

SWOT analysis di una survey online nazionale su salute e benessere di bambine e bambini durante la pandemia di COVID 19 (Progetto EPaS-ISS): sfide, fattori di successo e lezioni apprese

Ilaria Luzi^a, Marco Giustini^b, Paola Nardone^a, Angela Spinelli^c, Silvia Andreozzi^a, Mauro Bucciarelli^a, Silvia Ciardullo^a

^a Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^b Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^c già Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY

SWOT analysis of a national online survey on the health and well-being of children during the COVID-19 pandemic (EPaS-ISS project): challenges, success factors and lessons learnt

Introduction

In the framework of the project "Effects of COVID-19 pandemic on health behaviour and lifestyle of children and their families living in Italy" (EPaS ISS), an online survey measured family health-related lifestyles before and during the COVID-19 pandemic and their effects on children's well-being. This paper presents a SWOT analysis of the survey to identify elements useful for designing studies and for assessing replicability.

Materials and methods

The SWOT analysis has been carried out on the online survey, including questionnaire access and completion, and comparison with findings from other countries involved in the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative.

Results

The SWOT analysis showed the following elements: Strengths: soundness of the sample design, opportunity for cross-national comparison, multidimensional approach, cross-sector and inter-institutional collaboration; Weaknesses: low participation rate (<40%), high percentage of non-responses for specific areas (e.g. parents' employment), structural methodological limitations (e.g. inability to collect anthropometric data); Opportunities: development and enhancement of surveillance systems, enhancement of cross-sector collaboration; Threats: digital divide and barriers to access, sustainability and systemic continuity, questionnaire fatigue and competition between different studies.

Discussion and conclusions

The analysis shows that sample robustness, comparability and established collaboration support implementation in emergencies. Nonetheless, low participation, selective non-response and missing anthropometric data may limit representativeness. Strengthening surveillance and adopting adaptable models could enhance future studies. Addressing digital barriers and respondent burden are important to more inclusive designs. The EPaS ISS study demonstrated the feasibility of integrated child health surveillance in emergencies. Replicability requires multimodal strategies, stable organisational structures and contextual adaptation. Investing in local capacity, continuous data flows and equitable methods will improve the quality and impact of public health surveys.

Key words: child health; SWOT analysis; COVID-19

ilaria.luzi@iss.it

Introduzione

Al fine di approfondire le ricadute della pandemia di COVID-19 sul benessere fisico, emotivo e sociale dei bambini e delle bambine (NdR: da ora in poi solo "bambini") della scuola primaria, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha promosso e finanziato il progetto EPaS-ISS "Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie in Italia" coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute. EPaS-ISS si colloca nel quadro della partecipazione italiana alla

Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), promossa dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1). L'Italia aderisce al COSI-OMS tramite OKkio alla SALUTE (2), la sorveglianza nazionale su sovrappeso, obesità e comportamenti correlati alla salute nei bambini della scuola primaria. I dati italiani raccolti nell'ambito di EPaS-ISS hanno contribuito alla ricerca internazionale, condotta tra il 2021 e il 2023, sugli effetti del COVID-19, promossa dal COSI-OMS ed effettuata in diciassette Paesi europei (3). Il progetto si è articolato in due componenti principali

che sono state portate avanti parallelamente: i) un'indagine quantitativa realizzata tramite web survey, che costituisce il focus del presente contributo; ii) uno studio qualitativo volto ad approfondire il vissuto e le percezioni relative agli effetti della pandemia, i cui risultati non sono qui oggetto di trattazione (4).

Attraverso l'indagine quantitativa si sono volute rilevare eventuali variazioni intercorse tra il periodo pre-pandemico che ha preceduto il lockdown e quello pandemico riguardanti abitudini alimentari, livelli di attività fisica e sedentarietà, benessere percepito, relazioni familiari, condizioni abitative, accesso alla didattica a distanza e disponibilità di dispositivi digitali e connessione internet. Inoltre, mediante la raccolta di dati di peso e altezza dei bambini riportati dai genitori, è stato possibile rilevarne lo stato ponderale. Sono state, infine, acquisite informazioni sociodemografiche delle famiglie, tra cui area geografica di residenza, livello di istruzione, occupazione e nazionalità dei genitori, condizione economica del nucleo familiare (4).

Tuttavia, come ogni studio condotto in condizioni emergenziali, anche il progetto EPaS-ISS ha dovuto affrontare sfide operative e metodologiche: il presente contributo si propone dunque di analizzare criticamente l'esperienza maturata attraverso l'indagine quantitativa mediante una SWOT analysis (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) (5, 6), con l'obiettivo di identificare le principali lezioni apprese - in termini di fattori di successo e criticità - potenzialmente utili alla progettazione di futuri studi di popolazione sulla salute e sul benessere dei bambini. Allo stesso tempo, si vuole offrire uno strumento operativo di riflessione a professionisti interessati a sviluppare studi dedicati, valorizzando l'infrastruttura e il patrimonio di esperienza derivanti da sorveglianze di popolazione già consolidate, che possano fungere da cornice di riferimento e punto di avvio. In tale prospettiva, la sorveglianza OKkio alla SALUTE ha rappresentato per lo studio EPaS-ISS un modello strutturale di supporto.

L'analisi è stata condotta in modo induttivo e finalizzata all'identificazione di punti di forza, criticità, opportunità di miglioramento e possibili minacce, al fine di proporre indicazioni operative e metodologiche per studi futuri.

Materiali e metodi

Per la selezione del campione ci si è avvalsi della collaborazione strutturata con le scuole che avevano già partecipato alla raccolta dati 2019 di OKkio alla SALUTE, secondo un disegno stratificato,

con l'intento di garantire la rappresentatività a livello nazionale. Avendo mantenuto come unità di campionamento la medesima classe scolastica di OKkio alla SALUTE (terza primaria, bambini di 8-9 anni), i bambini coinvolti nello studio EPaS-ISS non sono gli stessi arruolati per OKkio alla SALUTE 2019. Le attività a livello locale sono state coordinate e supportate dai referenti regionali e aziendali delle ASL che, con il supporto degli uffici scolastici provinciali, hanno presentato lo studio alle scuole. I genitori hanno ricevuto informazioni sullo studio e il link per la compilazione del questionario attraverso i dirigenti scolastici e gli insegnanti. L'indagine ha previsto che la compilazione del questionario fosse a cura di un solo dei genitori/tutori (4).

Il questionario, somministrato in modalità online attraverso la piattaforma LimeSurvey, è stato reso disponibile in quattro lingue (italiano, inglese, arabo e cinese) al fine di favorire la partecipazione anche da parte di famiglie con background migratorio e garantire un maggiore livello di accessibilità linguistica. Il questionario comprendeva domande predisposte dalla Regione europea dell'OMS, nell'ambito dell'iniziativa COSI, riguardanti benessere, abitudini alimentari, attività fisica, tempo trascorso davanti agli schermi, giochi all'aperto e sonno. Per ciascuno di questi ambiti ai genitori è stato chiesto di indicare eventuali cambiamenti tra il periodo precedente alla pandemia (pre-COVID-19, cioè prima di febbraio/marzo 2020) e il periodo pandemico (COVID-19, da febbraio/marzo 2020 fino ad aprile 2022, in base alle fasi di sospensione della didattica in presenza). Il questionario è stato arricchito con ulteriori domande formulate dal Gruppo di Ricerca EPaS-ISS e dal Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE per un totale di 30 quesiti ([Materiale Aggiuntivo - Tabella](#)). Le domande, relative a bambini e nucleo familiare convivente, trattavano questioni specifiche legate ai periodi di isolamento, come difficoltà nella didattica a distanza (DAD), carenza di dispositivi elettronici o di connessione internet per le attività, e problemi legati alla mancanza di spazio in casa, anche in rapporto al numero di persone presenti nell'abitazione (4). La survey è stata attiva online nel periodo compreso tra aprile e settembre 2022 e proposta alle 17 Regioni e 2 Province Autonome partecipanti allo studio. Complessivamente, sono state invitate a partecipare all'indagine 12.661 famiglie ([Figura 1](#)).

