# Piccolipiù

ARRUOLAMENTO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DI UNA COORTE NAZIONALE DI NATI

# Questionario 4 anni

## SEZIONI DEL QUESTIONARIO:

Sezione 1. La salute del bambino .....3

Sezione 2. Accudimento del bambino.....8

Sezione 3. Il sonno ..... 10

Sezione 4. Televisione ed altro (computer, tablet, DVD, telefono cellulare) ..... 11

Sezione 5. Occupazione materna e paterna ..... 14

Sezione 6. Il reddito familiare ..... 16

Sezione 7. La casa ..... 17

Sezione 8. Fumo passivo ..... 18

Sezione 9. Il tuo stato d'animo ..... 20

Sezione 10. La qualità della vita ..... 23

codice identificativo

_____

# 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 |__|__|__|__|__| Comune _____ Provincia _____

Telefono cellulare mamma _____

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

Telefono fisso _____

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

E-mail _____@_____

**Hai avuto altri bambini da quando il tuo piccolopiù è nato?**

☐ NO

☐ SI

**Puoi indicarci le date di nascita?**

1°bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
*giorno* *mese* *anno*

2° bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
*giorno* *mese* *anno*

3° bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
*giorno* *mese* *anno*

4° bambino |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
*giorno* *mese* *anno*

**Chi vive a casa con te, oltre al tuo piccolopiù?**
*(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 |__|__|

☐ altri 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

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

## 1.1 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha avuto otite, sinusite, faringite, infezioni della gola?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

*1.1.1 Quante volte?*

*(si intende il totale di tutte queste malattie: ad esempio se ha avuto due volte otite e due volte faringite segna da 4 a 6. Se non ricordi con precisione segna la risposta che ti sembra più vicina a ciò che ricordi)*

☐ da 1 a 3 volte

☐ da 4 a 6 volte

☐ più di 6 volte

☐ non so

## 1.2 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha avuto convulsioni in presenza di febbre?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

## 1.3 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha avuto tosse e catarro nella maggior parte dei giorni (4 o più alla settimana) al di fuori dei comuni raffreddori o dell'influenza?

☐ NO

☐ SI, per meno di un mese negli ultimi 12 mesi

☐ SI, per 1 o 2 mesi negli ultimi 12 mesi

☐ SI, per 3 o più mesi negli ultimi 12 mesi

☐ non so

**1.4 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha avuto sibili o fischi al torace (almeno una volta)?**

☐ NO

☐ SI → *1.4.1 Quanti episodi di sibili o fischi al torace ha avuto negli ultimi 12 mesi?*

|__|__| n° episodi

☐ non so

**1.5 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha avuto attacchi con difficoltà di respiro e mancanza di fiato?**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

**1.6 Dalla nascita fino ai 4 anni un medico ha mai fatto al bambino una diagnosi di asma?**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

**1.7 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha preso farmaci per l'asma o per gli attacchi di difficoltà di respiro o per sibili e fischi al torace?**
*(Si intendono sia farmaci per bocca sia per aerosol che per spray)*

☐ NO

☐ SI → *1.7.1 Quali? (Scrivi il nome di tutti i farmaci che ha preso per questi problemi)*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ non so

**1.8 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto al bambino una diagnosi di bronchite?**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

*1.8.1 Quante volte?*

*(se non lo ricordi con precisione scrivi ugualmente il numero che è più vicino a ciò che ricordi)*

|__|__| volte

**1.9 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto al bambino una diagnosi di broncopolmonite o polmonite?**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

*1.9.1 Quante volte?*

*(se non lo ricordi con precisione scrivi ugualmente il numero che è più vicino a ciò che ricordi)*

|__|__| volte

**1.10 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto al bambino una diagnosi di laringite o laringospasmo o croup?**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

*1.10.1 Quante volte?*

*(se non lo ricordi con precisione scrivi ugualmente il numero che è più vicino a ciò che ricordi)*

|__|__| volte

**1.11 Negli ultimi 12 mesi un medico ha fatto diagnosi di otite almeno 4 volte? (se ha avuto l'otite meno di 4 volte segna NO)**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

**1.12 Negli ultimi 12 mesi Il bambino 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

☐ SI

☐ non so

*1.12.1 Quante volte?*

☐ 1-2 volte

☐ 3-4 volte

☐ di continuo per un periodo superiore a 3 mesi

☐ non so

**1.13 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha russato di notte durante il sonno, al di fuori dei comuni raffreddori?**

☐ no

☐ raramente (meno di 1 volta a settimana)

☐ frequentemente (1-4 volte a settimana)

☐ quasi sempre (5-7 volte a settimana)

☐ non so

*1.13.1 Se SI, qual è stata l'intensità del russamento?*

☐ russamento leggero, simile ad un respiro pesante

☐ russamento di media entità, simile ad un brontolio (si avverte solo se si sta vicini al bambino)

