

# Questionario sulle Corrette Abitudini

Questionario delle abitudini alimentari, del sonno e della raccolta differenziata promosso da IC di Diamante con il supporto di consulenza medica del dott. R. De Lorenzo, Consultorio di Diamante, in collaborazione con le Amministrazioni comunali di Buonvicino, Diamante e Maierà.

\*Campo obbligatorio

1. Acconsenti a partecipare al sondaggio, in forma anonima, nel rispetto delle normative privacy vigenti? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

Accetto

Sez 1 - RACCOLTA DIFFERENZIATA

Informazioni generali sulla RACCOLTA DIFFERENZIATA

2. Quanto è importante a suo giudizio promuovere la raccolta differenziata? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- non è importante  
 è poco importante  
 è importante  
 è molto importante  
 è importantissimo

3. Ritiene di conoscere adeguate informazioni su come effettuare la raccolta differenziata? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- No  
 Poco  
 Sì

4. • Nel suddividere i rifiuti come si definirebbe? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Scrupoloso  
 Attento  
 Distratto

5. Effettuare la raccolta differenziata le crea disagio? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- No  
 Poco  
 Sì

6. Il suo paese ritiene che sia pulito? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- No  
 Poco  
 Si

7. Il plesso scolastico frequentato da suo figlio ritiene che sia pulito? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- No  
 Poco  
 Si

## Sez. 2 - INFORMAZIONI GENERALI

Informazioni generali sul BAMBINO-A/RAGAZZO-A

8. Allergie/Intolleranze con manifestazioni: \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Cutanee (orticaria,...)  
 Respiratorie (riniti,...)  
 Gastrointestinali  
 Nessuna  
 Altro: \_\_\_\_\_

9. Restrizioni/Scelte dietetiche per motivi: \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Religiosi  
 Etici  
 Sanitari  
 Nessuna  
 Altro: \_\_\_\_\_

10. Come si comporta se suo figlio rifiuta un cibo? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- lo obbliga a mangiarlo  
 propone un altro cibo  
 non insiste

11. Chiede cibo/oggetti pubblicizzati o perché li hanno i suoi compagni? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- A volte
- No

12. E se suo figlio si rifiuta di andare a dormire?

*Contrassegna solo un ovale.*

- Lo obbliga ad andare a dormire
- Non insiste
- Altro

13. Quando ha questo tipo di atteggiamenti viene accontentato? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Sì
- A volte
- No

14. Scegliere gli stili di comportamento ricorrenti 1 \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Socievole
- Irascibile
- Dispettoso/a
- Nessuna di queste opzioni

15. Scegliere gli stili di comportamento ricorrenti 2 \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Disobbediente
- Sfidante
- Impaziente
- Nessuna di queste opzioni

16. Scegliere gli stili di comportamento ricorrenti 3 \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Distrugge oggetti
- Non manifesta sensi colpa se punito
- Non cambia atteggiamento se punito
- Nessuna di queste opzioni

17. Scegliere gli stili di comportamento ricorrenti 4 \*

Contrassegna solo un ovale.

- Irrequieto/a
- Non condivide giochi
- Picchia gli altri
- Nessuna di queste opzioni

Sez. 3 - GIORNATA STANDARD

Attività di una GIORNATA STANDARD del BAMBINO-A/RAGAZZO-A. Descriva una giornata "tipo" di suo figlio suddivisa nelle attività SONNO, SCUOLA, COMPITI, ATTIVITA' LEGGERA, ATTIVITA' VIVACE.

Il totale delle ore indicate nelle 5 sezioni deve essere di 24

Esempio:  
SONNO: 8  
SCUOLA: 5  
COMPITI: 3  
ATTIVITA' LEGGERA: 5  
ATTIVITA' VIVACE: 3

18. Ore di SONNO al giorno \*

Indica il numero di ore. ATTENZIONE: il totale di tutte le sezioni deve essere 24 ore

---

19. Ore dedicate alla SCUOLA al giorno \*

Indica il numero di ore. ATTENZIONE: il totale di tutte le sezioni deve essere 24 ore

---

20. Ore dedicate ai COMPITI al giorno \*

Indica il numero di ore

---

21. Ore dedicate all' ATTIVITA' LEGGERA (Televisione, giochi tranquilli, video giochi, lavarsi, mangiare, leggere) al giorno \*

