 12° al 24° mese) il tuo bambino ha mai avuto un infortunio o un incidente anche se di lieve entità?

☐ NO ►► *andare alla Sezione 3 "Accudimento del bambino"*

☐ SI

Se SI,

2.1.1 Di che tipo? *(possibili più risposte)*

☐ brutta caduta da un piano rialzato *(ad es. letto, sedia, fasciatoio, dalle braccia, ecc.)*
►► *compila anche la domanda successiva 2.2*

☐ scottatura o bruciatura *(ad es. con fiamma del piano cottura, pentole, 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)* _____

_____

2.2 Descrivi per ognuna delle brutte cadute le seguenti informazioni:
(se le cadute sono più di 3, indicare solo le 3 più gravi)

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? *(possibili più risposte)*

☐ ecchimosi (livido) ☐ sanguinamento
☐ ferita da taglio ☐ frattura
☐ contusione ☐ trauma alla testa o intracranico
☐ lesione ad organi interni *(ad es. milza, polmone, intestino)*
☐ niente di tutto ciò ☐ 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? *(possibili più risposte)*
☐ ecchimosi (livido) ☐ sanguinamento
☐ ferita da taglio ☐ frattura
☐ contusione ☐ trauma alla testa o intracranico
☐ lesione ad organi interni *(ad es. milza, polmone, intestino)*
☐ niente di tutto ciò ☐ 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? *(possibili più risposte)*
☐ ecchimosi (livido) ☐ sanguinamento
☐ ferita da taglio ☐ frattura
☐ contusione ☐ trauma alla testa o intracranico
☐ lesione ad organi interni *(ad es. milza, polmone, intestino)*
☐ niente di tutto ciò ☐ 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 3. Accudimento del bambino

3.1 Tra i 12 e i 24 mesi il bambino ha frequentato un asilo-nido pubblico o privato?

☐ NO
☐ SI

Se SI,

3.1.1 Tra i 12 e i 24 mesi per quanti mesi ha frequentato l'asilo-nido? |__|__| mesi

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

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

3.2 Tra i 12 e i 24 mesi, chi ha accudito il bambino in maniera continuativa? *(per "maniera continuativa" si intende almeno 5 ore a settimana per almeno 1 mese, sono possibili più risposte)*

☐ io
☐ gli educatori dell'asilo nido
☐ il padre del bambino/partner
☐ i nonni
☐ la babysitter/tata/ragazza alla pari
☐ i parenti/conoscenti

3.3 Tra i 12 e i 24 mesi, scrivi tutti gli indirizzi dove il bambino ha passato mediamente e abitualmente 5-6 ore al giorno per almeno 4 giorni a settimana, senza considerare la notte:

ATTENZIONE: *Rispondi attentamente a questa domanda perché è molto utile al fine di valutare la relazione tra gli inquinanti atmosferici e la salute.*
È molto importante scrivere oltre al comune anche il CAP (codice di avviamento postale) perché, per chi abita in città, può essere diverso a seconda della via.

Compila scrivendo in modo chiaro e in STAMPATELLO come nell'esempio seguente:

Casa: Indirizzo VIA FRANCO SACCHETTI n° 53 Comune ROMA Cap 00199

Casa	Indirizzo _____	n°___	Comune _____	CAP _____
Nonni materni	Indirizzo _____	n°___	Comune _____	CAP _____
Nonni paterni	Indirizzo _____	n°___	Comune _____	CAP _____
Nido	Indirizzo _____	n°___	Comune _____	CAP _____
Altro	Indirizzo _____	n°___	Comune _____	CAP _____

Sezione 4. Televisione ed altro (computer, tablet, DVD, telefono cellulare)

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

4.1 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
- ☐ meno di 1 ora al giorno
- ☐ 1-2 ore al giorno
- ☐ 3-4 ore al giorno
- ☐ più di 4 ore al giorno

Fine settimana e giorni festivi

- ☐ mai
- ☐ meno di 1 ora al giorno
- ☐ 1-2 ore al giorno
- ☐ 3-4 ore al giorno
- ☐ più di 4 ore al giorno

