

INFORMAZIONI SULLA RILEVAZIONE

L'Istat svolge questa ricerca dal 1980, con periodicità pressoché quinquennale, per conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di accesso ai servizi sanitari. Gli indicatori derivanti da tale indagine concorrono a costruire un sistema informativo estremamente utile per chi deve operare o chi deve decidere in campo sanitario. Molte delle informazioni (ad es. percezione delle condizioni di salute psico-fisica) non sono tutte reperibili dalle fonti amministrative, mentre è possibile ottenerle mediante rilevazioni presso le famiglie, così come avviene in molti altri Paesi dell'Unione Europea o dell'OCSE.

La rilevazione sulle “**Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari**” (codd. IST-02067 e IST-02153) è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 2011-2013. L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere queste attività di ricerca. Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistiche, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

La invitiamo, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 60.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e le chiediamo di accogliere, con cortese disponibilità, l'incaricato del Comune che, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari.

L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003). **Ai sensi dell'art. 7, comma 2 del d.lgs. n. 322/1989, l'intervistato potrà decidere se rispondere o meno ai quesiti di natura “sensibile” che riguardano direttamente le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Le saremo comunque grati se, data l'importanza della ricerca, vorrà fornire tutte le informazioni che le verranno richieste.**

Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero verde (gratuito) **800.085503** il martedì e il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

Il titolare del trattamento dei dati personali oggetto della presente indagine è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, al quale è possibile rivolgersi per conoscere l'elenco completo dei responsabili.

Sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs. 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, viale Liegi, 13 – 00198 Roma.

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI 2012 - 2013

6	CODICE INTERVISTATORE	□□□□
---	-----------------------	------

7	Data di consegna all'ufficio del Comune	□□	□□	□□□□
	Giorno	Mese	Anno	
	L'INTERVISTATORE			
..... (Cognome e nome leggibili)				
Visto per la revisione IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE				
.....				

A	MESE	□□
---	------------	----

1	Provincia	□□□□
	
	Comune	□□□□
.....		
Sezione di Censimento	□□□□ □□□□	
.....		

2	<i>(a cura del Comune)</i>	
	Numero <u>progressivo</u> della famiglia intervistata	
	□□□□	□□□□
Da 0001 al totale delle famiglie intervistate nel trimestre		

3	Numero d'ordine della famiglia nell'elenco <u>Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco</u>	
	□□□□□□	□□□□□□
	Da 00001 al totale delle famiglie nell'elenco nel trimestre	

4	Numero dei componenti la famiglia <u>anagrafica</u>	
	□□	□□
	(Riga 4 del <u>Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco</u>)	

5	Numero dei componenti la famiglia attuale	
	□□	□□

CODICI DA UTILIZZARE PER LA SCHEDA GENERALE

<p>Col. 1 Numero d'ordine dei componenti N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)</p> <p>Col. 2 Sesso Maschio 1 Femmina 2</p> <p>Col. 3 Età (in anni compiuti)</p> <p>Col. 4 Relazione di parentela con PR PR (persona di riferimento del questionario)01 Coniuge di 0102 Convivente (coniugamente) di 0103 Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 0104 Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 0105 Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza06 Figlio di 01 o del coniuge convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a)07 Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) .. 08 Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)09 Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)10 Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)11 Fratello/sorella di 0112 Fratello/sorella del coniuge o convivente di 0113 Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)14 Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)15 Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01)16 Persona legata da amicizia17</p> <p>Col. 5 Posizione con riferimento all'indirizzo della famiglia anagrafica Dimorante - abitualmente presente.....1 - temporaneamente assente.....2</p> <p>Col. 6 Anno di nascita Indicare l'anno di nascita con 4 cifre (es. 1952)</p> <p>Col. 7 Stato civile attuale (6 anni e più) Celibe o nubile1 Coniugato/a coabitante col coniuge2 Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto).....3 Separato/a legalmente4 Divorziato/a5 Vedovo/a6</p>	<p>Col. 8 Titolo di studio più alto conseguito (6 anni e più) Dottorato di ricerca 01 Laurea di 4 anni o più (nuova laurea specialistica/ magistrale a ciclo unico o vecchio ordinamento), Master di secondo livello o Scuola di specializzazione post-laurea 02 Laurea specialistica/magistrale di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento)03 Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento) o Master di primo livello 04 Diploma universitario (incluso diploma di Scuola diretta a fini speciali o di Scuola Parauniversitaria) 05 Diploma terziario extrauniversitario: (Diploma accademico di I e II livello di Alta Formazione Artistica e Musicale, Accademia di danza/belle arti/arte drammatica, Conservatori/Istituti musicali, Istituti per le industrie artistiche; Diploma di Scuola superiore per mediatori linguistici/interpreti e traduttori, Scuola di archivistica paleografica e diplomatica) 06 Diploma di scuola superiore di 4-5 anni07 Diploma di scuola superiore di 2-3 anni (incluso attestato di qualifica professionale di 2-3 anni)..... 08 Licenza media (o avviamento professionale).....09 Licenza elementare (o valutazione finale equivalente) 10 Nessun titolo - sa leggere e scrivere 11 Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere..... 12</p> <p>Col. 9 Condizione attuale, unica o prevalente Occupato 1 In cerca di nuova occupazione 2 In cerca di prima occupazione 3 Casalinga 4 Studente 5 Inabile al lavoro 6 Persona ritirata dal lavoro 7 In altra condizione 8</p> <p>Col. 10 Fonte principale di reddito (15 anni e più) Reddito da lavoro dipendente 1 Reddito da lavoro autonomo2 Pensione3 Indennità e provvidenze varie4 Redditi patrimoniali 5 Mantenimento da parte dei familiari6</p> <p>Col. 11 Anno matrimonio attuale Indicare l'anno di matrimonio con 4 cifre (es. 1952)</p> <p>Col. 12 Stato civile precedente al matrimonio attuale Celibe o nubile 1 Divorziato/a 5 Vedovo/a 6</p> <p><small>(a) A colonna 4 il cod. 07 va utilizzato solo nel caso di due o più matrimoni (o convivenze). Nel caso di un solo matrimonio (o convivenza) anche se cessato utilizzare cod. 06.</small></p>
--	--

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso

Maschio 1

Femmina 2

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune di residenza 1 → andare a dom. 1.6

Altro Comune italiano 2 Prov.
(specificare)

Cod. Prov. → andare a Vedi Appendice F dom. 1.6

Stato estero 3
(specificare)

Cod. Stato estero
Vedi Appendice G

(Se nato all'estero)

1.5 Da quanti anni complessivamente vive in Italia?
(Escludere i periodi trascorsi all'estero superiori ad un anno)

(PER TUTTI)

1.6 Cittadinanza

Italiana 1 → andare a dom.1.7

Straniera 2
(specificare)

Cod. Stato → andare a vedi Appendice G Sez. 2

Apolide 3 → andare a Sez. 2

(Se la cittadinanza   italiana)

1.7 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO 1

SI 2 → andare a Sez. 2

(Se NO)

1.8 Qual era la sua cittadinanza precedente?

Cittadinanza
(specificare)

Codice stato estero
Vedi Appendice G

2. LA FAMIGLIA DI ORIGINE (PER TUTTI)

2.1 Sua madre e suo padre vivono con Lei, in questa famiglia?

(rispondere per ciascuna colonna)

	Madre	Padre
Si, vive con me	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
No, vive in altra abitazione	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
No, vive in casa di riposo o in una residenza sanitaria assistenziale (RSA)	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
No, � deceduto	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Et� al decesso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(Se almeno uno dei due genitori vive altrove o   deceduto)

2.2 Potrebbe dirmi l'anno e il luogo di nascita dei suoi genitori?

(rispondere per ciascuna colonna)

	Madre (se vive altrove o � deceduta)	Padre (se vive altrove o � deceduto)
a) Anno di nascita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Luogo di nascita		

Italia 1

COD. PROV.
Vedi appendice F

Estero 2

COD.STATO ESTERO
Vedi appendice G

3. FORMAZIONE (PER TUTTI)

3.1 E' attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?

NO 01

SI, specificare quale:

Dottorato di ricerca 02

Corso di laurea di 4 anni o pi , laurea specialistica di 2 anni, master di secondo livello e scuola di specializzazione post laurea 03

Corso di laurea di 3 anni (nuovo ordinamento), corso di diploma universitario, master di primo livello 04

Corso terziario extra-universitario 05

Scuola media superiore di 4-5 anni (che permette l'iscrizione all'Universit ) 06

Scuola media superiore di 2-3 anni (che non permette l'iscrizione all'Universit ) 07

Scuola secondaria di primo grado (media inferiore) 08

Scuola primaria (scuola elementare) 09

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna) 10

Asilo nido 11

4. DISTURBI, MALATTIE O INCIDENTI (PER TUTTI)

ORA LE RIVOLGERÒ ALCUNE DOMANDE RELATIVE ALLE SUE CONDIZIONI DI SALUTE

4.1 Nelle ultime 4 settimane ha avuto qualche malattia o qualche disturbo di salute?

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite...) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi, ecc.).

Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante le ultime 4 settimane

NO.....1
Sì.....2

Se Sì specificare quali:

.....
.....
.....

4.2 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta al quesito precedente, nelle ultime 4 settimane le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, distorsioni, ustioni o altri disturbi dovuti a traumatismi, avvelenamenti, soffocamenti, ecc.?

NO.....1
Sì.....2 } andare al riquadro



ATTENZIONE!

Le persone che **NON** hanno avuto né malattie (cod. 1 a domanda 4.1), né ferite, ecc. (cod. 1 a dom. 4.2), vanno a Sezione 5. Continuare per gli altri.

(Se ha avuto malattie, traumi, fratture, ecc.)

4.3 Le malattie o disturbi indicati hanno comportato una limitazione delle sue abituali attività (domestiche, scolastiche, di tempo libero, lavorative, ecc.) durante le ultime 4 settimane?

NO.....1 → andare a Sezione 5

Sì.....2 N. di giorni
di cui a letto

se non occupato andare a Sez. 5

(Solo per chi è occupato, cod.1 a col.9 della scheda generale)

4.4 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute?

NO.....1
Sì.....2 N. di giorni

5. INVALIDITÀ E DANNI PERMANENTI (PER TUTTI)

5.1 È affetto da una o più delle seguenti invalidità, anche se non ne ha ottenuto il riconoscimento legale?

(rispondere per ciascun tipo di invalidità)

INVALIDITÀ		
1. Cecità	NO 1 <input type="checkbox"/>	Sì 2 <input type="checkbox"/>
2. Sordomutismo	NO 3 <input type="checkbox"/>	Sì 4 <input type="checkbox"/>
3. Sordità	NO 5 <input type="checkbox"/>	Sì 6 <input type="checkbox"/>
4. Invalidità motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni)	NO 7 <input type="checkbox"/>	Sì 8 <input type="checkbox"/>
5. Invalidità da insufficienza mentale	NO 1 <input type="checkbox"/>	Sì 2 <input type="checkbox"/>
6. Invalidità da malattia mentale/ disturbi del comportamento	NO 3 <input type="checkbox"/>	Sì 4 <input type="checkbox"/>

5.2 Ha avuto incidenti che le hanno causato dei danni permanenti alla salute?

NO.....1
Sì.....2

5.3 Ha problemi di salute gravi causati da malformazioni o danni permanenti causati da malattie congenite?

NO.....1
Sì.....2

6. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)

6.1 Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia, pediatra o da medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?

(Escludere le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto soccorso, quelle durante un ricovero ospedaliero o in day hospital. Includere le visite di lavoro e sportive)

NO.....1 → andare dom. 6.4
Sì.....2 → N. di visite

(Se ha fatto visite mediche nelle ultime quattro settimane)

6.2 Mi può indicare il motivo prevalente delle visite effettuate nelle ultime 4 settimane?

	Codice	Numero di visite
Malattie o disturbi	1 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/>
Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi	2 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/>
Prescrizione di ricette	3 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/>
Certificati o atti amministrativi	4 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/>
Altro	5 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/>

- (Per TUTTI)**
- 6.12 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno? (Escludere le visite dentistiche)
- NO.....1
- Se si, per quale motivo (possibili più risposte)
- Non poteva pagarla, costava troppo.....2
- Lista d'attesa lunga.....3
- Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi).....4
- Non poteva assentarsi dal lavoro.....5
- Doveva accudire figli o altre persone6
- Altro7
- (specificare)**

7. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (PER TUTTI)

- 7.1 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?
- NO.....1 → andare a dom. 7.6
- Sì.....2 → N. di volte
- (Se si è sottoposto ad accertamenti diagnostici)**
- 7.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto esami del sangue?
- NO.....1 → andare a dom. 7.4
- Sì.....2 → N. di volte
- (Se Sì)**
- 7.3 Facendo riferimento all'ultimo esame del sangue: (una sola risposta)
- Non ha pagato nulla1
- Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN)2
- Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione).....3
- Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale.....4
- (Se si è sottoposto ad accertamenti diagnostici)**
- 7.4 Nelle ultime 4 settimane ha fatto esami delle urine?
- NO.....1
- Sì.....2 → N. di volte
- 7.5 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test o altri accertamenti?
- NO.....1
- Sì.....2 → N. di accertamenti
- (Per TUTTI)**
- 7.6 Fino ad ora abbiamo parlato degli accertamenti diagnostici effettuati nelle ultime 4 settimane. Pensi ora invece agli ultimi 12 mesi. Quanti esami del sangue ha effettuato? Includa anche quelli che ha eventualmente effettuato nelle ultime 4 settimane.
- Non ha fatto esami del sangue .. 00 → andare a dom. 7.7
- N. di volte nei 12 mesiN.

- 7.7 Sempre negli ultimi 12 mesi quanti esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, ecodoppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test, o altro tipo di accertamento ha effettuato?
- Non ha fatto esami specialistici ..00 → andare a dom. 7.15
- N. di esami specialistici nei 12 mesi N.
- (Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)**
- 7.8 Facendo riferimento all'ultimo esame specialistico, anche quando siano stati effettuati più esami specialistici nello stesso giorno, mi dica quale è stato l'ultimo. Escludere gli esami del sangue e delle urine.
- Specificare evitando abbreviazioni.....
-
-
- 7.9 Per l'ultimo esame specialistico:
- Non ha pagato nulla 1
- Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN) 2
- Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione)..... 3
- Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale 4
- 7.10 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato l'ultimo esame specialistico?
- Ambulatorio pubblico ospedaliero o ASL.....1
- Ambulatorio (clinica) privato convenzionato 2
- Ambulatorio (clinica o studio) privato 3
- 7.11 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura? (possibili più risposte)
- Per non pagare o pagare di meno..... 1
- Ha fiducia nella struttura scelta 2
- La struttura scelta ha apparecchiature migliori..... 3
- Non esistono altre strutture nella mia zona di residenza 4
- Avrebbe dovuto aspettare troppo tempo per prenotare in un'altra struttura del SSN..... 5
- Ha scelto questa struttura perché è più accogliente o è possibile fissare l'ora dell'appuntamento..... 6
- Altro 7
- 7.12 Ha dovuto aspettare per effettuare l'esame specialistico nei giorni per i quali era necessario?
- NO, la data mi era stata comunicata nella precedente visita/ricovero dalla struttura o dal medico.....1
- NO, NON ho dovuto aspettare2 → andare a dom. 7.14
- Sì, ho dovuto aspettare perché volevo una struttura di mio gradimento.....3
- Sì, ho dovuto aspettare perché non avevo alternativa 4

(Se ha dovuto aspettare)

7.13 Quanti giorni ha dovuto aspettare per essere sottoposto all'esame specialistico rispetto a quando ne aveva bisogno?

N. di giorni

(Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)

7.14 Sempre con riferimento all'ultimo esame specialistico, complessivamente quanto si ritiene soddisfatto indipendentemente dall'esito? (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto)

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

(Per TUTTI)

7.15 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche esame specialistico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno?