Indica il numero di ore. ATTENZIONE: il totale di tutte le sezioni deve essere 24 ore

---

22. Ore dedicate all' ATTIVITA' VIVACE (Camminare, bicicletta, pratica motoria/ sportiva) al giorno \*

Indica il numero di ore. ATTENZIONE: il totale di tutte le sezioni deve essere 24 ore

---

Sez. 4 - ABITUDINI ALIMENTARI

ABITUDINI ALIMENTARI del BAMBINO-A/RAGAZZO-A

23. Quante volte suo figlio/a consuma la PRIMA COLAZIONE durante la settimana? \*

Contrassegna solo un ovale.

- Tutti i giorni (7 volte)
- Quasi tutti i giorni (4-6 volte)
- A volte
- Mai

24. Di solito con quali ALIMENTI ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Frutta
- Pane e Fette biscottate
- Prodotti da Forno dolci (biscotti, merendine, brioches, torte...)
- Prodotti da Forno salati (crackers, pizza..)
- Fiocchi di cereali
- Miele o marmellata o crema spalmabile
- Uova, formaggi e salumi

Altro:  \_\_\_\_\_

25. Di solito con quali BEVANDE ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Latte
- Latte aromatizzato (cacao)
- Thè
- Yogurt
- Succo di Frutta
- Acqua

Altro:  \_\_\_\_\_

26. Quante volte suo figlio/a consuma lo SPUNTINO DI META' MATTINA durante la settimana? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Tutti i giorni (7 volte)
- Quasi tutti i giorni (4-6 volte)
- A volte
- Mai

27. Di solito con quali ALIMENTI ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Frutta
- Panino imbottito con...
- Prodotti da Forno dolci (biscotti, merendine, brioches, torte...)
- Prodotti da Forno salati (crackers, pizza..)
- Snack Dolce (cioccolato, barrette)
- Snack salato (patatine, pop corn)

Altro:  \_\_\_\_\_

28. Di solito con quali BEVANDE ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Latte
- Latte aromatizzato (cacao)
- Thè
- Yogurt
- Succo di Frutta
- Acqua

Altro:  \_\_\_\_\_

29. Quante volte suo figlio/a consuma IL PRANZO durante la settimana? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Tutti i giorni (7 volte)  
 Quasi tutti i giorni (4-6 volte)  
 A volte  
 Mai

30. Di solito con quali ALIMENTI ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Primo  
 Secondo  
 Contorno  
 Frutta  
 Dolce

Altro:  \_\_\_\_\_

31. Di solito con quali BEVANDE ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Latte  
 Latte aromatizzato (cacao)  
 Thè  
 Yogurt  
 Succo di Frutta  
 Acqua

Altro:  \_\_\_\_\_

32. Quante volte suo figlio/a consuma lo SPUNTINO DI META' POMERIGGIO durante la settimana? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Tutti i giorni (7 volte)  
 Quasi tutti i giorni (4-6 volte)  
 A volte  
 Mai

33. Di solito con quali ALIMENTI ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Frutta  
 Panino imbottito con...  
 Prodotti da Forno dolci (biscotti, merendine, brioches, torte...)  
 Prodotti da Forno salati (crackers, pizza...)  
 Snack Dolce (cioccolato, barrette)  
 Snack salato (patatine, pop corn)

Altro:  \_\_\_\_\_

34. Di solito con quali BEVANDE ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Latte
- Latte aromatizzato (cacao)
- Thè
- Yogurt
- Succo di Frutta
- Acqua

Altro:  \_\_\_\_\_

35. Quante volte suo figlio/a consuma LA CENA durante la settimana? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Tutti i giorni (7 volte)
- Quasi tutti i giorni (4-6 volte)
- A volte
- Mai

36. Di solito con quali ALIMENTI ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Primo
- Secondo
- Contorno
- Frutta
- Dolce

Altro:  \_\_\_\_\_

37. Di solito con quali BEVANDE ? \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Latte
- Latte aromatizzato (cacao)
- Thè
- Yogurt
- Succo di Frutta
- Acqua

Altro:  \_\_\_\_\_

38. Quante volte suo figlio/a consuma un PASTO DOPO CENA durante la settimana? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Tutti i giorni (7 volte)
- Quasi tutti i giorni (4-6 volte)
- A volte
- Mai