4.2 Quando il bambino guarda la televisione o altro (DVD/computer/tablet/telefono cellulare), di solito è impegnato anche in altre attività? *(possibili più risposte)*

- ☐ no
- ☐ sì, mangia
- ☐ sì, gioca
- ☐ sì, altre attività *(specificare, in STAMPATELLO)* _____

4.3 Con chi guarda di solito la televisione/DVD/computer/tablet/telefono cellulare? *(possibili più risposte)*

- ☐ da solo
- ☐ i genitori
- ☐ i fratelli
- ☐ i nonni
- ☐ la babysitter
- ☐ altre persone

Sezione 5. Alimentazione

5.1 Hai allattato al seno il bambino tra i 12 e i 24 mesi?

☐ sì, allatto ancora
☐ sì, ma ho smesso al mese |__|__|
☐ no

ATTENZIONE: *Da qui in poi fai riferimento all'ultimo mese.*

5.2 Di solito il tuo bambino mangia da solo, senza che sia imboccato?

☐ no, quasi mai
☐ sì, qualche volta
☐ sì, quasi sempre

5.3 Di solito, a pranzo o a cena, quando è a casa con la famiglia, il tuo bambino mangia: *(possibile solo una risposta)*

☐ lo stesso cibo preparato per il resto della famiglia
☐ un pasto preparato solo per lui

5.4 Di solito, a pranzo o a cena, il tuo bambino mangia: *(possibile solo una risposta)*

☐ a tavola con il resto della famiglia (anche sul seggiolone, ma insieme a tutti gli altri)
☐ in un momento separato dal resto della famiglia

5.5 Leggi le seguenti affermazioni e scegli la risposta che meglio descrive le abitudini del tuo bambino: *(fai riferimento all'ultimo mese)*

	Mai	*Quasi mai*	*A volte*	*Spesso*	*Sempre*
5.5.1 è interessato al cibo	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.2 mangia di meno quando è agitato o stanco	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.3 ha molto appetito	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.4 mangia in fretta	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.5 chiede da bere in continuazione	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.6 ama assaggiare nuovi cibi	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.7 mangia lentamente (più di 30 minuti)	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.8 chiede da mangiare in continuazione	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.9 mangia una grande varietà di cibi	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.10 finisce tutto quello che c'è nel piatto	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.11 non vede l'ora che arrivi il momento dei pasti	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.12 è sazio già prima di finire il pasto	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.13 mangia di più quando si annoia	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.14 anche se sazio, trova spazio per i suoi cibi preferiti	☐	☐	☐	☐	☐
5.5.15 decide che non gli piace un cibo ancora prima di assaggiarlo	☐	☐	☐	☐	☐

5.6 Quali pasti fa di norma il tuo bambino durante la giornata? *(possibili più risposte)*

☐ colazione
☐ pranzo
☐ merenda
☐ cena
☐ spuntini frequenti durante l'arco della giornata

5.7 Di solito il tuo bambino mangia alcuni dei seguenti cibi a merenda? *(possibili più risposte)*

☐ non mangia spuntini/merende
☐ biscotti/prodotti da forno/dolci
☐ merendine confezionate
☐ crackers/grissini
☐ pizza/focaccia
☐ patatine/popcorn
☐ gelato
☐ altro *(specificare)* _____

5.8 Ti chiediamo ora di riportare nella seguente tabella quanto frequentemente il tuo bambino mangia alcuni alimenti: *(una sola crocetta per domanda)*

BEVANDE O ALIMENTI CON ZUCCHERO					
	Mai	*Meno di 1 volta a sett*	*1-3 volte a sett*	*4-6 volte a sett*	*Tutti i giorni*
5.8.1 bevande zuccherate *(thè, cola, aranciata etc)*	☐	☐	☐	☐	☐
5.8.2 succhi di frutta confezionati	☐	☐	☐	☐	☐
5.8.3 bevande al cioccolato	☐	☐	☐	☐	☐
5.8.4 zucchero	☐	☐	☐	☐	☐
5.8.5 miele	☐	☐	☐	☐	☐
5.8.6 caramelle	☐	☐	☐	☐	☐

Sezione 6. Il sonno

In questa sezione fai riferimento all'ultima settimana.
Se il bambino fosse malato fai riferimento all'ultima settimana in cui è stato bene.