NO 1

Se sì, per quale motivo (possibili più risposte)

Non poteva pagarla, costava troppo 2

Lista d'attesa lunga 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) 4

Non poteva assentarsi dal lavoro 5

Doveva accudire figli o altre persone 6

Altro 7

(specificare)

8. SPESE SANITARIE PER VISITE E ACCERTAMENTI

(PER TUTTI)

8.1 Lei è esente dal pagamento del ticket per visite e accertamenti diagnostici (ossia ha un documento dal quale risulta il codice di esenzione)?

NO 1

Sì, esenzione totale (NON paga nulla per tutte le prestazioni) 2

Sì, esenzione parziale (NON paga per alcune prestazioni) 3

8.2 Consideri gli ultimi 12 mesi, saprebbe dire, anche indicativamente, quanto ha speso complessivamente per le visite specialistiche, escludendo le visite dentistiche?

Non ha fatto visite specialistiche 1

Non ha speso nulla 2

Ha sostenuto delle spese 3

Spesa complessiva €

di cui spesa per ticket €

8.3 Sempre con riferimento agli ultimi 12 mesi, saprebbe dire, anche indicativamente, quanto ha speso complessivamente per le analisi del sangue?

Non ha fatto analisi del sangue 1

Non ha speso nulla 2

Ha sostenuto delle spese 3

Spesa complessiva €

di cui spesa per ticket €

8.4 Sempre con riferimento agli ultimi 12 mesi, saprebbe dire, anche indicativamente, quanto ha speso complessivamente per gli accertamenti specialistici (radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, o altro tipo di accertamento, ecc.)?

Non ha fatto accertamenti specialistici 1

Non ha speso nulla 2

Ha sostenuto delle spese 3

Spesa complessiva €

di cui spesa per ticket €

andare a Sez. 9

9. SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

9.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato per almeno una notte in un ospedale pubblico o privato? (Considerare anche i ricoveri per parto o nascita)

NO 1

Sì 2

N. di ricoveri

N. complessivo di notti

9.2 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi, quante volte è stato ricoverato? Considerare anche i ricoveri per parto o nascita. Includere anche i ricoveri avvenuti negli ultimi 3 mesi.

Nessuna volta 00

N. di ricoveri nei 12 mesi

N. complessivo di notti nei 12 mesi

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

9.3 Negli ultimi 12 mesi quanto ha speso complessivamente per i ricoveri ospedalieri?

Nessuna spesa 00

Spesa complessiva €

9.4 Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi pensi ora all'ultimo ricovero. Per quale motivo si è ricoverato?

(possibili più risposte)

Cure mediche 1

Incidente/infortunio 2

Parto o nascita 3

Accertamenti per controllo dello stato di salute 4

Intervento chirurgico 5

Riabilitazione 6

Altro 7

(specificare)

9.5 In quale tipo di struttura è avvenuto l'ultimo ricovero?

Ospedale o istituto di cura pubblico 1

Ospedale o casa di cura convenzionata 2

Casa di cura privata (clinica privata) 3

9.6 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero (escludere le eventuali spese per la stanza):

Non ha pagato nulla 1

Ha pagato interamente (senza rimborsi) 2

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale 3

9.7 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

- Ha fiducia nella competenza dei medici della struttura cui si è rivolto.....01
- Per non pagare o pagare di meno02
- In questa struttura la fila d'attesa era più breve03
- È una struttura particolarmente attrezzata04
- Conosce un medico di sua fiducia nella struttura alla quale si è rivolto05
- È una struttura confortevole06
- È la struttura più comoda da raggiungere07
- È l'unica nella zona08
- Ricoverato tramite 118 09 → andare a dom. 9.12
- Altro10

9.8 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, ha dovuto aspettare per ricoverarsi nei giorni per i quali era necessario?

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nel precedente ricovero/accertamento/visita 1 } andare a
- NON ho dovuto aspettare.....2 } dom. 9.12
- Ho dovuto aspettare perché volevo una struttura di mio gradimento3
- Ho dovuto aspettare perché non avevo alternativa ...4

(Se ha dovuto aspettare)

9.9 Quanti giorni ha dovuto aspettare per ricoverarsi, rispetto a quando ne aveva bisogno?

N. di giorni

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

9.10 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, la struttura era situata nel suo Comune di residenza?

- Sì1 } andare a
- NO, in un altro Comune della stessa Provincia.....2 } dom. 9.12
- NO, in un'altra Provincia della stessa Regione3
- NO, in un'altra Regione4
- NO, all'Estero5

(Se ricoverato in un'altra Regione o all'Estero)

9.11 Per quale motivo ha scelto una struttura fuori dalla regione di residenza?

(possibili più risposte)

- La struttura era vicina/più comoda da raggiungere.... 1
- La specialità clinica di cui aveva bisogno non era disponibile nella sua regione..... 2
- Non ha fiducia nelle strutture della sua regione..... 3
- Ha fiducia nella competenza dei medici di questa struttura 4
- Le è stata consigliata da un medico di fiducia..... 5
- L'attesa era troppo lunga, non c'era posto nelle strutture della sua regione 6
- La struttura era più vicina ai suoi familiari o alle persone che potevano assisterLa 7
- Perchè si trovava fuori per studio/lavoro/vacanza 8
- Altro 9

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

9.12 Con riferimento all'ultimo ricovero, complessivamente quanto si ritiene soddisfatto? (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto)

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

10. DAY HOSPITAL DAY SURGERY (PER TUTTI)

10.1 Negli ultimi 3 mesi ha avuto ricoveri ospedalieri durati meno di 24 ore, prevalentemente senza pernottamento (ovvero in day hospital /day surgery)?

NO..... 1

Sì 2 → N. complessivo di giornate...

10.2 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi per quante giornate è stato ricoverato complessivamente in day hospital/day surgery?

Nessuna giornata00 → andare a Sez. 11

N. giornate

(Per le persone ricoverate in day hospital nei 12 mesi)

10.3 Consideri l'ultima volta che ha fatto ricorso a questo tipo di ricovero negli ultimi 12 mesi, per quale motivo vi ha fatto ricorso?

- Cure mediche 1
- Accertamenti per controllo dello stato di salute 2
- Intervento chirurgico..... 3
- Riabilitazione 4
- Altro 5

(specificare)

10.4 Consideri l'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital/day surgery:

- Non ha pagato nulla 1
- Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN) 2
- Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione)..... 3
- Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall' assicurazione privata/aziendale 4

10.5 Con riferimento all'ultimo ricovero in day hospital/day surgery complessivamente quanto si ritiene soddisfatto, indipendentemente dall'esito? (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto)

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

11. INTERVENTI CHIRURGICI (PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 12 mesi ha subito interventi chirurgici eseguiti in ambulatorio/studio medico, in day hospital, day surgery o con ricovero ordinario in ospedale?

NO 1

Sì 2 → N. di interventi

11.2 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche intervento chirurgico da eseguire in ambulatorio/studio medico, in day hospital o con ricovero in ospedale pur avendone bisogno?

NO.....1

Se Sì, per quale motivo (possibili più risposte)

Non poteva pagarlo, costava troppo.....2

Lista d'attesa lunga.....3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi).....4

Non poteva assentarsi dal lavoro.....5

Doveva accudire figli o altre persone.....6

Altro.....7

(specificare)

(Per TUTTI)

12.6 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a trattamenti di riabilitazione (fisioterapia, riabilitazione al linguaggio, riabilitazione della vista, massoterapia, laserterapia, ionoforesi, ecc.) pur avendone bisogno?

