

ALLEGATO 1

Pag. 1 di 8
Rev. 0 12/31/2024

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEGLI ALUNNI

(Da completarsi a cura degli alunni a scuola, in presenza di un operatore)

Progetto: INDAGINE SULLA SALUTE RESPIRATORIA DEI RAGAZZI DELLE SCUOLE SECONDARIE CON LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DI ALUNNI, GENITORI E INSEGNANTI

Progetto finanziato da:



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

CODICE UNICO DI PROGETTO CUP H75I22000280001, DI CUI ALL' INVESTIMENTO E.1 "SALUTE-AMBIENTE-BIODIVERSITÀ-CLIMA" DEL PIANO NAZIONALE PER GLI INVESTIMENTI COMPLEMENTARI AL PNRR, APPROVATO CON D.L. 06/05/2021, N 59, CONV. CON MOD. DALLA L. 1/07/2021, N. 101,

Istruzioni per la compilazione del questionario

- Quando ti viene chiesto di rispondere scrivendo un 'testo' (per esempio il nome della tua scuola, il tuo nome...), scrivi in maniera chiara e leggibile, se possibile in stampatello maiuscolo, e nell'apposito spazio segnalato.
- Metti una crocetta sul quadratino corrispondente alle tue risposte. Esempi:

- **Tu sei:** ☒ Maschio ☐ Femmina

- **Dove sono accaduti, a scuola, questi attacchi d'asma?** *(Puoi dare anche più di una risposta)*

☒ In classe

☒ In palestra

☐ Nei bagni

☐ All'esterno della scuola (cortile, giardino..)

- Se per errore hai fatto una crocetta sulla risposta sbagliata, correggi facendo un circoletto intorno alla risposta sbagliata e mettendo la crocetta sulla risposta giusta. Esempi:

- *'All'esterno della scuola' è stato indicato per errore. Le risposte giuste sono 'In classe' e 'In palestra'.*

- **Dove sono accaduti, a scuola, questi attacchi d'asma?** *(Puoi dare anche più di una risposta)*

☒ In classe

☒ In palestra

☐ Nei bagni

☒ All'esterno della scuola (cortile, giardino..)

Codice alunno:

		S			C		A		
--	--	---	--	--	---	--	---	--	--

Comune Scuola Classe Alunno

Codice classe:

		S			C	
--	--	---	--	--	---	--

Comune Scuola Classe

CQ1. Data di compilazione: (Giorno/Mese/Anno)

--	--	--

LA TUA ATTUALE SCUOLA:

CQ2. Nome della scuola:

CQ3. Comune: CQ4. Nazione:

CQ5. Classe:

Il tuo Nome e Cognome:

(Nota: l'informazione non sarà inserita nel database. Sarai identificato con il Codice Alunno)

CQ6. Quando sei nato/la? (Giorno/Mese/Anno)

--	--	--

CQ7. Quanti anni hai (compiuti)?

--	--

CQ8. Tu sei: ☐ Maschio ☐ Femmina

C1. Hai avuto, almeno una volta nella vita, un attacco d'asma (o fischi o sibili al torace) mentre eri a scuola (la tua attuale scuola)?

☐ No ☐ Sì se 'No' VAI ALLA DOMANDA C4.



C2. In che parte della scuola si sono verificati questi attacchi d'asma?
(puoi dare anche più di una risposta)

- C2.1. ☐ In classe
C2.2. ☐ In palestra
C2.3. ☐ Nei bagni
C2.4. ☐ All'esterno della scuola (cortile, giardino...)
C2.5. ☐ Altro (specifica) C2.5.1.

C3. Durante quali attività scolastiche si sono verificati questi attacchi d'asma?
(puoi dare anche più di una risposta)

- C3.1. ☐ Durante le normali lezioni
C3.2. ☐ Durante esercizio fisico (es. ginnastica, gioco...)
C3.3. ☐ Durante attività artistiche (mentre dipingevi, incollavi, etc....)
C3.4. ☐ Durante l'intervallo
C3.5. ☐ Altro (specifica) C3.5.1.

Codice alunno:

		S			C		A		
--	--	---	--	--	---	--	---	--	--

Comune Scuola Classe Alunno

SINTOMI/DIAGNOSI NEGLI ULTIMI 7 GIORNI

Nell'ultima settimana, hai avuto qualcuno dei seguenti sintomi?

(puoi dare anche più di una risposta. Rispondere ad ogni sintomo con 'Sì' oppure 'No')

	(1) Sì	(2) No
C4. Eruzioni su mani o braccia	☐	☐
C5. Eruzioni su viso o collo	☐	☐
C6. Eczema <i>(infiammazione della pelle accompagnata da prurito, arrossamento, presenza di vescicole e/o formazione di croste.)</i>	☐	☐

se 'Sì', **C6.1. In quali parti del corpo?**

.....