Di queste, 8.120 (64,1%) hanno effettuato l'accesso online al questionario e 5.900 (pari al 46,6% delle famiglie invitate) hanno completato la fase iniziale di consenso informato alla

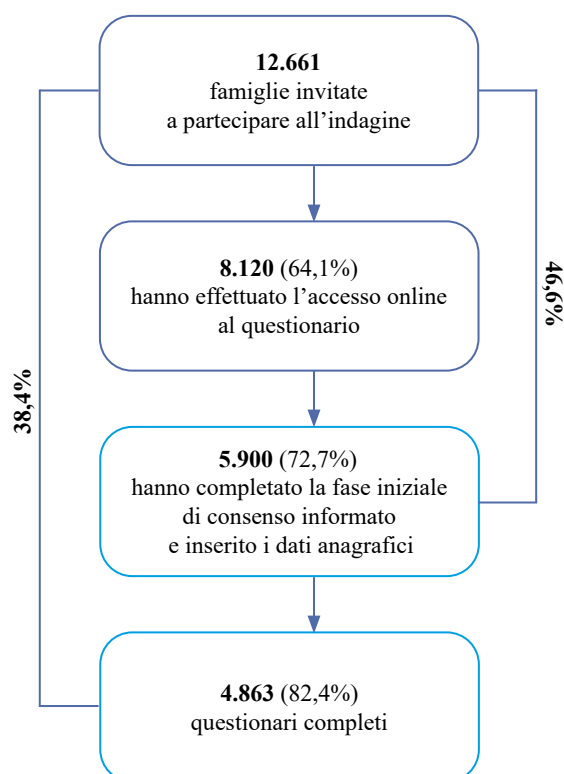


Figura 1 - Flowchart relativo alla selezione del campione. Le percentuali tra parentesi si riferiscono alla quota rispetto alla fase immediatamente precedente; le percentuali riportate a lato indicano la quota rispetto al totale iniziale di famiglie invitate (n. 12.661). *Fonte:* EPaS-ISS

partecipazione e inserito i propri dati anagrafici per il consenso al trattamento dei dati personali. La procedura di accesso prevedeva infatti l'accettazione esplicita dell'informativa sulla privacy e la compilazione di una sezione dedicata ai dati personali del rispondente, come previsto dalla normativa vigente. Le analisi statistiche sono state condotte su 4.863 questionari completi (pari al 38,4% delle famiglie invitate a partecipare), escludendo i casi in cui i rispondenti si erano limitati a rispondere solo alle prime domande senza proseguire nella compilazione.

Come framework analitico per questo lavoro, è stata adottata la SWOT analysis per individuare fattori sia interni che esterni, positivi e negativi, che hanno avuto un impatto sul processo di realizzazione della survey online EPaS-ISS. L'analisi si è basata sui risultati quantitativi già pubblicati su tre ambiti specifici, ossia alimentazione, benessere percepito, attività fisica e sedentarietà (7-9), nonché sui dati di accesso e compilazione del questionario online, nonché su un confronto descrittivo con i risultati dello studio internazionale COSI-OMS sulla pandemia (3).

Risultati

Analisi SWOT

Punti di forza (Strengths)

Qualità del disegno campionario, dimensione nazionale e internazionale

L'approccio adottato nell'estrazione del campione di EPaS-ISS ha garantito una buona rappresentatività. Inoltre, l'aderenza al protocollo metodologico COSI-OMS ha assicurato coerenza con quanto raccolto dagli altri sedici Paesi partecipanti all'indagine. Questa standardizzazione internazionale ha reso possibile un confronto tra i dati italiani e quelli europei e ha permesso all'Italia di contribuire al panorama conoscitivo internazionale (3).

Approccio multidimensionale nell'analisi del fenomeno

Il questionario ha esplorato simultaneamente diversi aspetti della salute e del benessere dei bambini, come le abitudini alimentari, l'attività fisica, il benessere emotivo, le condizioni abitative e l'accesso alla DAD. Sul versante tecnologico, l'adozione della piattaforma LimeSurvey ha assicurato la fruibilità del questionario da diversi dispositivi mobili (PC, smartphone, tablet), mentre la sua disponibilità in quattro lingue ha permesso di favorire l'inclusività linguistica nella raccolta dei dati.

Collaborazione intersettoriale e interistituzionale consolidata

La sinergia tra ISS, referenti regionali e aziendali della rete di OKkio alla SALUTE e le dirigenze scolastiche si è rivelata un fattore di successo cruciale, a conferma dell'importanza di muoversi all'interno di sistemi di sorveglianza consolidati. Infatti, grazie a questa pregressa collaborazione tra istituzioni e settori diversi è stato possibile, anche in una condizione di emergenza sanitaria, garantire una distribuzione capillare dell'informazione sullo studio e reclutare un adeguato campione di famiglie.

Punti di debolezza (Weaknesses)

Limitazioni nella partecipazione e rappresentatività del campione

Il tasso di risposta finale del 38,4% delle famiglie invitate a compilare il questionario, di per sé non trascurabile per una survey online su base volontaria (10, 11), ha posto una serie di riflessioni in merito alla partecipazione allo studio. Più nello specifico, merita attenzione la causa del drop-out rilevato.

Infatti, degli 8.120 soggetti che hanno effettuato l'accesso al questionario, 3.257 (40,1%) hanno abbandonato la survey. Di questi,

2.220 l'hanno abbandonata senza aver fornito il consenso alla partecipazione e inserito i propri dati anagrafici: informazioni obbligatorie per accedere alle domande del questionario. Questa fase preliminare, conforme ai requisiti etici e di tutela della privacy richiesti dallo studio, potrebbe aver rappresentato un ostacolo per alcuni utenti e aver contribuito al drop-out precoce. I restanti 1.037 soggetti, che hanno interrotto la compilazione dopo aver fornito il consenso informato e i dati socio-anagrafici,

potrebbero aver abbandonato lo studio a causa dell'impegno richiesto dalla complessità dello strumento di rilevazione.

Il campione finale di genitori rispondenti ha presentato un bias di selezione verso famiglie con livelli di istruzione medio-alti e, probabilmente, maggiore familiarità con gli strumenti digitali rispetto, ad esempio, alla rilevazione OKkio alla SALUTE 2019, che era disponibile anche su supporto cartaceo e aveva raggiunto una rispondenza del 95% (12) (Figura 2).

