

Gentile Genitore,

Il questionario che le chiediamo di compilare fa parte del progetto "Infanzia a colori" e ci permetterà di conoscere la sua opinione circa le abitudini al fumo di tabacco e alle conoscenze sul fumo passivo.

Il questionario è anonimo e suddiviso in due sezioni una per il PADRE e una per la MADRE, non ci sono risposte giuste o sbagliate, e per rispondere basterà segnare con una croce (x) la risposta che più si avvicina alla sua opinione.

Il questionario dovrà essere riconsegnato all'insegnante, elaborato dal personale dell'ASL e i risultati ottenuti verranno presentati durante un incontro a conclusione del progetto stesso. Il questionario NON deve essere firmato o contrassegnato e i risultati ottenuti saranno trattati nella completa garanzia della privacy.

Grazie della collaborazione

**Prima sezione: sezione comune ad entrambi i genitori**

codice (non compilare) \_\_\_\_\_ data di compilazione \_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

## Sezione PER I PADRI

età (in anni compiuti)  _ _	fumatore ? Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ex fumatore <input type="checkbox"/>
(Se "fumatore" o "ex fumatore")	di sigaretta/sigaro <input type="checkbox"/>	sigaretta elettronica <input type="checkbox"/>	entrambe <input type="checkbox"/>

### SOLO SE FUMATORE SIGARETTE/SIGARO

Quante sigarette fuma al giorno?	Meno di 10 sigarette <input type="checkbox"/>
	Da 10 a 20 sigarette <input type="checkbox"/>
	Più di 20 sigarette <input type="checkbox"/>
A che età ha cominciato a fumare?	_____
Fuma in presenza di suo figlio? si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Se sì, dove	
in casa propria <input type="checkbox"/>	
in auto <input type="checkbox"/>	
all'aperto <input type="checkbox"/>	
in casa di amici <input type="checkbox"/>	

### PER TUTTI I PADRI (fumatori – non fumatori)

E' abitualmente esposto a fumo passivo Si  No

Se Sì, può segnalarci dove: In casa  Nel tempo libero  Sul lavoro

Ritiene che nei luoghi pubblici che frequenta, vengono rispettati i divieti sul fumo?

per niente  poco  abbastanza  molto

### Esprima la sua opinione riguardo le seguenti affermazioni:

Le donne sono più sensibili al fumo passivo degli uomini.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
I bambini sono più sensibili al fumo passivo delle donne	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
I figli di genitori fumatori hanno più facilità ad ammalarsi di malattie respiratorie	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Respirare fumo durante la crescita impedisce il pieno sviluppo delle proprie capacità respiratorie	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Piccole e saltuarie dosi di fumo passivo ogni tanto non hanno effetto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Stare in un luogo chiuso in cui altri fumano è molto meno dannoso che sostare in un incrocio in un'ora di punta	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
L'abitacolo di una macchina di un fumatore può raggiungere valori di concentrazione delle polveri sottili oltre 200 volte superiori ai limiti di legge	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>

È favorevole che suo figlio partecipi al progetto: "Infanzia a colori"?

per niente  poco  abbastanza  molto

È interessato ad essere eventualmente coinvolto nel progetto a cui partecipa suo figlio?

per niente  poco  abbastanza  molto

Quali informazioni Le interessa maggiormente ricevere:

- i dati epidemiologici sul fumo
- programmi di dismissione al fumo
- informazioni sulla sigaretta elettronica
- nessuna

## Sezione PER LE MADRI

età (in anni compiuti)  _ _	fumatore ? Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ex fumatore <input type="checkbox"/>
(Se "fumatore" o "ex fumatore")	di sigaretta/sigaro <input type="checkbox"/>	sigaretta elettronica <input type="checkbox"/>	entrambe <input type="checkbox"/>

### SOLO SE FUMATRICE DI SIGARETTE/SIGARO

Quante sigarette fuma al giorno?	Meno di 10 sigarette <input type="checkbox"/>
	Da 10 a 20 sigarette <input type="checkbox"/>
	Più di 20 sigarette <input type="checkbox"/>
A che età ha cominciato a fumare?	_____
Fuma in presenza di suo figlio? si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Se sì, dove	
in casa propria <input type="checkbox"/>	
in auto <input type="checkbox"/>	
all'aperto <input type="checkbox"/>	
in casa di amici <input type="checkbox"/>	

### PER TUTTE LE MADRI (fumatrici – non fumatrici)

E' abitualmente esposto a fumo passivo Si  No

Se Sì, può segnalarci dove: In casa  Nel tempo libero  Sul lavoro

Ritiene che nei luoghi pubblici che frequenta, vengono rispettati i divieti sul fumo?  
per niente  poco  abbastanza  molto

### Esprima la sua opinione riguardo le seguenti affermazioni:

Le donne sono più sensibili al fumo passivo degli uomini.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
I bambini sono più sensibili al fumo passivo delle donne	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
I figli di genitori fumatori hanno più facilità ad ammalarsi di malattie respiratorie	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Respirare fumo durante la crescita impedisce il pieno sviluppo delle proprie capacità respiratorie	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Piccole e saltuarie dosi di fumo passivo ogni tanto non hanno effetto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
Stare in un luogo chiuso in cui altri fumano è molto meno dannoso che sostare in un incrocio in un'ora di punta	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>
L'abitacolo di una macchina di un fumatore può raggiungere valori di concentrazione delle polveri sottili oltre 200 volte superiori ai limiti di legge	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	non so <input type="checkbox"/>

È favorevole che suo figlio partecipi al progetto: "Infanzia a colori"?  
per niente  poco  abbastanza  molto

È interessato ad essere eventualmente coinvolto nel progetto a cui partecipa suo figlio?  
per niente  poco  abbastanza  molto

Quali informazioni Le interessa maggiormente ricevere:

- i dati epidemiologici sul fumo
- programmi di dismissione al fumo
- informazioni sulla sigaretta elettronica
- nessuna