NO.....1

Se Sì, per quale motivo (possibili più risposte)

Non poteva pagarla, costava troppo.....2

Lista d'attesa lunga.....3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi).....4

Non poteva assentarsi dal lavoro.....5

Doveva accudire figli o altre persone.....6

Altro.....7

(specificare)

12.SERVIZI SANITARI DI RIABILITAZIONE (PER TUTTI)

12.1 Negli ultimi 3 mesi si è sottoposto a trattamenti di riabilitazione (fisioterapia, riabilitazione al linguaggio, riabilitazione della vista, massoterapia, laserterapia, ionoforesi, ecc.)? Escludere i trattamenti avvenuti durante eventuali ricoveri

NO.....1 → andare a dom. 12.4

Sì.....2 → N. di volte complessive

(Se si è sottoposto a trattamenti di riabilitazione)

12.2 Specificare l'ultimo tipo di trattamento, se ha effettuato più trattamenti riferirsi al principale

Specificare

12.3 Consideri l'ultimo ciclo di trattamenti:

Non ha pagato nulla.....1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN).....2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione).....3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale.....4

(Per TUTTI)

12.4 Pensi agli ultimi 12 mesi, si è sottoposto a trattamenti di riabilitazione (fisioterapia, riabilitazione al linguaggio, riabilitazione della vista, massoterapia, laserterapia, ionoforesi, ecc.)?

Non si è sottoposto a trattamenti di riabilitazione.....00 → andare a dom. 12.6

N. di volte complessive nei 12 mesi.....N.

(Se si è sottoposto a trattamenti di riabilitazione negli ultimi 12 mesi)

12.5 Quanto ha speso complessivamente per trattamenti di riabilitazione negli ultimi 12 mesi?

Non ha speso nulla.....1 → andare a dom 12.6

Ha sostenuto delle spese.....2

Spesa complessiva € .,
di cui spesa per ticket € .,

13.ASSISTENZA A DOMICILIO (PER TUTTI)

13.1 Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto assistenza rivolta direttamente a Lei presso il Suo domicilio da parte di personale sanitario (medici, infermieri, ecc.) per medicazioni, terapie, ecc. (escluse le visite del medico di famiglia) oppure da personale non sanitario, per le attività di cura della persona (alzarsi, vestirsi, mangiare, lavarsi, ecc.) ?

NO.....1 → andare a dom. 13.5

Sì, sia da personale sanitario che non sanitario.....2

Sì, solo da personale sanitario.....3

Sì, solo da personale non sanitario.....4 → andare a dom. 13.3

(Se ha ricevuto assistenza sanitaria a domicilio cod. 2 o 3 a dom. 13.1)

13.2 Con quale frequenza ha ricevuto l'assistenza sanitaria (per medicazioni, terapie, ecc.) presso il suo domicilio da personale sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.)?
(rispondere per ciascuna riga)

	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Qualche volta al mese o più raramente	Mai
Personale sanitario incaricato dalla ASL	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Personale sanitario privato a pagamento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Personale sanitario di associazioni non a pagamento (Onlus)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(specificare)

(Se ha ricevuto assistenza di tipo NON sanitario a domicilio, cod. 2 o 4 a dom. 13.1)

13.3 Con quale frequenza ha ricevuto l'assistenza di tipo non sanitario per le attività di cura della persona (*alzarsi, vestirsi, mangiare, lavarsi, ecc.*) presso il suo domicilio?

	Tutti i giorni	Qualche volta a settimana	Qualche volta al mese o più raramente	Mai
Personale incaricato dalla <u>ASL</u> o dal <u>Comune</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Personale a pagamento (es. <i>badante</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Personale non a pagamento di associazioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(specificare)

13.4 Quanto ha speso complessivamente per l'assistenza (*sanitaria e non sanitaria*) presso il suo domicilio negli ultimi 12 mesi?

Nessuna spesa 00

Spesa complessiva per personale sanitario

€ ,

Spesa complessiva per personale di tipo non sanitario

€ ,

(Per TUTTI)

13.5 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare all'assistenza di tipo non sanitario per le attività di cura della persona (*alzarsi, vestirsi, mangiare, lavarsi, ecc.*) presso suo domicilio, di cui aveva bisogno?

NO, perché non ne avevo bisogno 1

NO, perché già mi viene erogata 2

Se Sì, per quale motivo

Sì, perché è troppo cara per pagarmela da solo/a 3

Sì, perché sto aspettando che mi venga concessa dal Servizio Pubblico (ASL/Comune) 4

Sì, per altro motivo 5

.....

(specificare)

13.6 In caso di bisogno Lei potrebbe contare sull'aiuto dei suoi familiari per le attività di cura della persona (*alzarsi, vestirsi, mangiare, lavarsi, ecc.*) presso il suo domicilio?

NO 1

(Se si, possibili più risposte)

SI, sui familiari che vivono con me 2

SI, sui familiari che non vivono con me 3

13.7 Negli ultimi 12 mesi ha ricevuto sussidi economici, pensioni ecc., erogati da soggetti pubblici (*Comune/ASL/Inps*) per persone non autosufficienti?

NO 1 **andare al riquadro**

Se si, possibili più risposte

Sussidio economico per l'assistenza e la cura 2

Indennità di accompagnamento 3

Pensione di invalidità civile 4

Altro tipo di sussidio economico 5

.....

.....

(specificare)

ATTENZIONE!

Le persone con meno di 60 anni vanno a Sez. 14. Tutti gli altri CONTINUANO.

(Per le persone di 60 anni e più)

13.8 Negli ultimi 3 anni ha fatto domanda per accedere ad una struttura socio-sanitaria pubblica o convenzionata per lungo-degenti?

NO, perché non ne ho la necessità 1

NO, perché nella mia zona non ci sono strutture di questo tipo 2

Sì, ma non sono riuscito/a ad ottenere l'autorizzazione all'accesso 3

Sì, ma sono in lista di attesa 4

Sì, altro motivo del mancato accesso 5

.....

.....

(specificare)

14. ALTRI SERVIZI

(PER TUTTI)

14.1 Negli ultimi 3 mesi si è rivolto ad un consultorio familiare?

NO 1

Sì 2 → N. di volte

14.2 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a centri di assistenza psichiatrica (*centri di igiene mentale*)?

NO 1

Sì 2 → N. di volte

14.3 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso al pronto soccorso? (*Escludere gli episodi seguiti dal ricovero*)

NO 1

Sì 2 → N. di volte

14.4 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi quante volte ha fatto ricorso al pronto soccorso? (*Escludere gli episodi seguiti dal ricovero*)

Nessun ricorso 00

N. di volte

16.6 Che tipo di dieta alimentare osserva?

(possibili più risposte)

- Con pochi zuccheri (inclusa dieta per diabetici).....1
- Con pochi grassi2
- Con poco sale3
- Priva di glutine (per celiaci)4
- Con poche proteine (es: per problemi renali)5
- Vegetariana6
- Con proteine e verdura7
- Altra dieta8

(specificare)

16.7 Negli ultimi 12 mesi quanto ha speso per prodotti dietetici?

- Non ha speso nulla 1 → andare a riquadro
- Ha sostenuto delle spese 2
- Spesa complessiva € ,
- di cui spesa per ticket € ,

ATTENZIONE!

Qui FINISCE IL QUESTIONARIO per le persone fino a 14 anni. Tutti gli altri continuano.

17. PREVENZIONE

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

17.1 Con quale frequenza controlla il colesterolo, la glicemia e la pressione arteriosa?

(una risposta per ogni colonna)

	Colesterolo	Glicemia (zucchero nel sangue)	Pressione arteriosa
Almeno 1 volta al mese	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ogni 2-6 mesi	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Una volta l'anno	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ogni 2-4 anni	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ogni 5 anni	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Oltre i 5 anni	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Non ha mai fatto controlli	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

(Se ha effettuato almeno un controllo)

17.2 Generalmente ha effettuato i controlli:

(una risposta per ogni controllo effettuato)

	Colesterolo	Glicemia (zucchero nel sangue)	Pressione arteriosa
Su indicazione medica	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Su sua iniziativa o di un altro familiare	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altro	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

(specificare)

(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

17.3 Un medico Le ha mai detto che il livello del suo colesterolo era alto e quindi Le ha consigliato un trattamento o una dieta?

- NO 1
- SÌ 2 } andare al riquadro

ATTENZIONE!

- Le donne dai 25 ai 44 anni vanno a Sez. 18.
- Le donne fino a 24 anni e gli uomini fino a 44 anni vanno a Sez. 19.
- Le persone di 45 anni e più CONTINUANO.