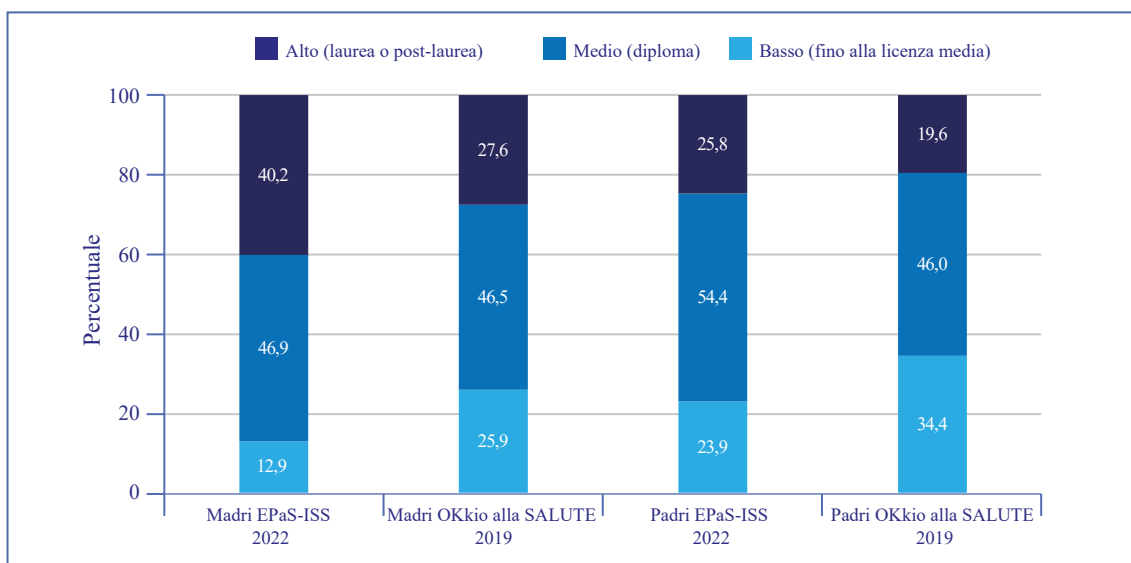


Figura 2 - Distribuzione percentuale del livello di istruzione di madre e padre. Confronto tra OKkio alla SALUTE (rilevazione 2019) e studio EPaS-ISS

Nonostante il questionario EPaS-ISS fosse disponibile in quattro lingue, la partecipazione allo studio da parte di famiglie composte da almeno un genitore non italiano è risultata inferiore rispetto a quella di OKkio alla SALUTE 2019 (10) (10,5% vs 16,7%). Quest'ultimo dato era, peraltro, già inferiore rispetto al valore Istat relativo alla coorte di nati nel 2014 (coorte che comprende oltre il 70% dei bambini partecipanti alla rilevazione EPaS-ISS) con almeno un genitore straniero, pari al 20,7% (13).

Mancate risposte

Un ulteriore limite della rilevazione EPaS-ISS ha riguardato l'elevata percentuale di mancate risposte in alcune sezioni del questionario. In particolare, le sezioni su organizzazione del lavoro (fino al 33,1% nel dato riferito alla madre, Figura 3); occupazione (fino al 35,5% nel dato riferito al padre, Figura 4) e condizione economica (fino al 24,7%, Figura 5) hanno mostrato elevati valori di mancate risposte. Per quest'ultima, in linea con lo studio internazionale

(3), la percentuale di mancate risposte è stata calcolata includendo anche le opzioni "Non so/non rispondo".

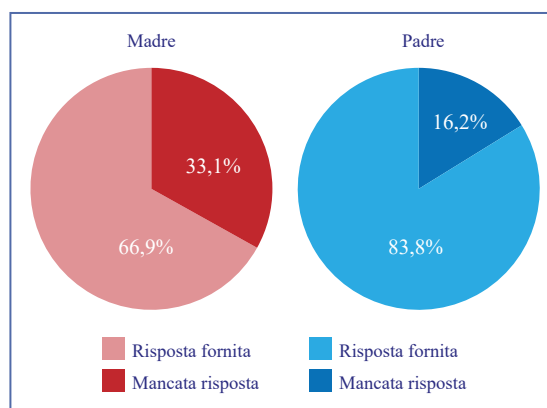


Figura 3 - Proporzione di dati mancanti alla domanda "Organizzazione del lavoro durante il periodo COVID-19". Risposte possibili: Attività lavorativa svolta in casa (smart-working); Attività lavorativa svolta in sede; Attività lavorativa svolta parzialmente in casa e parzialmente in sede. Fonte: Studio EPaS-ISS

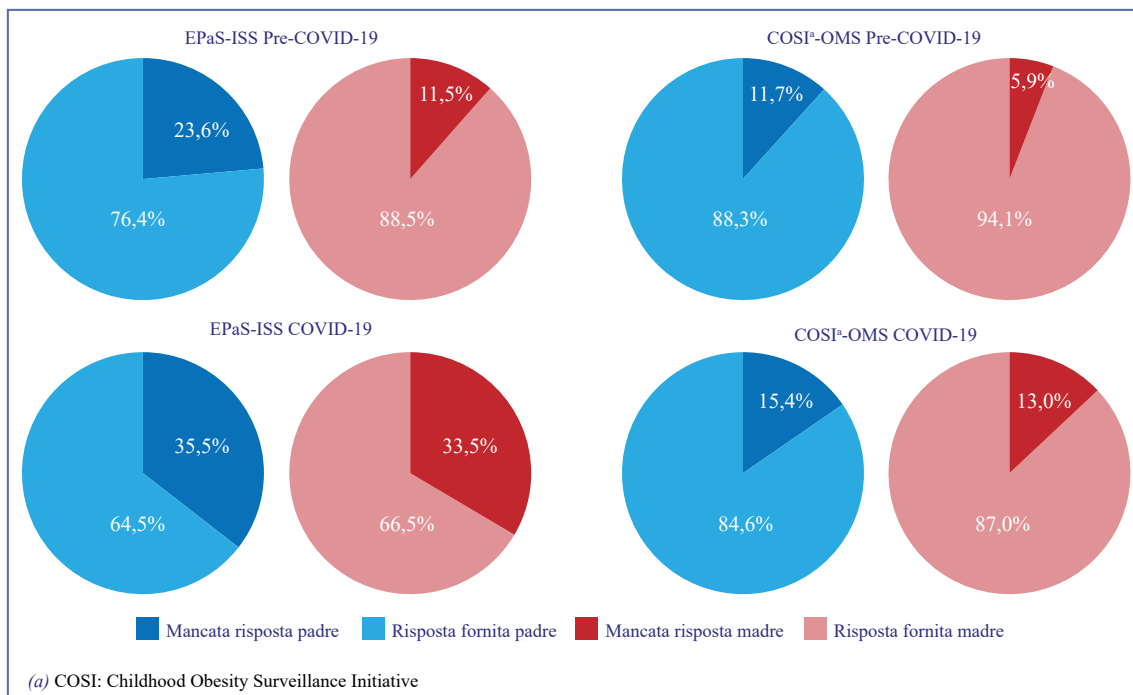


Figura 4 - Proporzione di dati mancanti alla domanda “Occupazione nel periodo pre-COVID-19 e nel periodo COVID-19”. Risposte possibili: Casalinga/o a tempo pieno; Lavoratore/Lavoratrice a tempo pieno; Lavoratore/Lavoratrice part-time; Disoccupata/o; Studente/Studentessa; Nessuna occupazione per malattia o disabilità; Pensionato/a. *Fonte:* Studio EPaS-ISS

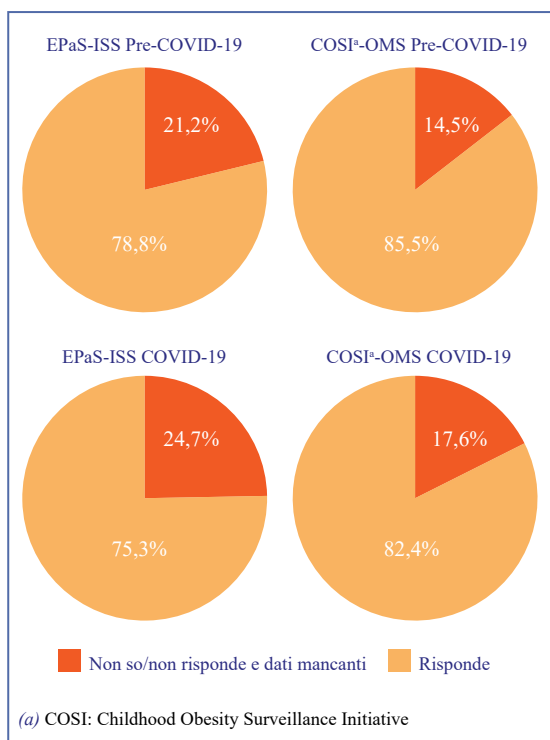


Figura 5 - Proporzione di “Non so/Non risponde” e di dati mancanti alla domanda: “Con i soldi a disposizione (da reddito proprio o familiare), come arrivava la sua famiglia a fine mese nel periodo pre-COVID e nel periodo COVID-19”? Risposte possibili: Molto facilmente; Abbastanza facilmente; Con qualche difficoltà; Con molte difficoltà. Confronto tra indagine COSI-OMS e studio EPaS-ISS

In riferimento a occupazione e situazione economica (**Figura 4** e **Figura 5**), nello studio EPaS-ISS la prevalenza di mancate risposte non solo è stata superiore a quella dei Paesi europei partecipanti all'indagine COSI-OMS (3), ma è anche aumentata dal periodo pre-COVID-19 a quello COVID-19, suggerendo una maggiore difficoltà del contesto italiano a fornire informazioni percepite come particolarmente sensibili.

