

Table S1: Characteristics of the study sample vs lost to follow-up

	Study Population	Lost to Follow-up	p-value
n	100	80	
Age, mean (y, SD)	4.87 (2.77)	4.54 (2.24)	0.455
Gender, Male	51 (51.00)	52 (64.20)	0.103
Height, mean (cm, SD)	105.95 (16.70)	105.70 (13.98)	0.965
Weight, mean (kg, SD)	20.28 (14.69)	18.44 (8.22)	0.851
BMI, mean (kg/m ² , SD)	16.64 (4.59)	15.90 (3.36)	0.496
PSG			
Average value SpO ₂ , mean (SD)	95.78 (1.98)	95.71 (3.15)	0.431
Minimum value SpO ₂ , mean (SD)	72.95 (9.79)	73.07 (10.35)	0.731
Total desaturations, mean (SD)	152.60 (82.25)	143.84 (92.86)	0.274
AHI mean (n events/h, SD)	19.91 (11.37)	18.82 (10.28)	0.799
Symptoms			
Oral or Mixed breath, n (%)	93 (93.00)	69 (85.19)	0.144
Drowsiness, n (%)	25 (25.00)	20 (24.69)	1.000
Irritability, n (%)	41 (41.00)	35 (43.21)	0.882
Diurnal headache, n (%)	22 (22.00)	14 (17.28)	0.546
Nasal voice, n (%)	76 (76.00)	65 (80.25)	0.614
Rhinitis	68 (68.00)	60 (74.07)	0.466
recurrent oropharyngeal infections	60 (60.00)	49 (60.49)	1.000
recurrent bronchial infections	30 (30.00)	22 (27.16)	0.799
School problems, n (%)	7 (7.00)	4 (4.94)	0.791
Growth delay (height \leq 5 th percentile), n (%)	16 (16.00)	18 (22.22)	1.000
Nocturnal snoring, n (%)	96 (96.00)	77 (95.06)	1.000
Apneas, n (%)	90 (90.00)	70 (86.42)	0.607
Cyanosis, n (%)	5 (5.00)	5 (6.17)	0.987
Feeling of suffocation, n (%)	39 (39.00)	39 (48.15)	0.278
Nocturnal fears, n (%)	43 (43.00)	37 (45.68)	0.833
Nocturnal cough, n (%)	44 (44.00)	42 (51.85)	0.367
Wheezing	34 (34.34)	28 (34.57)	1.000
Insomnia, n (%)	24 (24.00)	11 (13.58)	0.115
Enureses	30 (30.00)	30 (37.04)	0.400

Appendix 1 Questionnaire in Italian

Sezione 1

1) Russa? <ul style="list-style-type: none">▪ Sì▪ No▪ Non so
Risponda alle seguenti domande solo se ha risposto <i>Sì</i> alla domanda precedente: 2A) Il suo russamento è: <ul style="list-style-type: none">▪ lievemente più rumoroso di un respiro▪ rumoroso come il parlare▪ più rumoroso del parlare▪ molto rumoroso 2B) Russa spesso? <ul style="list-style-type: none">▪ Più o meno tutte le notti▪ 3-4 notti a settimana▪ 1-2 notti a settimana▪ 1-2 notti al mese▪ Mai o quasi mai 2C) Il suo russamento ha mai disturbato altre persone? <ul style="list-style-type: none">▪ Sì▪ No
3) Qualcuno ha notato che interrompe il respiro durante il sonno? <ul style="list-style-type: none">▪ Più o meno tutte le notti▪ 3-4 notti a settimana▪ 1-2 notti a settimana▪ 1-2 notti al mese▪ Mai o quasi mai

Sezione 2

3) Indichi la sua altezza: cm
4) Indichi il suo peso: kg
5) Soffre di ipertensione arteriosa? ▪ Sì ▪ No

Attribuzione del punteggio

La prima sezione è positiva quando il punteggio ottenuto è uguale o superiore a 2. Il punteggio è attribuito con la seguente modalità:

- Domanda 1: 1 punto se la risposta è "Sì"
- Domanda 2A: 1 punto se la risposta è *c* o *d*
- Domanda 2B: 1 punto se la risposta è *a* o *b*
- Domanda 2C: 1 punto se la risposta è *a*
- Domanda 3: 2 punti se la risposta è *a* o *b*

La seconda sezione è positiva quando il BMI è uguale o superiore a 30 kg/m², oppure quando si ottiene risposta positiva alla domanda relativa alla presenza di ipertensione arteriosa.