(PER LE PERSONE DI 45 ANNI E PIÙ)

17.4 Nel corso della sua vita ha mai eseguito analisi per constatare l'eventuale presenza di osteoporosi (es. esami del calcio, calcio urinario, MOC, ecc.), in assenza di disturbi o sintomi?

- NO 1 → andare a dom. 17.7
- SÌ 2

(Se Sì)

17.5 A che età ha eseguito il primo accertamento per constatare l'eventuale presenza dell'osteoporosi?

Età (in anni compiuti)

17.6 A che età ha effettuato l'ultimo accertamento per constatare la presenza di osteoporosi?

Non ho effettuato altri accertamenti dopo il primo00

Età in anni compiuti in cui ha effettuato l'ultimo accertamento

17.7 Ha mai fatto un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci oppure una rettoscopia o colonscopia a scopo preventivo?

(La rettoscopia si differenzia dalla colonscopia, perché non prevede l'assunzione per bocca di un purgante, come preparazione, la sera precedente)

- NO 1 → andare al riquadro a pag. successiva
- SÌ 2

(Se Sì)

17.8 Quando ha fatto l'ultima volta i seguenti esami?

(una risposta per ogni colonna)

	Ricerca del sangue occulto	Rettoscopia	Colonscopia
Negli ultimi 12 mesi	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tra 1 e 2 anni fa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tra 2 e 5 anni fa	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tra 6 e 10 anni fa	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Più di 10 anni fa	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mai fatto	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

17.9 Facendo riferimento all'ultimo esame, è stato eseguito:

- Di propria iniziativa1
- Su consiglio di un medico generico2
- Su consiglio di un medico specialista3
- Su invito di una struttura sanitaria pubblica (programma di screening)4
- Altro5

ATTENZIONE!

- Gli uomini vanno a Sez. 19
- Le donne CONTINUANO

18. PREVENZIONE FEMMINILE

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

18.1 Nel corso della sua vita ha mai eseguito un pap test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi?

- NO..... 1 → andare a dom. 18.8
- Sì..... 2

(Se Sì)

18.2 A che età ha eseguito il primo pap test?

Età (in anni compiuti).....

18.3 Ha eseguito altri pap test dopo il primo?

- NO.....1 → andare a dom. 18.6
- Sì..... 2

(Se Sì)

18.4 Con quale frequenza ha eseguito i controlli successivi al primo pap test?

- Almeno una volta l'anno 1
- Ogni due anni 2
- Ogni tre anni 3
- Oltre i tre anni 4

18.5 Quando ha effettuato l'ultimo pap test?

Anno e possibilmente Mese

18.6 Facendo riferimento all'ultimo pap test, è stato eseguito:

- Di propria iniziativa 1
- Su consiglio di un medico generico 2
- Su consiglio di un medico specialista 3
- Su invito di una struttura sanitaria pubblica (programma di screening) 4
- Altro 5

(specificare)

18.7 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato:

- Ambulatorio pubblico ospedaliero o ASL 1
- Ambulatorio (clinica) privato convenzionato 2
- Ambulatorio (clinica o studio) privato 3

(PER TUTTE LE DONNE)

18.8 Ha mai eseguito una mammografia in assenza di disturbi o sintomi?

- NO..... 1 → andare a Sez. 19
- Sì..... 2

(Se Sì)

18.9 A che età ha eseguito la prima mammografia?

Età (in anni compiuti)

18.10 Ha eseguito altre mammografie dopo la prima?

- NO..... 1 → andare a dom. 18.13
- Sì..... 2

(Se Sì)

18.11 Con quale frequenza ha eseguito i controlli successivi alla prima mammografia?

- Almeno una volta l'anno 1
- Ogni due anni 2
- Ogni tre anni 3
- Oltre i tre anni 4

18.12 Quando ha effettuato l'ultima mammografia?

Anno e possibilmente Mese

18.13 Facendo riferimento all'ultima mammografia è stata eseguita:

- Di propria iniziativa 1
- Su consiglio di un medico generico 2
- Su consiglio di un medico specialista 3
- Su invito di una struttura sanitaria pubblica (programma di screening) 4
- Altro 5

(specificare)

18.14 Presso quale tipo di struttura è stata effettuata la mammografia:

- Ambulatorio pubblico ospedaliero o ASL 1
- Ambulatorio (clinica) privato convenzionato 2
- Ambulatorio (clinica o studio) privato 3

19. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

ORA LE VORREMMO RIVOLGERE ALCUNE DOMANDE SULLA SUA SITUAZIONE LAVORATIVA

19.1 Da lunedì a domenica della settimana scorsa ha svolto almeno un'ora di lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare. (Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto)

- NO..... 1
- Sì..... 2 → andare a dom. 19.3
- Permanentemente inabile al lavoro..... 3 → andare a Sez. 20

(Se NO)

19.2 Sempre da lunedì a domenica della settimana scorsa, aveva comunque un lavoro che non ha svolto (ad esempio: per ridotta attività, per malattia, per vacanza, per cassa integrazione guadagni, ecc.)? Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.

(Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto)

NO.....1 → andare a Sez. 20
Sì.....2

(Se SÌ)

19.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, Lei svolge un lavoro:

Alle dipendenze 1 → andare a dom. 19.5

Di collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ... 2 } andare a dom. 19.8
Di prestazione d'opera occasionale..... 3

Autonomo come:

Imprenditore 4
Libero professionista..... 5
Lavoratore in proprio..... 6
Coadiuvante nell'azienda di un familiare 7 } andare a dom. 19.8
Socio di cooperativa 8

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

19.4 Ha dei dipendenti?

(escludere i familiari non pagati che prestano aiuto)

NO..... 1
Sì.....2 → N. } andare a dom. 19.8

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a domanda 19.3)

19.5 Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) 1
Sì, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) 2
Sì, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato) 3

19.6 Il suo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il datore di lavoro?

Contratto 1
Accordo verbale 2
Non so 3

19.7 Lei è:

Dirigente 1
Quadro 2
Impiegato..... 3
Operaio..... 4
Apprendista 5
Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa..... 6

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a domanda 19.1 o domanda 19.2)

19.8 Può dirmi il nome della sua professione?

Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale ed indichi nel modo più dettagliato possibile qual è il lavoro, la professione o il mestiere svolto (es.: commercialista, professore di lettere, camionista, ecc. evitando termini generici come impiegato od operaio.)

Specificare

CODICE.....

vedi navigatore delle professioni
<http://cp2011.istat.it/>

19.9 Da quanti anni svolge questo stesso lavoro, professione o mestiere anche se lo ha effettuato in enti o imprese diverse?

Meno di 1 anno.....00
N. di anni.....

19.10 In quale settore di attività economica lavora?

(nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale)

Agricoltura, caccia, pesca 01
Estrazione, energia 02
Industria e attività manifatturiere 03
Costruzioni 04
Commercio all'ingrosso e al dettaglio 05
Alberghi e ristoranti 06
Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07
Intermediazione monetarie e finanziarie 08
Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali 09
Pubblica amministrazione e difesa 10
Istruzione 11
Sanità ed altri servizi sociali..... 12
Altri servizi 13

19.11 Lei lavora a tempo pieno o a tempo parziale (part-time)?

A tempo pieno 1
A tempo parziale (part-time) volontario 2
A tempo parziale (part-time) non volontario..... 3

19.12 Quanto tempo dedica mediamente alla settimana all'attività lavorativa (per le persone che svolgono un'attività lavorativa occasionale fare riferimento ad una settimana di lavoro tipo):

N. ore a settimana

19.13 La sua attività lavorativa è prevalentemente caratterizzata da attività fisica?

Scarsa, la maggior parte del tempo è trascorsa stando seduti 1
Moderata, la maggior parte del tempo è trascorsa stando in piedi o camminando..... 2
Pesante, fino al punto di sudare 3

19.14 Consideri gli ultimi 12 mesi, le è capitato di andare a lavoro anche se nelle sue condizioni di salute sarebbe stato meglio rimanere a riposo?

