

## Progetto Affy Fiutapericolo

Questionario per i genitori  
Anno scolastico 2013-2014.

Gentile Genitore,

Il questionario che Le chiediamo di compilare fa parte del progetto "Affy Fiutapericolo" e ci permetterà di conoscere la sua opinione circa gli incidenti domestici e le misure di sicurezza che lei ha adottato nella vostra residenza abituale. Il questionario deve essere compilato da un unico genitore, e riguarda l'ambiente domestico prevalentemente abitato dal bambino.

Il questionario è anonimo, 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 verranno trattati nella completa garanzia della privacy.

Grazie della collaborazione

Prima sezione

**Codice questionario** (non compilare)..... **Data di compilazione**.....

**Istituto Comprensivo**..... **Scuola**.....

Lei che compila il questionario è madre ( ) padre ( ) età (in anni compiuti).....

Da quanti figli è composta la famiglia? Numero figli .....

Suo figlio /a ha già partecipato al progetto "Affy Fiutapericolo" lo scorso anno? Si ( ) No ( )

Se, si ha compilato, lo scorso anno, il questionario relativo al progetto "Affy fiutapericolo"? Si ( ) No ( )

Seconda sezione

**1. Ritiene che attualmente gli incidenti domestici siano** (possibile una sola risposta):

- ( ) la causa più frequente di mortalità in età pediatrica
- ( ) una delle tante cause di ricorso al Pronto Soccorso
- ( ) non saprei

**2. Secondo Lei, quale è la possibilità per il suo nucleo familiare di avere un incidente domestico?**

- ( ) assente
- ( ) bassa
- ( ) alta
- ( ) molto alta

**3. In passato ha ricevuto informazioni su come si prevengono gli incidenti domestici ?**

- ( ) si
- ( ) no
- ( ) non ricordo

**(se si) Da chi le ha ricevute?**

- ( ) TV / Giornali / Riviste
- ( ) operatori sanitari
- ( ) insegnanti
- ( ) altro

**Queste informazioni hanno determinato un adeguamento nella sua casa?**

- ( ) per niente
- ( ) poco
- ( ) abbastanza
- ( ) molto

Terza sezione

**4. Come riconosce la pericolosità di una sostanza** (possibile una sola risposta)

- ( ) sulla confezione è presente il simbolo della morte
- ( ) non è commestibile
- ( ) tutte le sostanze possono essere pericolose

**5. Ritiene che il modo migliore per far prendere le medicine a suo figlio/a sia** (possibile una sola risposta):

- ( ) proporle come caramelle o succhi di frutta
- ( ) far finta di prenderle a sua volta
- ( ) somministrarle per quello che sono: medicine

- 6. La sua casa ha un terrazzo?** Si ( ) No ( )  
**Se si, lei ha :**  
una rete a piccole maglie su ringhiera Si ( ) No ( )  
un tavolo e delle sedie Si ( ) No ( )  
dei vasi da fiori Si ( ) No ( )  
scalette e/o mobili bassi Si ( ) No ( )  
altro mobilio Si ( ) No ( )

**7. Ha applicato sul fornello della sua casa quella barriera che impedisce al bambino di toccare le pentole o di rovesciarle?** Si ( ) No ( )

**8. Per la conservazione di detersivi ed altre sostanze tossiche che utilizza in casa come si è regolato** (possibile una sola risposta):

- ( ) ho spiegato al bambino che sono pericolosi e che non deve toccarli  
( ) li tengo in un luogo a lui inaccessibile  
( ) controllo costantemente che lui non ne venga a contatto

**9. Nello scegliere un giocattolo per suo figlio, cosa ritiene sia più importante?** (possibile una sola risposta):

- ( ) che sia colorato ed emetta suoni, perché la cosa più importante è stimolare la sua curiosità  
( ) che abbia elementi ad incastro così da stimolare la sua abilità motoria  
( ) che non si possano staccare frammenti.

**10. Le capita di lasciare suo figlio/a in casa da solo/a con altri bambini:**

- ( ) sì ( ) qualche volta ( ) solo quando dorme ( ) mai

Quarta sezione

**11. Suo figlio ha avuto eventi accidentali domestici?** Si ( ) No ( )

**12. Che tipo di incidente ha avuto?**(possibili più risposte)

- ( ) ustione  
( ) tagli e ferite  
( ) soffocamento  
( ) cadute  
( ) intossicazioni  
( ) folgorazioni  
( ) annegamento

**13. Al momento dell'incidente il bambino era:** (possibili più risposte)

- ( ) solo  
( ) con genitore  
( ) con fratelli/sorelle  
( ) con nonni/zii  
( ) con baby sitter

**14. Dove è avvenuto l'incidente?** (possibili più risposte)

- ( ) bagno  
( ) cucina  
( ) cameretta  
( ) soggiorno  
( ) terrazzo  
( ) giardino  
( ) garage

**15. Quale intervento si è reso necessario?** (possibili più risposte)

- ( ) visita dal medico di famiglia  
( ) visita medica al pronto soccorso  
( ) ricovero ospedaliero  
( ) assistenza/medicazione a domicilio  
( ) nessuno

Quinta sezione

**16. È favorevole che suo figlio partecipi a questo progetto:**

- ( ) per niente ( ) poco ( ) abbastanza ( ) molto

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

- ( ) per niente ( ) poco ( ) abbastanza ( ) molto

**18. Quali informazioni Le interessa maggiormente ricevere:**

- ( ) l'informazione sulla prevenzione  
( ) norme e provvedimenti da attuare  
( ) nessuna