C7. Prurito a mani o braccia	☐	☐
C8. Prurito a viso o collo	☐	☐
C9. Bruciore agli occhi	☐	☐
C10. Prurito agli occhi	☐	☐
C11. Secchezza agli occhi (molto asciutti)	☐	☐
C12. Sensazione di "sabbia negli occhi"	☐	☐
C13. Occhi rossi	☐	☐
C14. Occhi gonfi	☐	☐
C15. Naso che cola	☐	☐
C16. Prurito/irritazione nel naso	☐	☐
C17. Starnuti	☐	☐
C18. Naso chiuso	☐	☐
C19. Sangue al naso	☐	☐
C20. Gola secca	☐	☐
C21. Mal di gola	☐	☐
C22. Tosse secca	☐	☐
C23. Difficoltà di respiro	☐	☐
C24. Sensazione di imminente raffreddore	☐	☐
C25. Mal di testa	☐	☐
C26. Malessere	☐	☐
C27. Stanchezza	☐	☐
C28. Brividi di freddo	☐	☐
C29. Influenza o febbre	☐	☐
C30. Fischi/sibili nel torace	☐	☐
C31. Difficoltà di respiro con fischi/sibili nel torace	☐	☐
C32. Dolori muscolari	☐	☐

C33. Se nell'ultima settimana hai avuto qualcuno dei sintomi sopra riportati, li hai avuti mentre eri a scuola?

(riportare il sintomo o i sintomi che hai avuto scrivendo il loro codice nello spazio apposito, ad esempio C4 se hai avuto a scuola 'Eruzioni su mani o braccia', o C5 se hai avuto a scuola 'Eruzioni su viso o collo' e così via...)

☐ No ☐ Sì



C33.1 se 'Sì' quali sintomi? (Codice/i)

Codice alunno:

		S			C		A		
--	--	---	--	--	---	--	---	--	--

Comune Scuola Classe Alunno

C34. Hai mai avuto una infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19) (tampone nasofaringeo positivo)?

☐ No ☐ Sì

C35. Nell'ultimo anno hai avuto Infezioni Respiratorie Ricorrenti* (es. raffreddore, bronchite, influenza)?

☐ No ☐ Sì

**Infezioni Respiratorie Ricorrenti: 3 o più infezioni delle vie respiratorie (delle quali 1 può essere polmonite, anche grave) in un anno o 2 polmoniti non gravi confermate da criteri clinici e/o radiologici in un anno.*

DOMANDE SUL FUMO PASSIVO NEGLI ULTIMI 7 GIORNI

C36. Negli ultimi 7 giorni, qualcuno ha fumato in tua presenza?

☐ No ☐ Sì se 'No' VAI ALLA DOMANDA C37.

c36.1. Cosa hanno fumato in tua presenza?

(puoi dare anche più di una risposta)

- ☐ Sigarette
- ☐ Sigari
- ☐ Pipa
- ☐ Sigaretta elettronica o riscaldatore di tabacco

c36.2. Dove ti trovavi quando qualcuno ha fumato in tua presenza?

(puoi dare anche più di una risposta)

C36.2.1 ☐ A casa

C36.2.2 ☐ A scuola

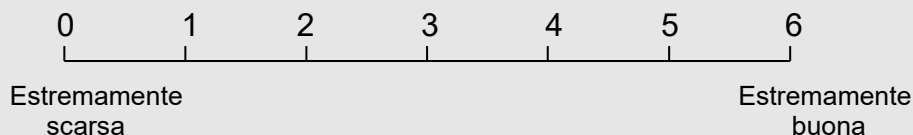
C36.2.3 ☐ In altri posti

DOMANDE SU COME TI SEMBRA L'AMBIENTE NELLA TUA AULA E ALL'ESTERNO DELLA TUA SCUOLA

TRACCIA UNA X SU UN NUMERO DELLA SCALA DA 0 A 6

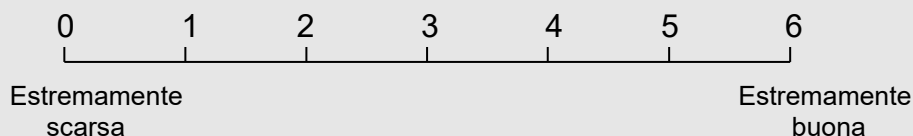
C37. Come ti sembra la temperatura nella tua aula?

