

QUESTIONARIO FAMIGLIE 2.0
Progetto di ricerca-azione Se.M.E. (Sensibilizzazione alla Media Education)

SEZIONE ANAGRAFICA

Chi compila il questionario: genitrice genitore

Anno di nascita della/del genitrice/genitore: ____/____/____

Titolo di studio della/del genitrice/genitore:

laurea o titolo superiore	<input type="checkbox"/>
diploma di scuola media superiore	<input type="checkbox"/>
diploma di scuola media inferiore	<input type="checkbox"/>
licenza elementare	<input type="checkbox"/>
nessun titolo	<input type="checkbox"/>

Mese e anno di nascita della/del figlia/o: ____/ ____

Mese e anno di nascita di eventuale altra/o figlia/o: ____/ ____

Mese e anno di nascita di eventuale altra/o figlia/o: ____/ ____

Mese e anno di nascita di eventuale altra/o figlia/o: ____/ ____

Mese e anno di nascita di eventuale altra/o figlia/o: ____/ ____

STRUMENTI UTILIZZATI

1) Quali dei seguenti strumenti vengono utilizzati, anche saltuariamente, da sua/o figlia/o?

- a) computer (fisso o portatile)
- b) *console* videogiochi
- c) e-book
- d) impianto stereo
- e) lettore mp3
- f) lettore DVD
- g) libro
- h) macchina fotografica/videocamera
- i) smartphone
- j) tablet
- k) televisione
- l) nessuno dei precedenti → va a domanda 9
- m) nessuno dei precedenti, è troppo piccola/o → va a domanda 9

2) Con quale frequenza questi strumenti vengono utilizzati da sua/o figlia/o a casa? (rispondere solo per gli strumenti indicati a domanda 1)

	raramente	una volta a settimana	più volte a settimana	una volta al giorno	più volte al giorno
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>				
console videogiochi	<input type="checkbox"/>				
e-book	<input type="checkbox"/>				
impianto stereo	<input type="checkbox"/>				
lettore mp3	<input type="checkbox"/>				
lettore DVD	<input type="checkbox"/>				
libro	<input type="checkbox"/>				
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>				
smartphone	<input type="checkbox"/>				
tablet	<input type="checkbox"/>				
televisione	<input type="checkbox"/>				

3) Per quanto tempo indicativamente nell'arco di una giornata questi strumenti vengono utilizzati da sua/o figlia/o? (rispondere solo per gli strumenti indicati a domanda 1)

	fino a 1/2 ora	da 1/2 ora a 1 ora	da 1 a 2 ore	da 2 a 3 ore	oltre 3 ore
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>				
console videogiochi	<input type="checkbox"/>				
e-book	<input type="checkbox"/>				
impianto stereo	<input type="checkbox"/>				
lettore mp3	<input type="checkbox"/>				
lettore DVD	<input type="checkbox"/>				
libro	<input type="checkbox"/>				
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>				
smartphone	<input type="checkbox"/>				
tablet	<input type="checkbox"/>				
televisione	<input type="checkbox"/>				

4) In quale momento della giornata sua/o figlia/o utilizza questi strumenti dal lunedì al venerdì? (rispondere solo per gli strumenti indicati a domanda 1)

	durante la colazione	durante la mattina	durante i pasti principali	a merenda	nel pomeriggio	prima di addormentarsi	durante la notte
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
console videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-book	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impianto stereo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore mp3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
libro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) In quale momento della giornata sua/o figlia/o utilizza questi strumenti durante il fine settimana o i giorni festivi? (rispondere solo per gli strumenti indicati a domanda 1)

	durante la colazione	durante la mattina	durante i pasti principali	a merenda	nel pomeriggio	prima di addormentarsi	durante la notte
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
console videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-book	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impianto stereo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore mp3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
libro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Quali tra queste persone utilizzano questi strumenti insieme a sua/o figlia/o? (rispondere solo per gli strumenti indicati a domanda 1)

	genitrice/tore	sorella/fratello	nonna/o	baby sitter	altri adulti familiari	altre/i bambine/i	nessuno
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>						
console videogiochi	<input type="checkbox"/>						
e-book	<input type="checkbox"/>						
impianto stereo	<input type="checkbox"/>						
lettore mp3	<input type="checkbox"/>						
lettore DVD	<input type="checkbox"/>						
libro	<input type="checkbox"/>						
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>						
smartphone	<input type="checkbox"/>						
tablet	<input type="checkbox"/>						
televisione	<input type="checkbox"/>						