☐ russamento di discreta entità (si avverte entrando nella camera)

☐ russamento di elevata entità (si avverte anche da altre camere)

☐ non so

**DA QUI FAI RIFERIMENTO AL PERIODO CHE VA DALLA NASCITA AL COMPIMENTO DEI 4 ANNI**

**1.14 Dalla nascita fino al compimento dei 4 anni il bambino è stato mai operato di adenoidi?**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

**1.15 Dalla nascita fino al compimento dei 4 anni è stata diagnosticata al bambino una malattia cronica?**

*(ad esempio celiachia, fibrosi cistica, ecc.)*

☐ NO

☐ SI →

☐ non so

*1.15.1 Quali?*

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

**1.16 Dalla nascita fino al compimento dei 4 anni è stata diagnosticata al bambino una condizione o una malformazione congenita?**

*(ad esempio sindrome di down, difetto cardiaco, ecc.)*

☐ NO

☐ SI →

☐ non so

*1.16.1 Quale?* _____

_____

**1.17 Dalla nascita fino al compimento dei 4 anni è stato diagnosticato al bambino criptorchidismo?**

*(Attenzione! rispondi solo se è un maschio)*

☐ NO

☐ SI →

☐ non so

*1.17.1 Si è risolto spontaneamente?*

☐ NO ☐ SI

*1.17.2 È stato operato?*

☐ NO ☐ SI

# Sezione 2. Accudimento del bambino

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

## 2.1 Negli ultimi 12 mesi il bambino ha frequentato la scuola materna?

☐ NO

☐ SI

☐ non so

*2.1.1 Per quante ore al giorno frequenta la scuola materna?*

|__|__| ore

*2.1.2 A quanti mesi ha iniziato la scuola materna?*

|__|__| mesi

*2.1.3 Con che mezzo va a scuola prevalentemente?*
*(una sola risposta indicando quella prevalente)*

☐ a piedi
☐ in bicicletta
☐ in motorino
☐ con i mezzi pubblici
☐ in automobile

## 2.2 Nell'ultimo mese (se sei in ferie fai riferimento all'ultimo mese in cui non eri in ferie) il bambino è stato accudito da nonni/altri parenti in maniera continuativa mentre tu lavoravi o eri fuori casa per altre faccende?

**ATTENZIONE:** per "maniera continuativa" si intende almeno 5 ore a settimana per almeno 1 mese

☐ NO

☐ SI

*2.2.1 Per quante ore a settimana?*

|__|__| ore

**2.3 In riferimento agli ultimi 12 mesi, scrivi tutti gli indirizzi dove il bambino ha passato abitualmente almeno 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 | |
| **Scuola materna** | Indirizzo | | n° | |
| | Comune | | CAP | |
| **Altro** | Indirizzo | | n° | |
| | Comune | | CAP | |

# Sezione 3. Il sonno

**IN QUESTA SEZIONE FAI RIFERIMENTO ALL'ULTIMO MESE (SE IL BAMBINO È STATO MALATO O SIETE STATI IN VACANZA FAI RIFERIMENTO AL PERIODO APPENA PRECEDENTE, DUNQUE QUANDO IL BAMBINO STAVA BENE O QUANDO ERAVATE A CASA VOSTRA)**

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

## 3.1 Quante ore dorme il bambino in media durante il giorno?

*(specificare sempre sia l'ora sia i minuti. Ad es. ore |__|2| minuti |0|0|; se non dorme di pomeriggio scrivi 0)*

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

## 3.2 Quante ore dorme il bambino in media durante la notte?

*(specificare sempre sia l'ora sia i minuti. Ad es. ore |__|9| minuti |1|5|)*

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

## 3.3 Nell'ultimo mese il bambino si è svegliato di notte?

☐ NO

☐ SI → *3.3.1 Si è svegliato tutte le notti?* ☐ NO ☐ SI ☐ non so

☐ non so

## 3.4 Il bambino dove 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) _____

☐ non so

## 3.5 Pensi che il bambino abbia problemi di sonno rispetto ai bambini della sua età?

☐ NO, nessun problema

☐ SI, ma non troppo seri

☐ SI, seri

☐ non so

# 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)**

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

## 4.1 Nei giorni feriali quante ore al giorno in media il bambino guarda la televisione?

☐ mai

☐ meno di 1 ora al giorno

☐ da 1 ora a meno di 2 ore al giorno

☐ da 2 ore a meno di 3 ore al giorno

☐ da 3 ore a meno di 4 ore al giorno

☐ da 4 ore a meno di 5 ore al giorno

☐ più di 5 ore al giorno

☐ non so

## 4.2 Nel fine settimana e nei giorni festivi quante ore al giorno in media il bambino guarda la televisione?

☐ mai

☐ meno di 1 ora al giorno

☐ da 1 ora a meno di 2 ore al giorno

☐ da 2 ore a meno di 3 ore al giorno

☐ da 3 ore a meno di 4 ore al giorno

☐ da 4 ore a meno di 5 ore al giorno

☐ più di 5 ore al giorno

☐ non so

**4.3 Nei giorni feriali quante ore al giorno in media il bambino trascorre/gioca davanti al computer o al tablet o al telefono cellulare?**

