



guadagnare salute  
la tua vita è la tua salute



OKKio alla SALUTE 2023

CODICE ID

Gentili Genitori,  
nell'ambito dell'iniziativa OKKio alla SALUTE, desideriamo porVi alcune semplici domande che ci permetteranno di avere informazioni più precise riguardo l'alimentazione e il movimento abituali di Vostro/a figlio/a. Vi invitiamo, pertanto, a compilare il questionario on-line al seguente link [www.iss-sdb.it/ocpg](http://www.iss-sdb.it/ocpg) (o tramite QR-Code) inserendo il codice riportato in alto a destra (codice ID) o, in alternativa, a procedere alla compilazione del presente questionario cartaceo.

Il codice ID consentirà di unire le vostre risposte al questionario che verrà riempito dal Vostro/a bambino/a, mantenendo l'anonimato di entrambi.

Nel caso abbiate deciso di procedere alla compilazione on-line (disponibile solo in italiano), Vi chiediamo di spuntare il seguente campo:  compilazione on-line.

Vi ringraziamo fin d'ora e Vi preghiamo di restituire questo questionario in busta chiusa un insegnante della classe del vostro bambino/a entro i prossimi tre giorni.

Il questionario dovrà essere restituito anche nel caso di compilazione on-line.



**Alcune domande sulle attività che il/la bambino/a svolge dopo la scuola**

**1** In una settimana normale, quanti giorni il/la bambino/a fa attività sportiva strutturata (calcio, danza, nuoto, arti marziali, ginnastica, ecc.) per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico?

0 giorni  1 giorno  2 giorni  3 giorni  4 giorni  5 giorni  6 giorni  7 giorni

totale di ore a settimana

**2** In una settimana normale, quanti giorni il/la bambino/a fa giochi di movimento (escluso lo sport sopramenzionato) per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico?

0 giorni  1 giorno  2 giorni  3 giorni  4 giorni  5 giorni  6 giorni  7 giorni

totale di ore nei giorni di scuola  totale di ore nel fine settimana

**3** Può darci un'idea di quanto tempo il/la bambino/a in media gioca con i videogiochi o con il computer/tablet/cellulare? (in un normale giorno di scuola considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

numero di ore e minuti al giorno in un normale giorno di scuola

numero totale di ore e minuti nel fine settimana

non gioca con questi dispositivi elettronici

**4** Può darci un'idea di quanto tempo il/la bambino/a in media guarda la televisione? (in un normale giorno di scuola considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

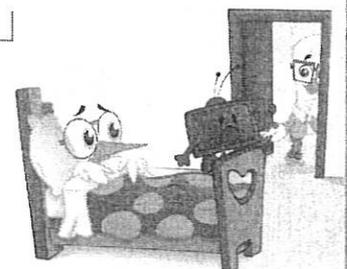
numero di ore e minuti al giorno in un normale giorno di scuola

numero totale di ore e minuti nel fine settimana

non guarda la TV

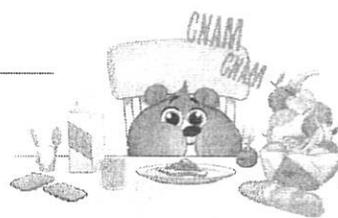
**5** Il/la bambino/a ha una televisione in camera?

Sì  No





Alcune domande su come Lei vede il/la bambino/a



**11** Secondo Lei il/la bambino/a mangia:

- poco                       il giusto                       troppo

**12** Secondo Lei il/la bambino/a è:

- sottopeso                       un po' in sovrappeso  
 normopeso                       molto in sovrappeso

**13** Secondo Lei il tempo che il/la bambino/a dedica all'attività fisica (giochi di movimento, sport, ecc.) è:

- poco                       sufficiente                       tanto

**14** Solitamente come va a scuola il/la bambino/a (andata e ritorno)?

Percorso casa-scuola

- a piedi  
 in bicicletta/monopattino/pattini  
 in scuolabus/autobus  
 in macchina/motorino

Percorso scuola-casa

- a piedi  
 in bicicletta/monopattino/pattini  
 in scuolabus/autobus  
 in macchina/motorino

Se il/la bambino/a non compie il tragitto (andata o ritorno) a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini risponda alla domanda seguente, altrimenti vada direttamente alla domanda 16

**15** Non compie il tragitto a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini perché: *(preferibilmente indicare una risposta ma sono possibili più risposte)*

- la strada non è sicura                       per mancanza di tempo  
 la distanza è eccessiva                       altro, specificare \_\_\_\_\_  
 il bambino si muove già abbastanza durante la giornata

**16** Secondo Lei, com'è la qualità dell'aria nella sua zona abitativa?

- ottima                       scadente  
 buona                       pessima  
 discreta

**17** Se la scuola del/la suo/a bambino/a si trova in una zona diversa da quella abitativa, secondo Lei, com'è la qualità dell'aria nella zona della scuola?