- NO..... 1 [] -> andare al riquadro
Sì, raramente 2 []
Sì, spesso 3 []

(Se Sì)

19.15 Per quale motivo principale è andato comunque a lavoro?

- Per impegni improrogabili di lavoro 1 []
Per non perdere il guadagno di una giornata di lavoro 2 []
Per non subire trattenute dello stipendio 3 []
Altro 4 []

(specificare)

ATTENZIONE!

Per le tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro (cod. 2 a dom. 19.1 o cod. 2 a dom. 19.2) andare a Sez. 22.

20. LAVORO IN PASSATO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIU' CHE NON LAVORANO)

20.1 Nel corso della sua vita ha mai svolto un lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricevuto un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.

- NO..... 1 [] -> andare a Sez. 21
Sì..... 2 []
Permanentemente inabile al lavoro 3 [] -> andare a Sez. 22

(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, cod. 2 a dom. 20.1)

20.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

- Un lavoro alle dipendenze..... 1 [] -> andare a dom. 20.4
Un lavoro di:
collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto)..... 2 [] -> andare a dom. 20.5
prestazione d'opera occasionale 3 []
Un lavoro autonomo come:
Imprenditore 4 []
Libero professionista..... 5 []
Lavoratore in proprio..... 6 []
Coadiuvante nell'azienda di un familiare 7 [] -> andare a dom. 20.5
Socio di cooperativa 8 []

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio, codd.4, 5 e 6 a domanda 20.2)

20.3 Aveva dei dipendenti?

(escludere i familiari non pagati che prestavano aiuto)

- NO..... 1 []
Sì..... 2 [] N. [][][][] -> andare a dom. 20.5

(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze)

20.4 Lei era:

- Dirigente..... 1 []
Quadro 2 []
Impiegato 3 []
Operaio 4 []
Apprendista..... 5 []
Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa 6 []

(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, cod. 2 a dom. 20.1)

20.5 Considerando l'ultimo lavoro svolto. Qual è il lavoro, la professione o il mestiere che Lei svolgeva? (es.: commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.). Lo descriva nel modo più dettagliato possibile evitando termini generici come impiegato od operaio.

CODICE..... [][][][][]

vedi navigatore delle professioni (http://cp2011.istat.it/)

20.6 In quale settore di attività economica lavorava?

- Agricoltura, caccia, pesca 01 []
Estrazione, energia 02 []
Industria e attività manifatturiere 03 []
Costruzioni 04 []
Commercio all'ingrosso e al dettaglio 05 []
Alberghi e ristoranti 06 []
Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07 []
Intermediazione monetarie e finanziarie 08 []
Attività immobiliari, noleggio, informatica ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali 09 []
Pubblica amministrazione e difesa 10 []
Istruzione 11 []
Sanità ed altri servizi sociali 12 []
Altri servizi..... 13 []

20.7 Qual è il motivo principale per cui ha smesso di lavorare?

- Pensionamento (anzianità, vecchiaia) 1 []
Licenziamento o mobilità 2 []
Lavoro a termine (compreso lavoro occasionale e stagionale) 3 []
Malattia, problemi di salute personali..... 4 []
Maternità, nascita di un figlio 5 []
Per prendersi cura dei figli, di bambini e/o di altre persone non autosufficienti 6 []
Altri motivi familiari 7 []
Studio o formazione professionale 8 []
Altri motivi 9 []

(specificare)

20.8 Per quanti anni ha svolto l'ultimo lavoro, professione o mestiere anche se lo ha effettuato in enti o imprese diverse?

Meno di un anno 00 [] N. di anni [][][]

20.9 In che anno ha smesso di lavorare?

Anno [][][][]

21. RICERCA DI LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)

21.1 Lei cerca un lavoro?

NO.....1 → **andare a dom. 21.3**

Sì2

21.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualche azione di ricerca di lavoro (ad es. contatti con un centro pubblico per l'impiego, colloqui di lavoro, ha cercato su internet, ha esaminato offerte di lavoro sui giornali, ha chiesto ad amici, parenti, conoscenti)?

NO.....1

Sì.....2 → **andare a dom. 21.4**

(Se no a domanda 21.1 o 21.2)

21.3 Per quale motivo non cerca lavoro?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo tra 3 mesi.....1

Altro2

21.4 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO.....1

Sì.....2

22. PARTECIPAZIONE ALLA VITA SOCIALE

(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

22.1 Potrei sapere se c'è qualcosa che le impedisce di accedere al tipo di lavoro retribuito che vorrebbe svolgere?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Mancanza di opportunità lavorative 01

Troppo occupato (con la famiglia o per altre responsabilità) 02

Mancanza di qualifiche o di esperienza 03

Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.)..... 04

Perdita del diritto a benefici economici o servizi 05

Difficoltà nel raggiungere il luogo di lavoro, ad accedere e/o utilizzare i servizi degli edifici dei luoghi di lavoro 06

Difficoltà ad accedere a modalità di lavoro flessibile 07

Mancanza di fiducia in sé stessi, mancanza di supporto da parte di amici o familiari, paura di essere oggetto di discriminazioni..... 08

Altri motivi 09

Non le interessa fare un lavoro retribuito 10 **andare**

No, nulla le impedisce di fare il tipo di lavoro che vuole 11 **al riquadro**

22.2 Potrei sapere se, per accedere al tipo di lavoro retribuito che vorrebbe svolgere, Lei avrebbe bisogno di ausili, di una persona che l'assistesse o di altri servizi pubblici per la sua autonomia dei quali non usufruisce?

(rispondere per riga)

	No, non ne avrebbe bisogno	Sì, ne avrebbe bisogno
Ausili (telefono o computer adattati, sintetizzatore vocale, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (trasporto, progetti formativi personalizzati, adattamento dei luoghi di lavoro)	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

Le persone di 65 anni e più e **studenti** o persone **iscritte a corsi di formazione (cod. da 2 a 8 a dom. 3.1) di 15-64 anni** vanno a dom. 22.5. Gli altri continuano.

(Per le persone di 15-64 anni che non sono studenti e non sono iscritti a corsi di formazione professionale o a corsi scolastici o universitari - cod. 1 a dom. 3.1)

22.3 C'è qualcosa che le impedisce in questo momento di studiare per una qualifica professionale o un titolo di studio?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Motivi economici 1

Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia o per altre responsabilità) 2

Difficoltà ad accedere ai corsi..... 3

Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) 4

Difficoltà a raggiungere gli edifici dove si svolgono i corsi, ad accedervi e ad utilizzarne i servizi 5

Mancanza di fiducia in sé stessi, mancanza di supporto da parte di amici o familiari, paura di essere oggetto di discriminazioni..... 6

Altri motivi 7

Non le interessa studiare per conseguire una qualifica o un titolo di studio 8

No, nulla le impedisce di studiare per una qualifica professionale o un titolo di studio... 9 **andare a dom. 22.5**

22.4 Potrei sapere se, per studiare per una qualifica professionale o un titolo di studio, Lei avrebbe bisogno di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia dei quali non usufruisce?