Anche nella sezione sulle abitudini alimentari delle famiglie, sia nel periodo pre-COVID-19 che in quello pandemico, su alcuni item sono stati riscontrati valori più alti di dati mancanti, ad esempio per gli item “Comprare cibo online” (23,2%) e “Mangiare cibo preparato fuori casa” (15,1%) (4). Questo risultato, riscontrato nello studio EPaS-ISS, ma anche in altri Paesi partecipanti (9), potrebbe essere riferito a una comprensione non ottimale delle domande piuttosto che a reticenza del rispondente.

Questi elementi sottolineano l'importanza, in studi futuri, di prevedere un pre-testing qualitativo strutturato del questionario. Tale approccio, già raccomandato dalla letteratura internazionale per le indagini su larga scala (14-17), permette di valutare in anticipo la chiarezza, l'interpretabilità e la coerenza delle domande dal punto di vista del rispondente, identificando eventuali ambiguità linguistiche, carichi cognitivi eccessivi o fraintendimenti semantici.

Limitazioni metodologiche strutturali

A differenza delle rilevazioni periodiche di OKkio alla SALUTE, che prevedono la raccolta di misure antropometriche da parte di operatori sanitari formati, nel presente studio tale procedura non è stata attuata a causa delle difficoltà di accesso alle scuole durante la pandemia e dell'impiego del personale delle ASL in attività prioritarie legate alla gestione dell'emergenza pandemica. Le restrizioni e le criticità organizzative hanno, inoltre, influenzato le modalità di presentazione dello studio da parte dei referenti locali di Okkio alla SALUTE, spesso limitate a incontri online. Pertanto, per ragioni di sicurezza, il questionario - pur ampio e strutturato - non ha potuto includere misure oggettive, quali rilevazioni antropometriche, osservazioni dirette o dati clinici.

L'esclusivo ricorso a misure riportate dai genitori ha comportato alcuni limiti intrinseci. In primo luogo, il possibile bias di desiderabilità sociale, che potrebbe aver indotto i rispondenti a sottostimare comportamenti a rischio o condizioni percepite come socialmente sfavorevoli. In secondo luogo, la modalità indiretta di raccolta dati, in cui i genitori sono chiamati a fornire informazioni sul vissuto quotidiano dei figli: l'affidamento esclusivo ai genitori/tutori come informatori potrebbe aver introdotto un rischio di distorsione percettiva, poiché le informazioni raccolte esprimono solo la prospettiva degli adulti, che può non coincidere con l'esperienza soggettiva dei bambini (18-19). A ciò si aggiunge il possibile effetto memoria nelle risposte che richiedevano confronti retrospettivi tra il periodo pre-pandemico e quello pandemico, con intervalli temporali talvolta superiori ai due anni (20, 21).

Opportunità (Opportunities)

Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza

Partendo da un sistema di sorveglianza consolidato quale OKkio alla SALUTE, l'esperienza EPaS-ISS e la struttura modulare del questionario online hanno evidenziato una buona applicabilità anche in contesti emergenziali, configurandosi come modello operativo replicabile. I dati raccolti suggeriscono, inoltre, la possibilità di elaborare nuovi indicatori capaci di intercettare dimensioni trasversali, quali: benessere percepito (8), resilienza familiare, equità di accesso alla connessione digitale e ai dispositivi tecnologici. Tali indicatori possono arricchire la comprensione dei determinanti di salute e fornire un contributo conoscitivo alla pianificazione di interventi mirati di sanità pubblica. Infine, l'adozione di

uno strumento digitale per la raccolta dei dati, pur imposta dal contesto emergenziale, ha introdotto un significativo valore metodologico da considerare come riferimento per studi successivi.

Valorizzazione della collaborazione intersettoriale

L'indagine quantitativa EPaS-ISS ha ribadito la rilevanza strategica di un approccio intersettoriale alla promozione della salute, attraverso il coinvolgimento del sistema scolastico e quello dei servizi sanitari territoriali, anche in una situazione emergenziale. L'integrazione collaudata tra questi settori, con competenze e aree di azione diverse, è stata una leva fondamentale per la creazione di nuove opportunità conoscitive a supporto della salute della popolazione. Inoltre, l'esperienza EPaS-ISS ha confermato che la rete esistente può essere attivata anche in contesti emergenziali, riducendo i tempi di avvio e garantendo capillarità territoriale.

Posizionamento internazionale e sviluppi futuri

La partecipazione di EPaS-ISS allo studio internazionale promosso dall'OMS Europa ha contribuito a rafforzare l'integrazione dell'Italia nella rete COSI-OMS, facilitando allo stesso tempo lo scambio di buone pratiche e la comparabilità internazionale di dati innovativi raccolti in un contesto emergenziale globale. Questo posizionamento potrà risultare utile per favorire una partecipazione più efficace a iniziative analoghe, grazie a una rete di collaborazione già consolidata e potenzialmente replicabile in futuri ambiti di indagine.

Minacce (Threats)

Digital divide e barriere all'accesso

L'esperienza EPaS-ISS ha evidenziato come l'utilizzo esclusivo di una piattaforma online per la partecipazione alla survey rischi di escludere nuclei familiari in condizioni di svantaggio tecnologico, linguistico o economico, sotto rappresentando proprio le fasce di popolazione più esposte alle disuguaglianze, spesso quelle per cui il monitoraggio della salute infantile risulterebbe più necessario. Il digital divide, ossia la disparità strutturale nell'accesso alle infrastrutture e alle competenze necessarie per l'utilizzo efficace dei servizi digitali (22), può ancora costituire una minaccia concreta alla rappresentatività di studi di popolazione basati esclusivamente su strumenti digitali.

Mancata capitalizzazione dell'esperienza

Una minaccia è rappresentata dalla progressiva perdita di attenzione politica e mediatica relativa all'impatto della pandemia sulla salute e il benessere dei bambini. Al di fuori del contesto emergenziale, infatti, la minore pressione dell'opinione pubblica potrebbe ridurre l'interesse a promuovere e sostenere studi e azioni volti a comprendere possibili effetti a lungo termine della pandemia. In assenza di strategie di lungo periodo, iniziative come EPaS-ISS rischiano di non trovare seguito, con la conseguenza di una scarsa valorizzazione delle opportunità di apprendimento che tali esperienze potrebbero offrire.