☐ mai

☐ meno di 1 ora al giorno

☐ da 1 ora a meno di 2 ore al giorno

☐ da 2 ore a meno di 3 ore al giorno

☐ da 3 ore a meno di 4 ore al giorno

☐ da 4 ore a meno di 5 ore al giorno

☐ più di 5 ore al giorno

☐ non so

**4.4 Nel fine settimana e nei giorni festivi quante ore al giorno in media il bambino trascorre/gioca davanti al computer o al tablet o al telefono cellulare?**

☐ mai

☐ meno di 1 ora al giorno

☐ da 1 ora a meno di 2 ore al giorno

☐ da 2 ore a meno di 3 ore al giorno

☐ da 3 ore a meno di 4 ore al giorno

☐ da 4 ore a meno di 5 ore al giorno

☐ più di 5 ore al giorno

☐ non so

**4.5 Che tipo di programmi guarda in televisione o al computer/tablet?** *(più risposte possibili)*

☐ programmi per bambini

☐ film/cartoni per bambini

☐ altri film

☐ documentari

☐ altri programmi

## 4.6 Con chi guarda la televisione di solito?

*(più risposte possibili)*

☐ da solo

☐ in compagnia di un altro bambino

☐ in compagnia di un adulto

## 4.7 Il bambino ha una televisione nella sua camera da letto?

☐ NO

☐ SI

## 4.8 Il bambino di solito mangia davanti alla TV?

☐ mai

☐ qualche volta

☐ spesso

☐ sempre

☐ non so

# Sezione 5. Occupazione materna e paterna

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

## 5.1 Cara mamma, attualmente la tua situazione prevalente è:
*(una sola risposta possibile)*

☐ occupata → *compila anche le domande nel riquadro*
☐ occupata in congedo → *compila anche le domande nel riquadro*
☐ disoccupata
☐ non occupata e non in cerca di lavoro
☐ casalinga
☐ studentessa
☐ altro (specificare) _____

*5.1.1 Attualmente la tua condizione professionale prevalente è:*
*(una sola risposta possibile)*

☐ 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)_____

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

_____

_____

## 5.2 Negli ultimi 12 mesi hai usufruito della cassa integrazione?

☐ NO
☐ SI →

*5.2.1 Per quante settimane complessivamente?*

| | | settimane

**5.3 Attualmente la situazione prevalente del tuo partner è:**
*(una sola risposta possibile)*

☐ occupato → *compila anche le domande nel riquadro*
☐ occupato in congedo → *compila anche le domande nel riquadro*
☐ disoccupato
☐ non occupato e non in cerca di lavoro
☐ studente
☐ altro (specificare) _____
☐ non so

*5.3.1 Attualmente qual è la condizione professionale prevalente del tuo partner:*
*(una sola risposta possibile)*

☐ 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

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

_____
_____

**5.4 Negli ultimi 12 mesi il tuo partner ha usufruito della cassa integrazione?**

☐ NO
☐ SI →
☐ non so

*5.4.1 Per quante settimane complessivamente?*

| | | settimane

# Sezione 6. Il reddito familiare

**In questa sezione ti chiederemo alcune informazioni sulle condizioni economiche della tua famiglia.**
**Nel rispetto della normativa sulla privacy (d.lgs 196/2003), queste informazioni non saranno utilizzate come dati individuali ma solo in forma aggregata (ad esempio come valori medi o come categorie di reddito) e in nessun modo saranno riconducibili a te o alla tua famiglia; esse ci servono per capire come e se le diverse condizioni economiche possano influire sulla salute dei bambini.**

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

## 6.1 A quanto ammonta il reddito netto mensile complessivo della tua famiglia?

*(Per reddito netto mensile complessivo si intende la somma di tutte le entrate nette stabili mensili; 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