(rispondere per riga)

	No, non ne avrebbe bisogno	Si, ne avrebbe bisogno
Ausili (<i>ausili utili per sentire, vedere, muoversi, comunicare, o software di riconoscimento vocale, funzioni di touch screen, audiolibri, ecc.</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (<i>trasporto, adattamento luoghi della didattica, ecc.</i>)	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone di 15 anni e più)

22.5 C'è qualcosa che Le impedisce di uscire di casa quando vuole?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Mancanza di adeguati mezzi di trasporto pubblici o privati	1 <input type="checkbox"/>
Dintorni disagiati (<i>pendii, gradini, percorsi privi di supporti per la mobilità, ecc.</i>).....	2 <input type="checkbox"/>
Troppo occupato (<i>con il lavoro, con la famiglia o per altre responsabilità</i>)	3 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (<i>vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.</i>) ..	4 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di disapprovazione o di subire atti criminali ..	5 <input type="checkbox"/>
Motivi economici	6 <input type="checkbox"/>
Altri motivi.....	7 <input type="checkbox"/>
No, nulla le impedisce di uscire di casa quando vuole	8 <input type="checkbox"/>

22.6 Potrei sapere se, per uscire di casa, Lei si avvale di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Si
Ausili (<i>bastoni, stampelle, sedia a rotelle, semafori acustici e segnali tattili sulla pavimentazione ecc.</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (<i>accompagnamento, trasporto, ecc.</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

22.7 Utilizza mezzi di trasporto pubblici (*autobus, tram, metropolitana, treno, ecc.*)

Tanto spesso quanto vorrebbe...1 <input type="checkbox"/>	→ andare a dom. 22.9
Meno spesso di quanto vorrebbe	2 <input type="checkbox"/>
Mai	3 <input type="checkbox"/>

(Se ha risposto cod. 2, 3 a dom. 22.7)

22.8 Cosa le impedisce di utilizzare mezzi di trasporto pubblici quando vuole?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Mancano adeguati mezzi di trasporto pubblici	1 <input type="checkbox"/>
Aree circostanti le fermate dei mezzi di trasporto disagiate (<i>pendii, gradini, percorsi privi di supporti per la mobilità, ecc.</i>)	2 <input type="checkbox"/>
Difficoltà a salire e scendere dai mezzi di trasporto pubblici	3 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (<i>vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.</i>) ..	4 <input type="checkbox"/>
Costi troppo elevati dei mezzi di trasporto	5 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di disapprovazione o di subire atti criminali..	6 <input type="checkbox"/>
Altri motivi (<i>specificare</i>)	7 <input type="checkbox"/>

22.9 Potrei sapere se, per utilizzare mezzi di trasporto pubblici, Lei si avvale di ausili, di una persona che la assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Si
Ausili (<i>rampe di accesso per autobus, mezzi con spazi adeguati per la sedia a rotelle, annunci vocali di fermata e di numero di linea ecc.</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (<i>accompagnamento, trasporto, ecc.</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

22.10 Pensando a tutti gli edifici ai quali vorrebbe accedere c'è qualcosa che Le impedisce di farlo quando vuole?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Difficoltà di parcheggio (<i>carezza di posti, costo, ecc.</i>).....	1 <input type="checkbox"/>
Difficoltà ad entrare o uscire dagli edifici (<i>mancanza di rampe d'accesso, porte troppo strette, ecc.</i>).....	2 <input type="checkbox"/>
Difficoltà all'interno degli edifici (<i>disposizione degli spazi interni, difficoltà di accesso ai bagni, agli ascensori, ecc.</i>).....	3 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (<i>vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.</i>)	4 <input type="checkbox"/>
Altri motivi	5 <input type="checkbox"/>
No, nulla le impedisce di accedere agli edifici quando vuole	6 <input type="checkbox"/>

22.11 Potrei sapere se, per accedere agli edifici, Lei si avvale di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Si
Ausili (ad esempio bastoni, stampelle, sedia a rotelle, segnali e guide tattili sul pavimento, targhette in braille, altri ausili per la vista o per l'udito, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (accompagnamento, trasporto, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

22.12 Quante persone sente così vicine da poter contare su di loro in caso di gravi problemi personali?

Nessuna	1 <input type="checkbox"/>
1 o 2	2 <input type="checkbox"/>
3, 4 o 5	3 <input type="checkbox"/>
6 o più	4 <input type="checkbox"/>

22.13 Quanto le sembra che gli altri siano attenti a quello che Le accade?

Molto	1 <input type="checkbox"/>
Abbastanza	2 <input type="checkbox"/>
Né poco, né molto	3 <input type="checkbox"/>
Poco	4 <input type="checkbox"/>
Per niente	5 <input type="checkbox"/>

22.14 Nel caso ne avesse bisogno, per Lei avere un aiuto pratico da parte dei suoi vicini di casa sarebbe:

Molto facile	1 <input type="checkbox"/>
Facile	2 <input type="checkbox"/>
Possibile	3 <input type="checkbox"/>
Difficile	4 <input type="checkbox"/>
Molto difficile	5 <input type="checkbox"/>

22.15 Incontra, in casa o fuori casa, amici e/o parenti che non vivono con Lei ...

Tanto spesso quanto vorrebbe	1 <input type="checkbox"/>	→ andare a dom. 22.17
Meno spesso di quanto vorrebbe.....	2 <input type="checkbox"/>	
Mai.....	3 <input type="checkbox"/>	

(Se incontra amici e/o parenti mai o meno spesso di quanto vorrebbe)

22.16 Cosa Le impedisce di incontrare (più spesso), in casa o fuori casa, amici e/o parenti che non vivono con Lei?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Motivi economici	1 <input type="checkbox"/>
Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia, o per altre responsabilità)	2 <input type="checkbox"/>
Mancanza di adeguati mezzi di trasporto pubblici o privati	3 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) ..	4 <input type="checkbox"/>
La distanza	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di accesso o di utilizzo degli edifici	6 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di disapprovazione o di subire atti criminali ..	7 <input type="checkbox"/>
Le altre persone non sono disponibili (troppo impegnate o per motivi di salute)	8 <input type="checkbox"/>
Altri motivi (specificare)	9 <input type="checkbox"/>

22.17 C'è qualcosa che Le impedisce di occuparsi dei suoi interessi o hobbies o di partecipare ad eventi culturali quando vuole? Pensi alle attività che svolge insieme ad altre persone nel tempo libero: fare sport, andare a cinema, teatro, feste, musei, ecc.

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Motivi economici	01 <input type="checkbox"/>
Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia, o per altre responsabilità)	02 <input type="checkbox"/>
Mancanza di adeguati mezzi di trasporto pubblici o privati	03 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.)	04 <input type="checkbox"/>
Distanza (dal luogo dove si svolgono)	05 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di accesso o di utilizzo degli edifici nei quali si svolgono le attività del tempo libero o gli eventi culturali	06 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di discriminazioni o mancanza di persone con cui svolgere attività nel tempo libero	07 <input type="checkbox"/>
Altri motivi	08 <input type="checkbox"/>
Non è interessato ad attività del tempo libero né ad eventi culturali	09 <input type="checkbox"/>
No, nulla le impedisce di occuparsi di attività del tempo libero né di eventi culturali	10 <input type="checkbox"/>

→ andare a dom. 22.19

22.18 Potrei sapere se, per occuparsi dei suoi hobbies o partecipare ad eventi culturali, Lei si avvale di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Si
Ausili (per sentire, vedere, muoversi, comunicare, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (accompagnamento, trasporto, ecc)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

22.19 Lei usa Internet?

- Tanto spesso quanto vorrebbe 1 → **andare a dom. 22.21**
- Meno spesso di quanto vorrebbe..... 2
- Mai..... 3

(Se ha risposto a cod. 2 o 3 a dom. 22.19)

22.20 Cosa le impedisce di utilizzare internet o di utilizzarlo più spesso?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

- Motivi economici 1
- Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia, o per altre responsabilità) 2
- Difficoltà nell'utilizzare internet e/o il computer 3
- Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) 4
- Mancanza di ausili (software e strumenti che facilitano l'utilizzo del computer, ecc.) 5
- Mancanza di assistenza da parte di una persona 6
- Altri motivi (specificare) 7

(Se ha risposto cod. 1 o 2 a dom. 22.19)

22.21 Le è capitato di usare internet:

(rispondere per riga)

	No	SI
Per cercare informazioni sui sintomi delle malattie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Per avere indicazioni sulle terapie mediche	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Per avere informazioni sulla qualità delle strutture sanitarie	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Per acquistare prestazioni sanitarie	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Per acquistare farmaci	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

22.22 Quanto è facile per Lei sostenere le spese essenziali? (Cibo, vestiario, farmaci, casa e trasporti).

- Molto facile 1 } **andare al riquadro**
- Facile 2 }
- Né facile, né difficile 3 }
- Difficile..... 4
- Molto difficile 5

(Se è difficile o molto difficile sostenere le spese essenziali)

22.23 Perché trova difficile sostenere le spese essenziali?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

- Reddito basso (anche a causa di perdita del lavoro, stipendio ridotto, impossibilità di lavorare a causa di problemi di salute, pagamento di debiti/mutui ecc.)..... 1
- Aumento del costo della vita 2
- Difficoltà nel gestire il bilancio familiare 3
- Costi legati a problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (assistenza a pagamento, apparecchi sanitari) 4
- Altri motivi 5

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario individuale.