- ottima                       scadente  
 buona                       pessima  
 discreta

### Alcune domande su di Lei

**18** Qual è la sua parentela con il/la bambino/a?

- sono la madre  
 sono il padre

- altra parentela  
 nessuna parentela

**19** Al momento Lei lavora fuori casa?

- Sì, a tempo pieno       Sì, part time       No

### Alcune informazioni sul parto e sui primi mesi di vita di suo/a figlio/a

**20** Il/la suo/a bambino/a è nato/a con taglio cesareo?

- Sì       No       Non so

**21** In che settimana di gravidanza è nato/a il/la suo/a bambino/a?

- altamente prematuro (<33 settimane)       dopo il termine (42 settimane o più)  
 prematuro (meno di 37 settimane)       non so  
 a termine (37-41 settimane)

**22** Approssimativamente qual è stato il peso alla nascita (in Kg) del/la suo/a bambino/a?

Kg   ,

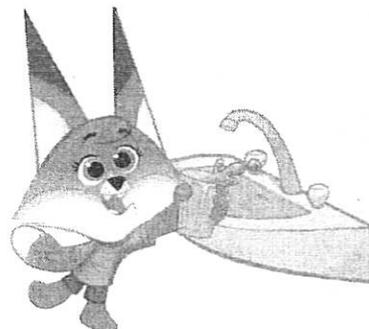
**23** Ha allattato al seno il/la suo/a bambino/a?

- mai       sì per   mesi  
 meno di un mese       non so, non ricordo

### Altre informazioni sulla salute in famiglia

**24** In famiglia quali dei seguenti comportamenti state adottando abitualmente? (è possibile scegliere più risposte)

- ridurre il sale durante la preparazione dei pasti  
 non aggiungere sale a tavola  
 limitare il consumo di snack salati  
 leggere con maggiore attenzione le etichette nutrizionali  
 ridurre il consumo di alimenti già pronti o in scatola  
 aumentare il consumo di verdura e ortaggi  
 acquistare pane poco salato  
 inserire la frutta come spuntino  
 nessuno dei comportamenti indicati



**25** Utilizza sale iodato al posto di quello non iodato?

- Sì, sempre       alcune volte       mai

**26** Quante volte si lava i denti il/la suo/a bambino/a?

- più di una volta al giorno
- una volta al giorno
- almeno una volta a settimana ma non ogni giorno
- meno di una volta a settimana
- mai

**27** Avete mai ricevuto da un operatore sanitario informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici?

- Sì
- No

**28** Vi siete mai rivolti al personale sanitario per cadute, ferite, ustioni, ingestione di sostanze nocive, ecc. del/la suo/a bambino/a avvenute nella sua abitazione (*inclusi balconi, giardino, garage, cantina, scala, ecc.*)?

- Sì, al pediatra/altro medico
- Sì, al pronto soccorso
- Sì, ad entrambi
- mai

**29** Nella tabella di seguito indichi le persone che vivono nella casa in cui suo/sua figlio/a trascorre tutto o la maggior parte del suo tempo (*più della metà del suo tempo*):

ADULTI	BAMBINI
<input type="checkbox"/> Madre	Per favore, dica quanti fratelli e sorelle vivono in casa ( <i>compresi i fratelli e le sorelle adottivi o quelli di uno solo dei due genitori</i> ). Si prega di scrivere 0 (zero) se non ce ne sono. Non conti il bambino per il quale sta compilando il questionario.
<input type="checkbox"/> Padre	
<input type="checkbox"/> Moglie o compagna del padre	
<input type="checkbox"/> Marito o compagno della madre	
<input type="checkbox"/> Nonno/nonni	
<input type="checkbox"/> Nonna/nonne	
<input type="checkbox"/> Qualcun altro o altra situazione specificare _____	
	Quanti fratelli? <input type="text"/>
	Quante sorelle? <input type="text"/>

**Alcune informazioni sui genitori del/la bambino/a**

**30**

	MADRE	PADRE
Nazionalità	_____	_____
Peso (Kg)	_____	_____
Altezza (cm)	_____	_____
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> master/dottorato/specializzazione	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> master/dottorato/specializzazione

**31** Con i soldi a disposizione (*da reddito proprio o familiare*) come arriva la sua famiglia a fine mese?

- molto facilmente  
 abbastanza facilmente

- con qualche difficoltà  
 con molte difficoltà



Grazie per la cortese collaborazione