## 6.2 Con riferimento agli ultimi 12 mesi, la tua famiglia è riuscita a risparmiare?

☐ NO, anzi è diminuito il patrimonio *oppure* ho o abbiamo contratto debiti

☐ NO

☐ SI, ma meno di quanto avrei o avremmo voluto

☐ SI, almeno quanto avrei o avremmo voluto

☐ non so

# Sezione 7. La casa

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

## 7.1 La tua casa attuale è:

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

## 7.2 Stai pagando un mutuo sulla casa in cui vivi?

☐ NO
☐ SI →
☐ non so

*7.2.1 In che anno hai acceso il mutuo?*

anno|__|__|__|__| ☐ non ricordo

*7.2.2 In che anno è prevista l'estinzione del mutuo?*

anno |__|__|__|__| ☐ non ricordo

## 7.3 Hai cambiato casa da quando il bambino ha compiuto 2 anni?

☐ NO
☐ SI →
☐ non so

*7.3.1 Quando ti sei trasferita all'attuale indirizzo?*

mese |__|__| anno |__|__|__|__|

*7.3.2 Quanto è grande la tua casa?*

|__|__|__| mq

*7.3.3 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
☐ non so

# Sezione 8. Fumo passivo

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

## 8.1 Mamma, attualmente fumi?

☐ NO

☐ SI, tutti i giorni

*8.1.1 Quante sigarette al giorno?*

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

|__|__| sigarette al giorno

☐ SI, non tutti i giorni

*8.1.2 Quante sigarette a settimana?*

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

|__|__| sigarette a settimana

## 8.2 Il tuo partner fuma attualmente?

☐ NO

☐ SI, tutti i giorni

*8.2.1 Quante sigarette al giorno?*

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

|__|__| sigarette al giorno

☐ SI, non tutti i giorni

*8.2.2 Quante sigarette a settimana?*

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

|__|__| sigarette a settimana

☐ non so

**8.3 Abitualmente per quanto tempo al giorno il bambino sta in luoghi chiusi dove delle persone (anche solo tu o 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 meno di 1 ora al giorno

☐ da 1 ora a meno di 2 ore al giorno

☐ da 2 ore a meno di 3 ore al giorno

☐ 3 ore o più al giorno

☐ non so

**8.4 Qualcuno fuma abitualmente in automobile in presenza del bambino?**

☐ NO

☐ SI

☐ non so

# Sezione 9. Il tuo stato d'animo

**Questa sezione 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!).**

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

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

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

## 9.2 Hai perso molto sonno per delle preoccupazioni?

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

## 9.3 Ti sei sentita utile?

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

## 9.4 Ti sei sentita capace di prendere decisioni?

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

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

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

### 9.6 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

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

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

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

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

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

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

### 9.10 Hai perso fiducia in te stessa?

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

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

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

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

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

# Sezione 10. La qualità della vita

**Ti preghiamo di dedicare ancora qualche minuto per rispondere alle seguenti domande sulla qualità della vita.**

**Leggi attentamente le seguenti domande e scegli la risposta che più si avvicina alla tua opinione.**

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

## 10.1 Per molti aspetti la mia vita si avvicina al mio ideale

☐ sono totalmente d'accordo
☐ sono d'accordo
☐ sono parzialmente d'accordo
☐ non sono d'accordo né in disaccordo
☐ sono parzialmente in disaccordo
☐ sono in disaccordo
☐ sono totalmente in disaccordo

## 10.2 Le condizioni della mia vita sono eccellenti

☐ sono totalmente d'accordo
☐ sono d'accordo
☐ sono parzialmente d'accordo
☐ non sono d'accordo né in disaccordo
☐ sono parzialmente in disaccordo
☐ sono in disaccordo
☐ sono totalmente in disaccordo

## 10.3 Sono soddisfatta della mia vita

☐ sono totalmente d'accordo
☐ sono d'accordo
☐ sono parzialmente d'accordo
☐ non sono d'accordo né in disaccordo
☐ sono parzialmente in disaccordo
☐ sono in disaccordo
☐ sono totalmente in disaccordo

### 10.4 Fino ad ora ho ottenuto le cose importanti che volevo dalla vita

☐ sono totalmente d'accordo
☐ sono d'accordo
☐ sono parzialmente d'accordo
☐ non sono d'accordo né in disaccordo
☐ sono parzialmente in disaccordo
☐ sono in disaccordo
☐ sono totalmente in disaccordo

### 10.5 Se potessi rivivere la mia vita non cambierei quasi nulla

☐ sono totalmente d'accordo
☐ sono d'accordo
☐ sono parzialmente d'accordo
☐ non sono d'accordo né in disaccordo
☐ sono parzialmente in disaccordo
☐ sono in disaccordo
☐ sono totalmente in disaccordo

**Quali sono le principali ragioni per avere scelto di partecipare al progetto Piccolipiù: (al massimo 2 risposte)**

☐ per migliorare la salute del mio bambino

☐ per aiutare la ricerca sulla salute dei bambini

☐ l'appartenenza ad un gruppo

☐ l'arricchimento delle mie conoscenze sulla salute e la crescita dei bambini

☐ nessun motivo in particolare

☐ altro motivo (specificare): _____

_____

_____

_____

_____

_____

*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):**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

GRAZIE!

il team di
Piccolipiù

## Unità operative coinvolte nel progetto

**Progetto finanziato da**

Ministero della Salute

**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

## 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)