Ad integrazione del Questionario di Berlino sono state strutturate le seguenti domande:

7) Soffre di ipercolesterolemia/ipertigliceridemia?	▪ Sì	▪ No
8) Soffre di problemi cardiaci?	▪ Sì	▪ No
9) Le capitano frequentemente le seguenti condizioni?		
- Sonnolenza durante il giorno	▪ Sì	▪ No
- Cefalea al mattino	▪ Sì	▪ No
- Irritabilità	▪ Sì	▪ No
- Respiro	▪ Sì	▪ No
- Voce nasale	▪ Sì	▪ No
- Insonnia	▪ Sì	▪ No
- Tosse notturna	▪ Sì	▪ No
- Sensazione di soffocamento durante la notte	▪ Sì	▪ No
- Incubi	▪ Sì	▪ No
- Movimenti notturni	▪ Sì	▪ No
- Infezioni delle alte vie aeree ricorrenti	▪ Sì	▪ No
- Bronchiti ricorrenti	▪ Sì	▪ No
10) Ha mai effettuato interventi chirurgici di tipo Otorinolaringoiatrico?		
▪ Nessuno		
▪ Adenoidectomia		
▪ Tonsillectomia		
▪ Adenotonsillectomia		
▪ Altro:		
11) Qual è il suo titolo di studio?		
▪ Licenza media		
▪ Diploma di maturità		
▪ Laurea		

Appendix 2 Questionnaire in English

Section 1

1) Do you snore ? <ul style="list-style-type: none">• Yes• No• I don't know
If you snore: 2A) Your snoring is: <ul style="list-style-type: none">• Slightly louder than breathing• As loud as talking• Louder than talking• Very loud – can be heard in adjacent rooms 2B) How often do you snore? <ul style="list-style-type: none">• Nearly every day• 3-4 times a week• 1-2 times a week• 1-2 times a month• Never or nearly never 2C) Has your snoring ever bothered other people? Yes No
3) Has anyone noticed that you quit breathing during your sleep? <ul style="list-style-type: none">• Nearly every day• 3-4 times a week• 1-2 times a week• 1-2 times a month• Never or nearly never

Section 2

3) Indicate your height: cm _____
4) Indicate your weight: kg _____
5) Do you have high blood pressure? ▪ Yes ▪ No

Scoring

The first section is positive when the score obtained is equal to or greater than 2. The score is assigned in the following way:

- Question 1: 1 point if the answer is "Yes"
- Question 2A: 1 point if the answer is c or d
- Question 2B: 1 point if the answer is a or b
- Question 2C: 1 point if the answer is a
- Question 3: 2 points if the answer is a or b

The second section is positive when the BMI is equal to or greater than 30 kg / m², or when a positive response is obtained to the question relating to the presence of arterial hypertension.

In addition to the Berlin Questionnaire, the following questions have been structured:

7) Do you suffer from hypercholesterolemia / hypertriglyceridemia? ▪ Yes ▪ No	
8) Do you suffer from heart problems? ▪ Yes ▪ No	
9) Do the following conditions occur frequently?	
- Sleepiness during the day	▪ Yes ▪ No
- Headache in the morning	▪ Yes ▪ No
- Irritability	▪ Yes ▪ No
- Breath	▪ Yes ▪ No
- Nasal voice	▪ Yes ▪ No
- Insomnia	▪ Yes ▪ No
- Night cough	▪ Yes ▪ No
- Feeling of suffocation at night	▪ Yes ▪ No
- Nightmares	▪ Yes ▪ No
- Nocturnal movements	▪ Yes ▪ No
- Recurrent upper respiratory tract infections	▪ Yes ▪ No
- Recurrent bronchitis	▪ Yes ▪ No
10) Have you ever undergone Otolaryngology surgery?	
• None	
• Adenoidectomy	
• Tonsillectomy	
• Adenotonsillectomy	
• Other: _____	
11) What is your educational qualification?	
• Medium license	
• High school diploma	
• Degree	