Affaticamento da questionario e competizione tra studi

Un'ulteriore minaccia è rappresentata dal fenomeno della survey fatigue, ossia la progressiva riduzione della disponibilità a partecipare a indagini da parte di popolazioni ripetutamente sollecitate. Le famiglie con bambini in età scolare costituiscono un target frequentemente coinvolto in rilevazioni di diversa natura (scolastiche, sanitarie, sociali) e il moltiplicarsi delle richieste di partecipazione può generare saturazione e disaffezione. Tale rischio risulta amplificato nel contesto post-pandemico, in cui la sovraesposizione a comunicazioni istituzionali e la percezione di un carico burocratico crescente potrebbero tradursi in tassi di adesione progressivamente decrescenti, compromettendo la qualità e la rappresentatività di future iniziative di sorveglianza (23)

Discussione

L'analisi SWOT dello studio EPaS-ISS ha evidenziato una tensione tra esigenze conoscitive e pragmatismo operativo tipico delle indagini di popolazione in contesti emergenziali. A differenza di un impiego meramente descrittivo del framework, spesso oggetto di critica nella letteratura metodologica (24), l'analisi è stata qui orientata all'identificazione di indicazioni operative e lezioni apprese, valorizzando le interdipendenze tra i quattro quadranti. Lo studio ha dimostrato la fattibilità di rilevare nuove dimensioni comportamentali, contestuali ed emotive grazie alla rete della sorveglianza nazionale e alla collaborazione intersettoriale tra salute, scuola e territorio, utilizzando esclusivamente strumenti digitali. Tuttavia, sono emerse criticità di rappresentatività, come il tasso di risposta finale (questionari completi) del 38,4% e il bias verso famiglie con elevata scolarità (solo il 12,9% delle madri e il 23,9% dei padri ha dichiarato un titolo

di studio "basso"). La raccolta di informazioni su dimensioni sensibili, quali la condizione occupazionale dei genitori, ha mostrato un'elevata quota di dati mancanti (35,5% per i padri), segnalando la difficoltà di acquisire tali dati.

Un paradosso riguarda l'adozione delle tecnologie digitali: se da un lato l'approccio multilingue e digitalizzato ha favorito l'evoluzione metodologica, indispensabile in fase pandemica, dall'altro ha amplificato il digital divide, escludendo le fasce più vulnerabili, proprio quelle che maggiormente beneficerebbero di sistemi di sorveglianza integrati. Tale evidenza sottolinea la necessità, a oggi, di mantenere modelli di raccolta dati diversificati e inclusivi, per evitare di alimentare la dicotomia tra innovazione tecnologica ed equità sociale.

Sul piano della sostenibilità, l'esperienza ha confermato che la standardizzazione internazionale, garantita dall'adesione al protocollo COSI-OMS e l'ampiezza tematica dell'indagine sono compatibili con la fattibilità operativa, a condizione che siano supportate da infrastrutture collaborative consolidate, come quella della rete di OKkio alla SALUTE.

Lezioni apprese dallo studio EPaS-ISS: sfide, successi e indicazioni per il futuro

Sulla base delle evidenze raccolte, emergono diverse indicazioni operative per migliorare future indagini di popolazione sulla salute, infantile e non solo.

Sul piano del reclutamento e dell'accessibilità, la possibilità di collaborare con reti già attive e radicate sul territorio rappresenta un elemento chiave per garantire efficacia nell'arruolamento e tempestività nella realizzazione. L'utilizzo di strumenti digitali richiede tuttavia una preventiva valutazione delle barriere di accesso, come l'adozione di strategie multicanale che integrino modalità digitali con opzioni tradizionali (ad esempio, questionari cartacei) per raggiungere famiglie con competenze digitali limitate (25). L'esperienza EPaS-ISS suggerisce, inoltre, che la sola traduzione linguistica può non essere sufficiente per garantire una partecipazione equa: sarà necessario valutare lo sviluppo di protocolli di coinvolgimento specifici per sottogruppi vulnerabili prevedendo, ad esempio, supporto tecnico dedicato e punti di accesso fisici.

Sul piano metodologico, l'elevata non-risposta osservata in alcune sezioni suggerisce la necessità di una particolare attenzione nella formulazione di quesiti relativi ad ambiti potenzialmente percepiti come sensibili o di non immediata comprensione. Inoltre, occorre contenere il carico

complessivo delle domande e la durata massima della compilazione (20-25 minuti) per mantenere una buona qualità e completezza delle risposte (26). Sul piano etico e comunicativo, la gestione della privacy deve essere concepita non solo come adempimento normativo, ma anche come elemento progettuale da rendere comprensibile e rassicurante per i partecipanti, evitando che possa tradursi in un ostacolo alla partecipazione.

Sul piano della sostenibilità metodologica e operativa è opportuno investire nel capacity building territoriale, per formare competenze locali nella gestione di indagini complesse. Parallelamente, l'integrazione con sorveglianze esistenti, ad esempio attraverso lo sviluppo di moduli aggiuntivi per OKkio alla SALUTE, può rappresentare una strategia metodologica replicabile anche in altri sistemi di sorveglianza di popolazione. In una prospettiva di lungo periodo, l'investimento in sistemi permanenti e multidimensionali consente di superare la frammentarietà di approcci episodici, ottenendo così continuità nel monitoraggio del benessere infantile anche in contesti emergenziali o nel caso fosse necessario approfondire tematiche emergenti di particolare rilievo per la popolazione target.

Implicazioni per le politiche sanitarie

L'evidenza di disparità nell'accesso alla partecipazione riflette in modo più ampio le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nelle opportunità di salute. Ne deriva l'opportunità che le politiche pubbliche attribuiscono priorità a interventi orientati all'equità digitale, attraverso programmi strutturali finalizzati a ridurre il digital divide. Tali programmi dovrebbero garantire un accesso universale alla connettività e ai dispositivi, promuovere lo sviluppo di competenze digitali di base tra i genitori e assicurare un adeguato supporto tecnico alle famiglie in condizioni di vulnerabilità. È inoltre importante prevedere azioni di trasferimento delle conoscenze anche in materia di tutela della privacy, in particolare per i nuclei familiari con minori livelli di istruzione, al fine di favorire un utilizzo consapevole e sicuro degli strumenti digitali. Parallelamente, modelli di presa in carico che colleghino scuola, servizi sanitari territoriali e servizi sociali potrebbero valorizzare i dati di sorveglianza per orientare interventi mirati sul territorio. Sul piano del finanziamento, sarà opportuno sviluppare strategie di sostenibilità a lungo termine che garantiscano la replicabilità di approcci multidimensionali alla sorveglianza della salute infantile, indipendentemente da contingenze specifiche.

Conclusioni

Lo studio EPaS-ISS ha rappresentato un'esperienza metodologicamente solida e operativamente sostenibile per la realizzazione di una sorveglianza integrata sulla salute infantile, anche in contesti emergenziali. L'approccio multidimensionale, l'uso di strumenti digitali accessibili e multilingue e la collaborazione intersettoriale consolidata costituiscono elementi replicabili in futuri studi su scala territoriale o tematica.

L'analisi SWOT ha evidenziato che il successo di iniziative analoghe dipenderà dalla capacità di coniugare innovazione metodologica ed equità sociale, superando il digital divide attraverso strategie multicanale e investendo nella sostenibilità sistemica oltre le contingenze emergenziali. La replicabilità del modello richiede, tuttavia, adattamento ai contesti locali, coinvolgimento delle comunità, attenzione alle disuguaglianze e strutture organizzative stabili. In questa prospettiva, sistemi di sorveglianza consolidati possono costituire un solido punto di partenza per sviluppare progetti di ricerca su specifici ambiti di interesse, offrendo un framework flessibile su cui costruire strategie di sanità pubblica inclusive e resilienti per affrontare le sfide attuali e future dell'infanzia.

Infine, in aggiunta al valore informativo intrinseco, EPaS-ISS ha permesso di avvalersi di un sistema di sorveglianza di popolazione consolidato (OKkio alla SALUTE) come base di partenza per realizzare uno studio mirato, sperimentando un sistema di raccolta dati esclusivamente online.