6.1 Quante ore dorme il bambino in media per notte (fra le 8 di sera e le 8 del mattino)?
(specificare sempre sia l'ora sia i minuti. Ad es. **ore |0|8| minuti |0|0|** *)*

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

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

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

6.3 Il bambino dorme per la maggior parte del tempo?
(una sola risposta indicando quella più frequente)

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

6.4 A che ora si addormenta di solito il bambino la sera?

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

6.5 Il bambino si sveglia di notte?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
6.5.1 Si sveglia tutte le notti? ☐ no ☐ sì
6.5.2 Quante notti si è svegliato nell'ultima settimana? |__|__|
6.5.3 Quante volte si sveglia in media durante la notte?
(specificare il numero di volte mettendo un numero intero, se non si sveglia scrivi "0")
|__|__| n° volte

6.6 Quanto tempo sta sveglio il bambino durante la notte (fra le 10 di sera e le 6 del mattino)?

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

6.7 Quanto tempo impiega il bambino ad addormentarsi la sera di solito? *(una sola risposta)*

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

6.8 Come si addormenta il bambino di solito? *(possibile più di una risposta)*

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

6.9 Il bambino ha qualche oggetto che usa per "conforto"? *(ciuccio, dito in bocca, coperta, peluche, giochino etc.)*

☐ NO
☐ SI

6.10 Pensi che il bambino abbia problemi di sonno?

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

6.11 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)

Sezione 7. Occupazione materna e paterna

7.1 Cara mamma, <u>attualmente</u> sei:

☐ occupata ►► *compila anche le domande 7.1.1 e 7.1.2*
☐ occupata in congedo di maternità
☐ disoccupata
☐ non occupata e non in cerca di lavoro
☐ casalinga
☐ studentessa
☐ altro (*specificare*) _____

Se hai risposto "occupata":

7.1.1 La tua condizione professionale <u>attuale</u> è:

☐ 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)*_____

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

_____
_____
_____
_____

7.2 Hai usufruito della cassa integrazione negli ultimi 12 mesi?

☐ NO
☐ SI ►► per |__|__| settimane in tutto

7.3 **Attualmente il tuo partner è:**

☐ occupato ►► *compila anche le domande 7.3.1 e 7.3.2*
☐ disoccupato
☐ non occupato e non in cerca di lavoro
☐ studente
☐ altro *(specificare)* _____

Se hai risposto "occupato":

7.3.1 Qual è la condizione professionale attuale del tuo partner?

☐ 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)*_____

7.3.2 Quale mansione svolge attualmente il tuo partner?

_____
_____
_____
_____

7.4 Il tuo partner ha usufruito della cassa integrazione negli ultimi 12 mesi?

☐ NO
☐ SI ►► per |__|__| settimane in tutto

Sezione 8. La casa

8.1 Dai 12 ai 24 mesi di vita il tuo bambino ha condiviso la camera da letto con altre persone?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
8.1.1 Con chi? *(possibili più risposte)*

☐ genitori
☐ fratelli o altri bambini
☐ altro *(specificare)* _____

8.2 Nella tua casa ci sono macchie di muffa o funghi visibili sui muri o sul soffitto?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
8.2.1 Queste macchie sono presenti nella camera dove dorme il bambino?

☐ NO
☐ SI

8.3 Nella tua casa ci sono macchie di umidità sui muri o sul soffitto?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
8.3.1 Queste macchie sono presenti nella camera dove dorme il bambino?