7) Osservando sua/o figlia/o mentre interagisce con gli strumenti da Lei indicati, quali reazioni nota? (rispondere solo per gli strumenti indicati a domanda 1)

	appare curiosa/o e divertita/o	mangia con più facilità	si annoia rapidamente	si impaurisce	si isola	le chiede di partecipare
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
console videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-book	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impianto stereo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore mp3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
libro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Come si comporta solitamente quando sua/o figlia/o richiede uno degli strumenti da Lei indicati? (rispondere solo per gli strumenti indicati a domanda 1)

	chiedo il motivo	glielo faccio usare liberamente	glielo faccio usare mentre faccio altro	le/gli ricordo le regole stabilite	lo utilizzo insieme a lei/lui	propongo alternative	non lo richiede
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
console videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e-book	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impianto stereo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore mp3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lettore DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
libro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Con quale frequenza Lei utilizza i seguenti strumenti davanti a sua/o figlia/o?

	mai	raramente	una volta a settimana	più volte a settimana	una volta al giorno	più volte al giorno
computer (fisso o portatile)	<input type="checkbox"/>					
console videogiochi	<input type="checkbox"/>					
e-book	<input type="checkbox"/>					
impianto stereo	<input type="checkbox"/>					
lettore mp3	<input type="checkbox"/>					
lettore DVD	<input type="checkbox"/>					
libro	<input type="checkbox"/>					
macchina fotografica/videocamera	<input type="checkbox"/>					
smartphone	<input type="checkbox"/>					
tablet	<input type="checkbox"/>					
televisione	<input type="checkbox"/>					

Se ha risposto m) a domanda 1 → fine questionario

10) Esistono regole, all'interno della famiglia, per l'uso da parte di sua/o figlia/o degli strumenti da Lei indicati?

- a) sì
 b) no → va a domanda 12 (Se ha risposto l) a domanda 1 → va a 21)

11) Quali aspetti riguardano tali regole? (indicare max 4 opzioni)

- a) i contenuti visualizzati
- b) divieto di utilizzo
- c) i luoghi dove utilizzarli
- d) premio rispetto al comportamento della/del bambina/o
- e) punizione rispetto al comportamento della/del bambina/o
- f) tempi di utilizzo

Se ha risposto l) a domanda 1 → va a 21

STRUMENTI TOUCHSCREEN

Rispondere alle domande da 12 a 20 solo se a domanda 1 si è selezionato tablet, smartphone o e-book

12) Sua/o figlia/o utilizza strumenti *touchscreen* (ad es. tablet, smartphone...) in compagnia di coetanee/i?

- a) sì
- b) no → va a domanda 14

13) Quali reazioni nota in sua/o figlia/o quando utilizza strumenti *touchscreen* in compagnia di coetanee/i?

	mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre
condivide lo strumento rispettando i tempi delle/gli altre/i bambine/i	<input type="checkbox"/>				
interagisce con interesse	<input type="checkbox"/>				
è stimolata/o a trovare soluzioni nuove	<input type="checkbox"/>				
può essere motivo di litigi	<input type="checkbox"/>				
le/i bambine/i coinvolte/i tendono a isolarsi anche se sono vicine/i	<input type="checkbox"/>				

14) Per quali motivi consente a sua/o figlia/o di interagire con gli strumenti *touchscreen*?

Spuntare se sì

- a) Come premio per un buon comportamento
- b) Per addormentarla/lo
- c) Per calmarla/o in caso di pianto e/o di agitazione
- d) Per comunicare con gli altri (telefonare o videotelefonare, mandare messaggi)
- e) Per invogliare a mangiare
- f) Per permettere all'adulta/o di svolgere altre attività
- g) Per superare momenti di noia
- h) Per utilizzare un'App (applicazione) educativa
- i) Perché è un gioco utile e divertente
- j) Perché li richiede o li cerca
- k) Perché vede che i genitori o altri adulti li utilizzano
- l) Perché vede che altre/i bambine/i li utilizzano

15) Di solito Lei sta accanto a sua/o figlia/o mentre usa uno strumento *touchscreen*?