Citare come segue:

Luzi I, Giustini M, Nardone P, Spinelli A, Andreozzi S, Bucciarelli M, Ciardullo S. SWOT analysis di una survey online nazionale su salute e benessere di bambine e bambini durante la pandemia di COVID 19 (progetto EPaS-ISS): sfide, fattori di successo e lezioni apprese. *Boll Epidemiol Naz* 2026;7(1):1-9.

Conflitti di interesse dichiarati:

nessuno.

Comitato etico: Comitato etico nazionale approvazione 0045150 Classe: PRE BIO CE 01.00 del 23 dicembre 2021.

Finanziamenti: Progetto realizzato con il supporto finanziario dell'Istituto Superiore di Sanità (Bando Ricerca Indipendente ISS 2020-2022).

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. WHO Regional Office for Europe. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). [www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-\(cosi\)](http://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi)); ultimo accesso: 19/5/2026.
2. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Sorveglianza OKkio alla SALUTE. www.epicentro.iss.it/okkioallasalute; ultimo accesso: 19/5/2026.

3. Report on the impact of the COVID-19 pandemic on the daily routine and behaviours of school-aged children: results from 17 Member States in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. iris.who.int/bitstream/handle/10665/376574/WHO-EURO-2024-9702-49474-74016-eng.pdf?sequence=8; ultimo accesso 19/5/2026.
4. Ciardullo S, Nardone P, Spinelli A, Giustini M, Andreozzi S, Cattaneo C, Giusti A (Ed.). *Effetti della pandemia da COVID-19 su salute e stile di vita di bambini, bambine e loro famiglie in Italia: risultati del progetto EPaS-ISS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/30).
5. Weihrich H. The TOWS matrix - a tool for situational analysis. *Long Range Planning* 1982;15(2):54-66. doi:10.1016/0024-6301(82)90120-0
6. Helms M, Nixon J. Exploring SWOT analysis-where are we now? A review of academic research from the last decade. *J Strategy Manag* 2010;3:215-51. doi:10.1108/17554251011064837
7. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Andreozzi S, Bucciarelli M, Giustini M, et al. Changes in Food Consumption and Eating Behaviours of Children and Their Families Living in Italy during the COVID-19 Pandemic: The EPaS-ISS Study. *Nutrients* 2023;15(15):3326. doi: 10.3390/nu15153326
8. Giustini M, Luzi I, Spinelli A, Andreozzi S, Bucciarelli M, Buoncristiano M, Nardone P, Ciardullo S; EPaS-ISS Group. Exploring changes in children's well-being due to COVID-19 restrictions: the Italian EPaS-ISS study. *Ital J Pediatric* 2023;49(1):118. doi: 10.1186/s13052-023-01521-9
9. Nardone P, Broccoli S, Spinelli A, Buoncristiano M, Andreozzi S, Bucciarelli M, et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours of children living in Italy due to the COVID-19 pandemic: the EPaS-ISS study. *Arch Public Health* 2025; 83, 214. doi.org/10.1186/s13690-025-01701-5
10. Sauermann H, Roach M. Increasing web survey response rates in innovation research: an experimental study of static and dynamic contact design features. *Res Policy* 2013; 42(1):273-86. doi:10.1016/j.respol.2012.05.003
11. Wu MJ, Zhao K, Fils-Aime F. Response rates of online surveys in published research: a meta-analysis. *Comput Hum Behav Rep* 2022;7:100206. doi:10.1016/j.chbr.2022.100206
12. Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Rapporti ISTISAN 22/27).
13. Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2014 - Report Istat. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2015/11/Natalit%C3%A0_fecondita_2014.pdf; ultimo accesso: 19/5/2026.
14. Hurst S, Arulogun OS, Owolabi AO, Akinyemi R, Uvere E, Warth S, et al. Pretesting Qualitative Data Collection Procedures to Facilitate Methodological Adherence and Team Building in Nigeria. *Int J Qual Methods* 2015;14:53-64. doi: 10.1177/160940691501400106
15. Brown KM, Lindenberger JH, Bryant CA. Using pretesting to ensure your messages and materials are on strategy. *Health Promot Pract* 2008;9:116-22. doi: 10.1177/1524839908315134
16. Collins D. Pretesting survey instruments: An overview of cognitive methods. *Qual Life Res* 2003;12:229-38. doi: 10.1023/a:1023254226592
17. Drennan J. Cognitive interviewing: Verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *J Adv Nurs* 2003;42:57-63. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02579.x
18. Sithole F, Veugelers PJ. Parent and child reports of children's activity. *Health Rep* 2008;19(3):19-24. PMID: 18847142.
19. Rebholz CE, Chinapaw MJ, van Stralen MM, Bere E, Bringolf B, De Bourdeaudhuij I, et al. Agreement between parent and child report on parental practices regarding dietary, physical activity and sedentary behaviours: the ENERGY cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2014;14:918. doi: 10.1186/1471-2458-14-918
20. Widom CS. Are Retrospective Self-reports Accurate Representations or Existential Recollections? *JAMA Psychiatry* 2019;76(6):567-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.4599
21. Baldwin JR, Reuben A, Newbury JB, Danese A. Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019;76(6):584-93. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0097
22. Treccani. Enciclopedia della Scienza e della Tecnica. Digital divide. https://www.treccani.it/enciclopedia/digital-divide_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/; ultimo accesso 19/5/2026.
23. de Koning R, Egiz A, Kotecha J, Ciuculete AC, Ooi SZY, Bankole NDA, et al. Survey Fatigue During the COVID-19 Pandemic: An Analysis of Neurosurgery Survey Response Rates. *Front Surg* 2021; 8:690680. doi: 10.3389/fsurg.2021.690680
24. Hill T, Westbrook R. SWOT analysis: it's time for a product recall. *Long Range Planning* 1997;30(1):46-52. doi:10.1016/S0024-6301(96)00095-7
25. Revilla M, Höhne JK. How long do respondents think online surveys should be? New evidence from two online panels in Germany. *Int J Mark Res* 2020;62(5):538-45. doi.org/10.1177/1470785320943049
26. Galesic M, Bosnjak M. Effects of questionnaire length on participation and indicators of response quality in a web survey. *Publ Op Q* 2009;73(2):349-60. doi:10.1093/poq/nfp031

Materiale Aggiuntivo - Tabella

Questionario

ALCUNE INFORMAZIONI SUL BAMBINO/SULLA BAMBINA

1) Qual è la sua parentela con il bambino/la bambina?

1. sono la madre
2. sono il padre
3. altro (per favore specificare), io sono: _____

Qual è l'età del bambino/bambina

*es. un bambino nato il 16 settembre 2013, il 10 marzo 2022 (data di compilazione del questionario)
avrà 8 anni e 5 mesi*

1. anni
2. mesi

Il bambino/la bambina è

1. maschio
2. femmina

**Le prossime domande riguardano l'impatto della pandemia da COVID-19
sulle abitudini e i comportamenti giornalieri**

2) Per favore, indichi ogni mese in cui prevalentemente il bambino/la bambina non ha potuto frequentare la scuola a causa della pandemia COVID-19

(es. a causa del lockdown nazionale, perché residenti in una zona "rossa", perché in quarantena oppure perché la scuola frequentata era chiusa)

Consideri prima l'anno 2020

2. febbraio	3. marzo	4. aprile	5. maggio	6. giugno	7. luglio	8. agosto
9. settembre	10. ottobre	11. novembre	12. dicembre			

Consideri poi l'anno scorso, il 2021

1. gennaio	2. febbraio	3. marzo	4. aprile	5. maggio	6. giugno	7. luglio
8. agosto	9. settembre	10. ottobre	11. novembre	12. dicembre		

In ultimo consideri l'anno in corso, il 2022

1. gennaio	2. febbraio	3. marzo	4. aprile
------------	-------------	----------	-----------

IMPORTANTE

Nelle seguenti domande consideri come **"Periodo PRE-COVID"** il periodo **prima di marzo 2020** precedente all'inizio della pandemia (o, nei comuni interessati, prima di febbraio 2020) e come **"Periodo COVID-19"** il periodo in cui il bambino/la bambina è stato/a prevalentemente **a casa a causa del COVID-19** (mesi indicati nella domanda precedente).