☐ NO
☐ SI

8.4 Nella tua casa ci sono animali domestici? *(fai riferimento ad animali che vivono esclusivamente dentro casa, quindi non tenere in considerazione quelli che vivono fuori)*

☐ NO
☐ SI

Se SI,
8.4.1 Quali dei seguenti animali vivono in casa? *(possibili più risposte)*

☐ cane ☐ gatto
☐ roditori ☐ uccelli
☐ altro *(specificare)* _____

8.5 Avete cambiato casa dalla nascita del bambino?

☐ NO

☐ SI

Se SI,

8.5.1 Quando vi siete trasferiti all'attuale indirizzo? |__|__| |__|__|__|__|

mese *anno*

Sezione 9. Abitudine al fumo

9.1 Attualmente fumi?

☐ NO

☐ SI

Se SI,

9.1.1 Quante sigarette fumi abitualmente al giorno?

(scrivere un numero intero, ad es. se fumi 4 o 5 sigarette, scegli tra 4 e 5)

|__|__| sigarette ☐ non fumo tutti i giorni

9.2 Il tuo partner fuma attualmente?

☐ NO

☐ SI

Se SI,

9.2.1 Quante sigarette fuma abitualmente al giorno?

(scrivere un numero intero, ad es. se fuma 4 o 5 sigarette, scegli tra 4 e 5)

|__|__| sigarette ☐ non fuma tutti i giorni

9.3 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 10. Lo sviluppo e la crescita del bambino

10.1 Riporta di seguito il peso e la lunghezza del bambino, meglio se misurati dal pediatra o dal consultorio, e segnati sul diario o sul libretto pediatrico del bambino.
Se il bambino è stato pesato o misurato da te, riporta ugualmente il valore barrando le apposite caselle.

MESE 12 *(misurazione più vicina ai 12 mesi)*		
peso (kg) |__|__|,|__|	☐ l'ho pesato io	☐ non è stato pesato
lunghezza (cm) |__|__|__|	☐ l'ho misurato io	☐ non è stato misurato
data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__|/ |__|__| /|__|__|__|__|		

MESE 18 *(misurazione più vicina ai 18 mesi)*		
peso (kg) |__|__|,|__|	☐ l'ho pesato io	☐ non è stato pesato
lunghezza (cm) |__|__|__|	☐ l'ho misurato io	☐ non è stato misurato
data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__|/ |__|__|/ |__|__|__|__|		

MESE 24 *(misurazione più vicina ai 24 mesi)*		
peso (kg) |__|__|,|__|	☐ l'ho pesato io	☐ non è stato pesato
lunghezza (cm) |__|__|__|	☐ l'ho misurato io	☐ non è stato misurato
data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__|/ |__|__| /|__|__|__|__|		

ULTIMA MISURAZIONE EFFETTUATA (solo se diversa da quella del 24° mese)		
peso (kg) |__|__|,|__|	☐ l'ho pesato io	☐ non è stato pesato
lunghezza (cm) |__|__|__|	☐ l'ho misurato io	☐ non è stato misurato
data della misurazione *(giorno/mese/anno)* |__|__|/ |__|__|/ |__|__|__|__|		

Qui sotto, troverai elencate una serie di azioni. Se hai visto il tuo bambino fare l'attività descritta (o qualcosa di simile), metti una crocetta nella casella corrispondente a "SI", se invece sai che il tuo bambino non è in grado di farla, metti una crocetta nella casella corrispondente a "NO". Se non sei sicura se il bambino può farla oppure no, metti la crocetta nella casella relativa a "NON SO".

Ricordati che non tutti i bambini, anche della stessa età, sono in grado di compiere alcune delle azioni elencate.

Ti ricordiamo inoltre che puoi sospendere il questionario e riprenderlo in un momento successivo, se hai bisogno di controllare cosa sa e cosa non sa fare il tuo bambino.

10.2 Rispondi a tutte le seguenti domande: *(una sola crocetta per domanda: ☒)*
(barrare sempre una delle risposte, anche se la risposta è NO, e non lasciare in bianco)