- a) mai → va a domanda 17
 b) raramente
 c) qualche volta
 d) spesso
 e) sempre

16) Come agisce quando sta accanto a sua/o figlia/o che usa uno strumento *touchscreen*?

	mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre
cerco di spiegare ciò che la/il bambina/o non capisce	<input type="checkbox"/>				
cerco di stimolare la sua fantasia nell'uso dello strumento	<input type="checkbox"/>				
chiedo di farmi raccontare o spiegare cosa sta facendo	<input type="checkbox"/>				
giochiamo una volta per uno	<input type="checkbox"/>				
la prima volta che lo usa, le/gli spiego come funziona	<input type="checkbox"/>				
la/lo tengo in collo e nel frattempo faccio altre cose	<input type="checkbox"/>				
osservo la/il bambina/o e la/lo lascio giocare da sola/o	<input type="checkbox"/>				
scelgo quali contenuti farle/gli utilizzare	<input type="checkbox"/>				

17) Sua/o figlia/o fa uso di strumenti *touchscreen* nei seguenti luoghi?

	mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre
a casa dei nonni	<input type="checkbox"/>				
a casa di amici	<input type="checkbox"/>				
a casa propria	<input type="checkbox"/>				
al parco	<input type="checkbox"/>				
al ristorante	<input type="checkbox"/>				
in macchina	<input type="checkbox"/>				
in negozi/supermercati	<input type="checkbox"/>				
per strada (a piedi o sul passeggino)	<input type="checkbox"/>				
in sala di attesa	<input type="checkbox"/>				
sui mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>				

18) Quali contenuti vengono utilizzati da sua/o figlia/o attraverso strumenti *touchscreen*?*Spuntare se sì*

- a) App (applicazioni) già presenti sul cellulare o nel tablet
 b) ascolto di storie o fiabe
 c) ascolto di musica
 d) cartoni animati
 e) lettura di libri in formato digitale
 f) navigazione on-line
 g) realizzazione di foto o video
 h) semplice interazione con la superficie *touch*
 i) utilizzo di giochi e applicazioni scaricate appositamente per lei/lui
 j) video musicali
 k) visione di video o immagini realizzate da familiari/amici

19) Rispetto all'uso che ne fa sua/o figlia/o, quanto pensa siano utili gli strumenti *touchscreen* in relazione a:

	per niente	poco	abbastanza	molto	moltissimo
coordinazione motoria	<input type="checkbox"/>				
potenziamento della memoria	<input type="checkbox"/>				
socialità e relazioni con l'altro	<input type="checkbox"/>				
sviluppo del linguaggio	<input type="checkbox"/>				
sviluppo delle capacità cognitive	<input type="checkbox"/>				
sviluppo della fantasia e della creatività	<input type="checkbox"/>				

20) Rispetto all'uso che ne fa sua/o figlia/o, quanto pensa che gli strumenti *touchscreen* siano rischiosi in relazione a:

	per niente	poco	abbastanza	molto	moltissimo
difficoltà nella distinzione tra reale e virtuale	<input type="checkbox"/>				
dipendenza dagli strumenti	<input type="checkbox"/>				
influenza di onde elettromagnetiche	<input type="checkbox"/>				
manca di esperienze dirette	<input type="checkbox"/>				
condizionamento del comportamento	<input type="checkbox"/>				
problemi alla postura	<input type="checkbox"/>				
problemi alla vista	<input type="checkbox"/>				
socialità e relazioni con l'altro	<input type="checkbox"/>				
sviluppo del linguaggio e capacità cognitive	<input type="checkbox"/>				
visione/utilizzo di contenuti non adatti all'età	<input type="checkbox"/>				

21) Quali alternative all'uso degli strumenti propone a sua/o figlia/o?

	mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre
biblioteca	<input type="checkbox"/>				
centro commerciale	<input type="checkbox"/>				
collaborare in attività domestiche	<input type="checkbox"/>				
frequentare amici/parenti	<input type="checkbox"/>				
giochi al parco/giardino	<input type="checkbox"/>				
giochi in casa	<input type="checkbox"/>				
lettura di libri	<input type="checkbox"/>				
luoghi di culto	<input type="checkbox"/>				
ludoteca	<input type="checkbox"/>				
musei	<input type="checkbox"/>				
passeggiata	<input type="checkbox"/>				
sport	<input type="checkbox"/>				
teatro	<input type="checkbox"/>				