39. Di solito con quali ALIMENTI ? \*

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Frutta
- Panino imbottito con...
- Prodotti da Forno dolci (biscotti, merendine, brioches, torte...)
- Prodotti da Forno salati (crackers, pizza..)
- Snack Dolce (cioccolato, barrette)
- Snack salato (patatine, pop corn)

Altro:  \_\_\_\_\_

40. Di solito con quali BEVANDE ? \*

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Latte
- Latte aromatizzato (cacao)
- Thè
- Yogurt
- Succo di Frutta
- Acqua

Altro:  \_\_\_\_\_

Sez. 5 - ABITUDINI legate al SONNO

ABITUDINI legate al SONNO del BAMBINO-A/RAGAZZO-A

41. Quanto spesso e quanto tempo prima di andare a dormire suo figlio/a utilizza Smartphone e tablet? \*

Contrassegna solo un ovale.

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

42. Quanto spesso e quanto tempo prima di andare a dormire suo figlio/a utilizza videogiochi? \*

Contrassegna solo un ovale.

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

43. Quanto spesso e quanto tempo prima di andare a dormire suo figlio/a guarda la TV? \*

Contrassegna solo un ovale.

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

44. Di sera suo figlio/a dove si addormenta? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- sul divano
- nella sua stanza da solo
- nella stanza con fratelli/sorelle
- nel lettone con i genitori

45. Suo figlio/a non vuole andare a letto per dormire? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

46. L'addormentamento di suo figlio/a è accompagnato dalla lettura di libri, o, se piccolo, dal racconto di favole? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

47. E' presente un genitore al momento di addormentarsi? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

48. Quanto tempo suo figlio/a impiega ad addormentarsi? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Pochissimo
- Poco
- Molto
- Moltissimo

49. All'addormentamento suo figlio/a è agitato, ansioso o ha paura? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

50. Suo figlio/a presenta "scatti" o sussulti all'addormentamento? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

51. Suo figlio/a dice di vedere delle 'cose strane' poco prima di addormentarsi? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

52. Suo figlio/a suda nell'addormentamento? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

53. Suo figlio/a si sveglia più di 2 volte durante la notte? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

54. Se si sveglia la notte, suo figlio/a ha difficoltà a riaddormentarsi? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

55. Suo figlio/a si muove continuamente durante il sonno? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

56. Suo figlio/a non respira bene durante il sonno? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

57. Suo figlio/a smette di respirare per qualche momento durante il sonno? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

58. Suo figlio/a russa? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

59. Suo figlio/a suda durante la notte? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

60. Suo figlio/a si alza e si siede sul letto o cammina mentre dorme? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

61. Suo figlio/a parla durante il sonno? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

62. Suo figlio/a digrigna i denti nel sonno? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

63. Durante il sonno suo figlio/a urla senza svegliarsi? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

64. Suo figlio/a ha un sonno agitato e fa incubi che non ricorda il giorno dopo? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

65. Suo figlio/a ha difficoltà a svegliarsi la mattina? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

66. Suo figlio/a la mattina si sveglia stanco? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

67. Al risveglio, suo figlio/a è incapace di muoversi o è come paralizzato per pochi minuti? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

68. Suo figlio/a è sonnolento durante il giorno? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

69. Suo figlio/a si addormenta improvvisamente e senza preavviso durante il giorno? \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- Mai
- Qualche Volta
- Spesso
- Sempre

Sez. 6 - POST COVID

POST COVID: Eventuali cambi di ABITUDINI del BAMBINO-A/RAGAZZO-A

70. Nella routine quotidiana suo figlio/a ha cambiato abitudini durante questo periodo di emergenza? \*

Scrivi la tua risposta in forma discorsiva ed estesa.

---

---

---

---

---

71. Ha notato eventuali comportamenti diversi dal periodo precedente o mutamenti nel carattere di suo figlio/a? \*

Scrivi la tua risposta in forma discorsiva ed estesa.

---

---

---

---

---

72. Quale impatto ha avuto questo periodo pandemico sulle dinamiche familiari? \*

Scrivi la tua risposta in forma discorsiva ed estesa.

---

---

---

---

---