	Si	No	Non so/ non ricordo
10.2.1 Il tuo bambino copia le cose che fai tu, come ad esempio accarezzare una bambola o un orsacchiotto? *(se non sei sicura, prova ad accarezzare un orsacchiotto e poi dallo al bambino dicendo "Ora fai tu una carezza all'orsacchiotto")*	☐	☐	☐
10.2.2 Se nascondi un giocattolo mentre il tuo bambino può vederti, è capace di cercarlo e ritrovarlo? *(prova a nascondere un giocattolo piccolo sotto un panno o una tazza, e osserva se lo scopre)*	☐	☐	☐
10.2.3 Il tuo bambino sa mettere un pezzo semplice, ad esempio un quadrato o un animale, al posto giusto in un puzzle per bambini?	☐	☐	☐
10.2.4 Ci sono giocattoli che hanno buchi o aperture di forma diversa, ad esempio a cerchio, triangolo, o stella. Il tuo bambino sa inserire i pezzi corrispondenti nelle aperture giuste?	☐	☐	☐
10.2.5 Il tuo bambino è capace di fare una torre con due piccoli cubi o giocattoli messi uno sull'altro?	☐	☐	☐
10.2.6 Il tuo bambino è capace di comporre, da solo, un puzzle o qualcosa di simile dove i pezzi devono incastrarsi l'uno con l'altro? *(se hai risposto "NO" o "NON SO/NON RICORDO" a questa domanda, vai direttamente alla domanda 10.2.7)*	☐	☐	☐
10.2.6.1 *Se hai risposto "SI" alla domanda precedente,* lo sa fare per un puzzle con dieci pezzi o più?	☐	☐	☐
10.2.7 Il tuo bambino sa tracciare un segno su un foglio di carta usando la punta di una matita, di un pastello o di un gessetto?	☐	☐	☐
10.2.8 Il tuo bambino sa disegnare una linea più o meno dritta su un foglio di carta?	☐	☐	☐
10.2.9 Il tuo bambino sfoglia, o prova a sfogliare, le pagine di un libro una alla volta?	☐	☐	☐

	Si	No	Non so/ non ricordo
10.2.10 Il tuo bambino fa mai finta che un certo oggetto, ad esempio un cubo, sia qualcosa di diverso, come una automobilina?	☐	☐	☐
10.2.11 Il tuo bambino è capace di fare da solo una torre con tre piccoli cubi o giocattoli messi uno sull'altro?	☐	☐	☐
10.2.12 Il tuo bambino fa mai finta di fare alcune cose? (*ad es. andare a cavallo o preparare da mangiare)*	☐	☐	☐
10.2.13 Il tuo bambino sa spingere un'automobilina mantenendo le ruote sul pavimento?	☐	☐	☐
10.2.14 Al tuo bambino piace guardare le figure di un libro?	☐	☐	☐
10.2.15 Il tuo bambino indica con il dito le figure di un libro?	☐	☐	☐
10.2.16 Il tuo bambino prova a copiare le cose che fai tu, come ad esempio mescolare con un cucchiaio in una tazza?	☐	☐	☐
10.2.17 Il tuo bambino è capace di fare da solo una torre con sette piccoli cubi o giocattoli messi uno sull'altro?	☐	☐	☐
10.2.18 Se gli chiedi ad esempio "Dove è la luce?", o "Dove è il papà?", o "Dove è l'orsacchiotto?", il tuo bambino indica o mostra dove sono le persone o gli oggetti nominati?	☐	☐	☐
10.2.19 Il tuo bambino fa mai finta che due bambole stiano giocando insieme, o parlino tra di loro, oppure che una dia da mangiare all'altra?	☐	☐	☐
10.2.20 Il tuo bambino gioca mai con altri bambini a far finta di essere qualcun altro, ad esempio una mamma o un papà, un poliziotto, o una maestra?	☐	☐	☐
10.2.21 Il tuo bambino fa mai dei giochi con altri bambini in cui si debba fare a turno?	☐	☐	☐
10.2.22 Il tuo bambino copia mai delle azioni subito dopo averle viste (entro pochi minuti)? *(ad es. dopo che tu gli hai tolto la maglietta, prova a togliersi la canottiera da solo)*	☐	☐	☐
10.2.23 Se glielo chiedi, il tuo bambino è capace di andare da solo a prendere qualcosa, ad esempio un giocattolo, in un'altra stanza?	☐	☐	☐
10.2.24 Il tuo bambino sa dove devono stare alcune cose, ad esempio che i suoi giocattoli stanno sempre in un armadio?	☐	☐	☐
10.2.25 Capita mai che il tuo bambino, di sua iniziativa, metta da parte un biscotto o una merendina da mangiare più tardi?	☐	☐	☐
10.2.26 Hai mai visto il tuo bambino radunare tre o più giocattoli prima di cominciare a giocare con loro?	☐	☐	☐
10.2.27 Hai mai visto il tuo bambino suddividere di sua iniziativa degli oggetti *(ad es. dei cubi o altri giocattoli)* in gruppetti diversi a seconda del tipo?	☐	☐	☐