3) Il bambino/la bambina, lei, il suo/la sua partner vi siete ammalati di COVID-19 (malattia confermata da un medico e/o dalla positività al test diagnostico)?

	1. Lei	2. Il bambino/ la bambina	3. Il suo/la sua partner	4. Altre persone che convivono con lei e il bambino/la bambina
1. No	☐	☐	☐	☐
Sì	☐	☐	☐	☐
2. Sì, con isolamento a casa	☐	☐	☐	☐
3. Sì, con ricovero in ospedale	☐	☐	☐	☐
4. Altro, <i>specificare la risposta nel successivo box di testo posto sotto la tabella</i>	☐	☐	☐	☐

Specificare per favore la risposta "altro" inserita nella tabella precedente: _____

4) Per favore indichi se il consumo dei seguenti cibi del bambino/della bambina è cambiato durante il periodo COVID-19 rispetto a quello del periodo PRE-COVID (diminuito, rimasto uguale o aumentato)

	1. È diminuito in confronto al periodo PRE-COVID	2. È rimasto uguale in confronto al periodo PRE-COVID	3. È aumentato in confronto al periodo PRE-COVID	4. Non so
1. Frutta fresca	☐	☐	☐	☐
2. Verdure (incluse zuppe e passati di verdure ma escluse le patate)	☐	☐	☐	☐
3. Carne	☐	☐	☐	☐
4. Pesce	☐	☐	☐	☐
5. Latticini (es. latte, yogurt, formaggi) e uova	☐	☐	☐	☐
6. Legumi	☐	☐	☐	☐
7. Snack salati (es. patatine, popcorn, noccioline, crackers)	☐	☐	☐	☐
8. Dolci (es. torte, merendine, biscotti, caramelle, gelato)	☐	☐	☐	☐
9. Bibite confezionate contenenti zucchero (es. tè, aranciata, cola, succhi di frutta)	☐	☐	☐	☐
10. Cereali a colazione (es. corn flakes, muesli)	☐	☐	☐	☐

5) Quanto spesso il bambino/ la bambina mangia cibo che è stato ordinato tramite App e/o tramite altri servizi online di consegna a domicilio?

	PRE-COVID	Periodo COVID-19
1.	☐ mai	☐ mai
2.	☐ meno di una volta al mese	☐ meno di una volta al mese
3.	☐ una volta al mese	☐ una volta al mese
4.	☐ 2-3 volte al mese	☐ 2-3 volte al mese
5.	☐ una volta a settimana	☐ una volta a settimana
6.	☐ più di una volta a settimana	☐ più di una volta a settimana

6) Per favore, indichi quali dei seguenti comportamenti in una normale settimana durante il periodo COVID-19 siano stati differenti rispetto al periodo PRE-COVID:

	1. Meno che nel periodo PRE-COVID	2. Lo stesso che nel periodo PRE-COVID	3. Più che nel periodo PRE-COVID	4. Non so
1. Comprare cibo regionale/locale nei negozi o mercati locali	☐	☐	☐	☐
2. Comprare cibo nei supermercati	☐	☐	☐	☐
3. Comprare cibo online	☐	☐	☐	☐
4. Comprare cibo in grande quantità (per un periodo più lungo di una settimana)	☐	☐	☐	☐
5. Mangiare pietanze preparate in casa	☐	☐	☐	☐
6. Mangiare cibi precotti	☐	☐	☐	☐
7. Mangiare cibi preparati fuori casa (es. take away, cibi ordinati online o preparati dal ristorante)	☐	☐	☐	☐
8. Mangiare insieme in famiglia	☐	☐	☐	☐
9. Fare colazione	☐	☐	☐	☐
10. Cucinare insieme a sua/o figlia/o	☐	☐	☐	☐
11. Riutilizzare il cibo avanzato	☐	☐	☐	☐
12. Pianificare gli acquisti e i pasti in anticipo	☐	☐	☐	☐

- 7) Per favore indichi se durante il periodo COVID-19 alcune abitudini del bambino/della bambina sono cambiate rispetto al periodo PRE-COVID (diminuite, rimaste uguali o aumentate):

	1. È diminuito in confronto al periodo PRE-COVID	2. È rimasto uguale in confronto al periodo PRE-COVID	3. È aumentato in confronto al periodo PRE-COVID	4. Non so
1. Quantità di ore di sonno nei giorni feriali	☐	☐	☐	☐
2. Quantità di ore di sonno nel fine settimana	☐	☐	☐	☐
3. Più di 3 ore al giorno di tempo trascorso a studiare in casa (incluse ore di scuola online)	☐	☐	☐	☐
4. Tempo trascorso a giocare attivamente/energicamente (es. correndo o saltando all'aperto o muovendosi e facendo giochi di movimento all'interno) al di fuori dell'orario scolastico, nei giorni feriali	☐	☐	☐	☐
5. Tempo trascorso a giocare attivamente/energicamente (es. correndo o saltando all'aperto o muovendosi e facendo giochi di movimento all'interno) al di fuori dell'orario scolastico, nel fine settimana	☐	☐	☐	☐
6. Tempo trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi o utilizzare i social media per scopi non didattici nei giorni feriali	☐	☐	☐	☐
7. Tempo trascorso a guardare la TV, giocare ai videogiochi/ o utilizzare i social media per scopi non didattici nel fine settimana	☐	☐	☐	☐

- 8) Tenendo sempre presente che il periodo PRE-COVID è quello prima di febbraio-marzo 2020 e il periodo COVID-19 sono i mesi che lei ha indicato all'inizio del questionario e in cui il bambino/la bambina è stato a casa a causa del COVID-19, per favore ci dica come lei classificherebbe il peso del suo bambino/della sua bambina:

	1. Periodo PRE-COVID	2. Periodo COVID-19	3. Adesso
1. Sottopeso	☐	☐	☐
2. Normopeso	☐	☐	☐
3. Un po' in sovrappeso	☐	☐	☐
4. Molto in sovrappeso/Obeso	☐	☐	☐

- 9) Per favore, può indicare il peso e l'altezza del bambino/della bambina, il suo e quello del suo/della sua partner nel periodo attuale?

	1. Il bambino/ la bambina	2. Lei	3. Il suo/la sua partner
1. Peso (kg)			
2. Altezza (cm)			

10) Come giudicherebbe i comportamenti e i sentimenti del bambino/della bambina durante il periodo PRE-COVID?

	Mai	Raramente	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
1. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva bene e in forma?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva pieno di energia?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva triste?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva solo?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Il suo bambino/la sua bambina aveva abbastanza tempo per se stesso?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Il suo bambino/la sua bambina era in grado di fare le cose che desiderava fare nel tempo libero?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva trattato in modo giusto dai genitori	☐	☐	☐	☐	☐
8. Il suo bambino/la sua bambina si divertiva con i suoi amici?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Il suo bambino/la sua bambina aveva buoni risultati a scuola?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Il suo bambino/la sua bambina riusciva a concentrarsi?	☐	☐	☐	☐	☐

11) Come giudicherebbe i comportamenti e i sentimenti del bambino/della bambina durante il periodo COVID-19 (mesi da lei indicati precedentemente)?