(se la temperatura è variabile, prova a dare un punteggio medio)



C38. Come ti sembra l'umidità* nella tua aula?

(se l'umidità è variabile, prova a dare un punteggio medio)



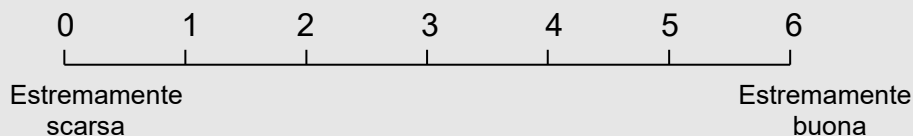
**quantità d'acqua o di vapore acqueo presente nell'aria*

Codice alunno:

		S			C		A		
--	--	---	--	--	---	--	---	--	--

Comune Scuola Classe Alunno

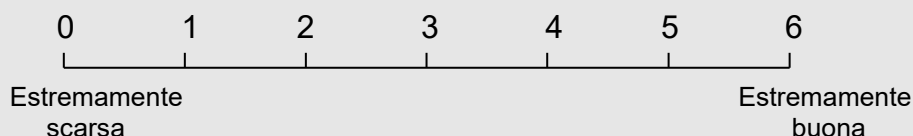
C39. Come ti sembra la qualità dell'aria all'interno della tua aula?
(Se la qualità dell'aria è variabile, prova a dare un punteggio medio)



Se ti sembra che la qualità dell'aria all'interno della tua aula sia scarsa, prova a spiegare perché:

C39.1......

C40. Come ti sembra la qualità dell'aria all'esterno della tua scuola?
(se la qualità dell'aria è variabile, prova a dare un punteggio medio)



DOMANDE SULL'ATTIVITÀ GIORNALIERA

C41. Quante ore al giorno trascorri in casa?

- | | | | |
|--|----------|---|----------|
| inverno-autunno ☐ | 1. 0 | estate-primavera ☐ | 1. 0 |
| | 2. <8 | | 2. <8 |
| | 3. 8-12 | | 3. 8-12 |
| | 4. 13-18 | | 4. 13-18 |
| | 5. 19-24 | | 5. 19-24 |

C42. Quante ore al giorno trascorri a scuola?

- | | | | |
|--|--------|---|--------|
| inverno-autunno ☐ | 1. 0 | estate-primavera ☐ | 1. 0 |
| | 2. <1 | | 2. <1 |
| | 3. 1-5 | | 3. 1-5 |
| | 4. 6-8 | | 4. 6-8 |
| | 5. >8 | | 5. >8 |

C43. Quante ore al giorno trascorri, al di fuori dell'orario scolastico, in ambienti confinati (es. palestra, piscina, bar, etc.)?

- | | | | |
|--|--------|---|--------|
| inverno-autunno ☐ | 1. 0 | estate-primavera ☐ | 1. 0 |
| | 2. <1 | | 2. <1 |
| | 3. 1-3 | | 3. 1-3 |
| | 4. ≥4 | | 4. ≥4 |

Codice alunno:

		S			C		A		
--	--	---	--	--	---	--	---	--	--

 Comune Scuola Classe Alunno

C44. Quante ore al giorno trascorri in ambienti esterni (giardino, passeggio, parco, attività sportiva, etc.)?

inverno-autunno ☐ 1. 0
2. <1
3. 1-3
4. ≥4

estate-primavera ☐ 1. 0
2. <1
3. 1-3
4. ≥4

C45. Soffri di una di queste patologie / condizioni?

- Affezioni dell'apparato respiratorio acuto o cronico (es. asma, BPCO)

☐ No ☐ Sì



.....

(scrivi nome della patologia/condizione)

- Patologie cardiovascolari pregresse o in atto (es. pregresso infarto, fibrillazione atriale, ipertensione arteriosa)

☐ No ☐ Sì



.....

(scrivi nome della patologia/condizione)

- Assumi i farmaci

☐ No ☐ Sì



.....

(scrivi nome del farmaco)

Codice alunno:

		S			C		A		
Comune	Scuola			Classe			Alunno		

- Malattie di origine endocrina (es. diabete mellito, tireopatie)

☐ No

☐ Sì



.....

(scrivi nome della patologia/condizione)

- Malattie di origine neurologica (es. neuropatie, sclerosi multipla)

☐ No

☐ Sì



.....

(scrivi nome della patologia/condizione)

FINE - TI RINGRAZIAMO MOLTO PER LA COLLABORAZIONE

Codice alunno:

		S			C		A		
--	--	---	--	--	---	--	---	--	--

Comune Scuola Classe Alunno