	Si	No	Non so/ non ricordo
10.2.28 Se il tuo bambino vuole qualcosa che si trova troppo in alto per lui, va a cercare una sedia o una scatola per salirci sopra?	☐	☐	☐
10.2.29 Quando il tuo bambino usa o gioca con il telefono è capace di parlare con la persona che chiama o che fa finta di chiamare?	☐	☐	☐
10.2.30 Se il tuo bambino beve da una tazza, sta attento quando la posa per non rovesciarla?	☐	☐	☐
10.2.31 Il tuo bambino cerca di girare le maniglie delle porte, di far ruotare una trottola, o di avvitare o svitare il coperchio di un barattolo?	☐	☐	☐
10.2.32 Il tuo bambino si riconosce quando si guarda in uno specchio?	☐	☐	☐
10.2.33 Il tuo bambino punta mai l'indice per mostrare quello che gli interessa?	☐	☐	☐

Sezione 11. Il tuo stato d'animo

Questa sessione intende valutare la condizione emotiva della mamma in rapporto al bambino e alle situazioni vissute nelle ultime due settimane. Per questo motivo la riproponiamo anche in questo questionario.

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!).*

11.1 Sei stata in grado di concentrarti sulle cose che facevi?

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

11.2 Hai perso molto sonno per delle preoccupazioni?

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

11.3 Ti sei sentita utile?

☐ più del solito
☐ non più del solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

11.4 Ti sei sentita capace di prendere decisioni?

☐ più del solito
☐ non più del solito
☐ meno del solito
☐ molto meno del solito

11.5 Ti sei sentita costantemente sotto stress (tensione)?

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

11.6 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

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

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

11.8 Sei stata in grado di affrontare i tuoi problemi?

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

11.9 Ti sei sentita molto infelice e depressa?

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

11.10 Hai perso fiducia in te stessa?

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

11.11 Hai pensato di essere una persona senza valore?

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

11.12 Ti sei sentita, tutto sommato, abbastanza contenta?

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

Sezione 12. Valutazioni finali

12.1 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

12.2 Hai letto il Diario dei primi tre anni di vita del bambino che ti abbiamo inviato a casa dopo il suo 1°compleanno?

☐ NO, non l'ho letto
☐ NO, non l'ho ricevuto
☐ SI

Se SI,
12.2.1 Ritieni che gli argomenti trattati siano stati a te utili durante il periodo di crescita del bambino? ☐ NO ☐ SI

12.2.2 Puoi esprimere il tuo grado di soddisfazione?
(in una scala da 1 a 10 specificare il valore che si addice di più)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

12.3 Hai mai visitato il sito internet del progetto Piccolipiù?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
12.3.1 Puoi esprimere il tuo grado di soddisfazione?
(in una scala da 1 a 10 specificare il valore che si addice di più)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

12.4 Segui il progetto Piccolipiù su Facebook?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
12.4.1 Puoi esprimere il tuo grado di soddisfazione?
(in una scala da 1 a 10 specificare il valore che si addice di più)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

12.5 Hai letto almeno una Newsletter?

☐ NO
☐ SI

Se SI,
12.5.1 Puoi esprimere il tuo grado di soddisfazione?
(in una scala da 1 a 10 specificare il valore che si addice di più)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

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

Crisps

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.SIGNORA AL MONTE CALVARIO

SST Azienda USL 12 Viareggio
Servizio Sanitario della Toscana

Progetto finanziato da

REPUBBLICA ITALIANA
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)