	Mai	Raramente	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
1. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva bene e in forma?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva pieno di energia?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva triste?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva solo?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Il suo bambino/la sua bambina aveva abbastanza tempo per se stesso?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Il suo bambino/la sua bambina era in grado di fare le cose che desiderava fare nel tempo libero?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Il suo bambino/la sua bambina si sentiva trattato in modo giusto dai genitori	☐	☐	☐	☐	☐
8. Il suo bambino/la sua bambina si divertiva con i suoi amici?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Il suo bambino/la sua bambina aveva buoni risultati a scuola?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Il suo bambino/la sua bambina riusciva a concentrarsi?	☐	☐	☐	☐	☐

12) Durante il periodo COVID-19, il bambino/la bambina ha partecipato a videochiamate (su PC, tablet o smartphone) con amici o parenti (es. nonni, zii, cugini)?

1. Mai
2. Sì, raramente durante la settimana
3. Sì, più volte durante la settimana
4. Sì, almeno una volta al giorno
5. Sì, più volte al giorno

Adesso le faremo alcune domande sull'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo durante il periodo COVID-19

13) Quali conviventi erano presenti in casa? (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

1. Padre
2. Madre
3. Fratelli/sorelle → quanti fratelli/sorelle? _____
4. Nonni/e → quanti nonni/e? _____
5. Altro, specificare: _____

14) Oltre al bambino alla bambina rispetto al quale sta compilando il questionario, quanti altri bambini/altre bambine con meno di 14 anni erano presenti in casa? (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

1. Nessuno
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4
6. 5 o più

15) Quanti m2 misurava la casa? (Inserire anche i m2 indicativi, qualora non fosse a conoscenza della misura precisa) (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

16) La casa presentava spazi esterni (es. giardino, balcone, terrazzo)? (Consideri l'abitazione nella quale il bambino/la bambina ha trascorso la maggior parte del suo tempo)

1. Sì, spazi ampi abitabili
2. Sì, spazi ridotti non abitabili
3. Nessuno spazio esterno

Adesso le faremo alcune domande sulla didattica a distanza (DAD) e sull'aiuto della scuola durante il periodo COVID-19:

17) La scuola frequentata dal bambino/dalla bambina ha offerto la possibilità della DAD?

Se la risposta è [1] passare direttamente alla domanda 20

1. Mai
2. Sì, ma solo qualche giorno a settimana
3. Sì, tutti i giorni della settimana, ma solo per un numero limitato di ore
4. Sì, tutti i giorni della settimana per un numero adeguato di ore

18) Il bambino/la bambina ha partecipato alle attività in DAD?

1. Sì, sempre o la maggior parte delle volte
2. Mai o quasi mai

19) Può indicarci i motivi per cui il bambino/la bambina non ha partecipato alle attività in DAD organizzate dalla scuola?

1. Mancanza di un dispositivo elettronico su cui seguire le lezioni
2. Mancanza di una connessione internet adeguata
3. Mancanza di uno spazio nell'abitazione adeguato a far seguire le lezioni online
4. Difficoltà del bambino/della bambina nel seguire le lezioni online
5. Altro, specificare: _____

20) In che modo la scuola ha aiutato la sua famiglia?

1. Ha fornito un dispositivo elettronico (PC, tablet, smartphone) per lo svolgimento dell'attività in DAD?
2. Ha aiutato lei e il suo/la sua partner per l'apprendimento del bambino/della bambina a casa
3. Ha fornito, laddove necessario, un aiuto didattico aggiuntivo
4. Ha aiutato lei e il suo/la sua partner in materia di salute e benessere
5. Non è stato necessario alcun tipo di aiuto da parte della scuola
6. Altro, specificare: _____

21) Durante il periodo COVID-19, in che misura lei o il suo/la sua partner siete stati in grado di fornire al suo bambino/alla sua bambina?

	1. Per niente	2. Poco	3. In parte	4. In buona parte	5. In larga parte
1. supporto per seguire le lezioni da remoto	☐	☐	☐	☐	☐
2. supporto per svolgere i compiti assegnati	☐	☐	☐	☐	☐
3. supporto tecnico/ informatico per partecipare alle lezioni da remoto	☐	☐	☐	☐	☐

Adesso le faremo alcune domande sull'attività fisica:

22) Durante il periodo PRE-COVID il bambino/la bambina svolgeva attività fisica organizzata (sport)?

1. Sì
2. No

23) Durante il periodo COVID-19 per quanti mesi il bambino/la bambina ha dovuto sospendere l'attività fisica organizzata (sport) per motivi legati al COVID-19?

1. numero mesi |__|__|

Adesso qualche domanda sui genitori:

24) Nazionalità della Madre

1. Italiana
2. Straniera, specificare la nazionalità: _____
3. Figura non presente

Titolo di studio della Madre

1. Nessuno
2. Scuola primaria (da 6 a 11 anni)
3. Scuola secondaria di primo grado (da 11 a 14 anni)
4. Scuola secondaria di secondo grado (da 14 a 19 anni)
5. Laurea
6. Master/Dottorato/Specializzazione

Nazionalità del Padre

1. Italiana
2. Straniera, specificare la nazionalità: _____
3. Figura non presente

Titolo di studio del Padre

1. Nessuno
2. Scuola primaria (da 6 a 11 anni)
3. Scuola secondaria di primo grado (da 11 a 14 anni)
4. Scuola secondaria di secondo grado (da 14 a 19 anni)
5. Laurea
6. Master/Dottorato/Specializzazione

25) Durante il periodo COVID-19, quale tra le seguenti fonti web ha consultato con più frequenza, per informarsi sulla pandemia?

1. Quotidiani online
2. Siti web governativi e/o istituzionali
3. Social network
4. Altro, specificare: _____

26) Durante il periodo COVID-19, ha consultato online materiale informativo su come promuovere l'attività fisica nei bambini/nelle bambine e/o proporre loro una corretta alimentazione?

1. Sì
2. No

Specificare il materiale e la fonte: _____

27) Per favore ci può dire la sua occupazione e quella del suo/della sua partner nel periodo PRE-COVID e nel periodo COVID-19 (ricordi sempre che il periodo PRE-COVID è quello prima di febbraio/marzo 2020 e il periodo COVID-19 sono i mesi da lei indicati in all'inizio del questionario)

	Periodo PRE-COVID		Periodo COVID-19	
	1. Lei	2. Il suo/la sua partner	1. Lei	2. Il suo/la sua partner
1. Casalinga/o a tempo pieno	☐	☐	☐	☐
2. Lavoratore/Lavoratrice a tempo pieno	☐	☐	☐	☐
3. Lavoratore/Lavoratrice part-time	☐	☐	☐	☐
4. Disoccupata/o	☐	☐	☐	☐
5. Studente	☐	☐	☐	☐
6. Nessuna occupazione per malattia o disabilità	☐	☐	☐	☐
7. Pensionato/a	☐	☐	☐	☐
8. Altro (specificare) _____	☐	☐	☐	☐

28) Indichi l'organizzazione del suo lavoro e di quello del suo/della sua partner durante il periodo COVID-19:

	1. Lei	2. Il suo/la sua partner
1. Attività lavorativa svolta in casa	☐	☐
(smart-working)	☐	☐
2. Attività lavorativa svolta in sede	☐	☐
3. Attività lavorativa svolta parzialmente in casa e parzialmente in sede	☐	☐
4. Altro, specificare _____	☐	☐

29) Con i soldi a disposizione (da reddito proprio o familiare), come arrivava la sua famiglia a fine mese nel periodo PRE-COVID e nel periodo COVID-19? Per favore, fornisca una risposta per ogni periodo.

	1. Periodo PRE-COVID	2. Periodo COVID-19
1. Molto facilmente	☐	☐
2. Abbastanza facilmente	☐	☐
3. Con qualche difficoltà	☐	☐
4. Con molte difficoltà	☐	☐
5. Non so/Non rispondo	☐	☐

30) La sua famiglia ha ricevuto qualche aiuto economico (es. dalla Stato, dalle Regioni) a causa della pandemia da COVID-19?

1. Sì
2. No