RISERVATO AL RILEVATORE

Il componente familiare ha risposto personalmente ai quesiti?

- Sì, senza la presenza di altre persone..... 1
- Sì con la presenza di altre persone..... 2
- NO, ma era presente..... 3
- NO, e non era presente..... 4

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie (cfr. col. 1 della Scheda Generale)..... N

QUESTIONARIO FAMILIARE - PARTE SECONDA

1. L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

(Con riferimento all'abitazione principale specificare)

- 1.1 A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?**
 Affitto e subaffitto 1
 Proprietà 2
 Usufrutto 3
 Titolo gratuito 4
 Altro 5
- 1.2 Di quante stanze si compone l'abitazione?**
 (comprendere anche la cucina se ha caratteristiche di stanza)
 N. di stanze.....
- 1.3 L'abitazione dispone di bagno con vasca e/o doccia?**
 NO..... 1
 Sì..... 2 → N. di bagni.....
- 1.4 L'abitazione dispone di telefono fisso?**
 NO..... 1
 Sì..... 2 → N. di linee telefoniche.....
- 1.5 Ci sono dei componenti della famiglia che possiedono il telefono cellulare?**
 NO..... 1
 Sì..... 2
- 1.6 L'abitazione dispone di riscaldamento?**
 NO..... 1
 Sì..... 2
 Sì, ma inutilizzabile 3
- 1.7 L'ingresso unico o principale dell'abitazione su quale piano si trova?**
 Seminterrato..... 1
 Pianterreno 2
 Numero di piano.....
- 1.8 Esistono scale interne all'abitazione per raggiungere camere o servizi (ad esclusione di ambienti non abitabili come cantine, soffitta, garage, locale magazzino, ecc.)?**
 NO..... 1
 Sì..... 2
- 1.9 Esiste un ascensore nell'edificio?**
 NO..... 1
 Sì..... 2

1.10 Si verificano uno o più dei seguenti problemi? (una risposta per ogni riga)

- | | NO | Sì |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Le spese per l'abitazione sono troppo alte..... 1 | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| L'abitazione è troppo piccola..... 3 | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| L'abitazione è troppo distante da altri familiari..... 5 | <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Irregolarità nell'erogazione dell'acqua..... 7 | <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| Nelle stanze da letto dell'abitazione sono presenti macchie di umidità oppure muffe o funghi..... 1 | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| L'abitazione è in cattive condizioni..... 3 | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

2. AIUTI E SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

2.1 La famiglia si avvale del servizio a pagamento di: (una risposta per ogni riga)

- | | NO | Sì | Per quante ore a settimana? |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| Collaboratore/i domestico/i..... 1 | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | N. ore <input type="text"/> <input type="text"/>
Saltuariamente 00 <input type="checkbox"/> |
| Baby sitter..... 3 | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | N. ore <input type="text"/> <input type="text"/>
Saltuariamente 00 <input type="checkbox"/> |

2.2 Negli ultimi 12 mesi la sua famiglia ha ricevuto aiuti per la cura della casa (o per fare la spesa) da parte di soggetti pubblici (Comune o ASL) per l'assistenza a persone non autosufficienti?

- NO 1
 Sì 2

2.3 Con riferimento agli ultimi 12 mesi e tenendo presente le esigenze di tutti i componenti familiari, come sono state le risorse economiche complessive della famiglia?

- Ottime 1
 Adeguate 2
 Scarse 3
 Assolutamente insufficienti..... 4

2.4 A quanto ammonta approssimativamente il reddito netto mensile complessivo della sua famiglia? (sommare tutte le entrate nette sue e dei suoi familiari)

Euro

Non so..... 9

QUESTIONARIO FAMILIARE - PARTE SECONDA

2.5 Può dirmi, almeno, a quale cifra si avvicina di più il reddito netto mensile della Sua famiglia?

(una sola risposta)

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Più di 10.000 euro..... | 01 <input type="checkbox"/> | 2.000 euro..... | 09 <input type="checkbox"/> |
| 9.000 euro..... | 02 <input type="checkbox"/> | 1.800 euro..... | 10 <input type="checkbox"/> |
| 7.000 euro..... | 03 <input type="checkbox"/> | 1.600 euro..... | 11 <input type="checkbox"/> |
| 6.000 euro..... | 04 <input type="checkbox"/> | 1.400 euro..... | 12 <input type="checkbox"/> |
| 5.000 euro..... | 05 <input type="checkbox"/> | 1.200 euro..... | 13 <input type="checkbox"/> |
| 4.000 euro..... | 06 <input type="checkbox"/> | 1.000 euro..... | 14 <input type="checkbox"/> |
| 3.000 euro..... | 07 <input type="checkbox"/> | 800 euro..... | 15 <input type="checkbox"/> |
| 2.500 euro..... | 08 <input type="checkbox"/> | 600 euro..... | 16 <input type="checkbox"/> |
| | | Meno di 600 euro..... | 17 <input type="checkbox"/> |

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista -

1) Tipo di abitazione

- Villa o villino 1
- Signorile 2
- Civile 3
- Economico o popolare..... 4
- Rurale 5
- Abitazione impropria 6

Annotazioni

.....

.....

.....

2) Chi ha risposto alle domande? (Per le famiglie con più di un componente)

Le notizie sulla Scheda Familiare sono state fornite da uno o da più componenti?

- Da un componente 1
- Da più componenti 2

(Se le risposte sono state fornite da un solo componente)

specificare il numero d'ordine del componente che ha fornito risposte ai quesiti della Scheda Familiare

(cfr. col. 1 della Scheda generale)..... N.

DATI SULL'INTERVISTA

(nel caso in cui le informazioni siano state raccolte durante più visite, fare riferimento alla prima)

- a) giorno
- b) mese
- c) ora di inizio
- ora minuti

3) durata dell'intervista

- Meno di 30 minuti 1
- Da 30 minuti a meno di 45 minuti..... 2
- Da 45 minuti a meno di 1 ora 3
- Da 1 ora a 1 ora e mezza 4
- Oltre 1 ora e mezza 5

4) Disponibilità familiare verso l'intervista

- Sempre scarsa 1
- Scarsa all'inizio, migliore in seguito 2
- Buona all'inizio, scarsa in seguito 3
- Sufficiente 4
- Buona..... 5
- Molto interessata 6

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

(COGNOME E NOME LEGGIBILI)

INFORMAZIONI SULLA RILEVAZIONE

L'Istat svolge questa ricerca dal 1980, con periodicità pressoché quinquennale, per conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di accesso ai servizi sanitari. Gli indicatori derivanti da tale indagine concorrono a costruire un sistema informativo estremamente utile per chi deve operare o chi deve decidere in campo sanitario. Molte delle informazioni (ad es. percezione delle condizioni di salute psico-fisica) non sono tutte reperibili dalle fonti amministrative, mentre è possibile ottenerle mediante rilevazioni presso le famiglie, così come avviene in molti altri Paesi dell'Unione Europea o dell'OCSE.

La rilevazione sulle “**Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari**” (codd. IST-02067 e IST-02153) è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 2011-2013. L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere queste attività di ricerca. Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistici, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

La invitiamo, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 60.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e le chiediamo di accogliere, con cortese disponibilità, l'incaricato del Comune che, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari.

L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n 196/2003). **Ai sensi dell'art. 7, comma 2 del d.lgs. n. 322/1989, l'intervistato potrà decidere se rispondere o meno ai quesiti di natura “sensibile” che riguardano direttamente le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Le saremo comunque grati se, data l'importanza della ricerca, vorrà fornire tutte le informazioni che le verranno richieste.**

Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero verde (gratuito) **800.085503** il martedì e il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

Il titolare del trattamento dei dati personali oggetto della presente indagine è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, al quale è possibile rivolgersi per conoscere l'elenco completo dei responsabili.

Sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali , viale Liegi, 13 – 00198 Roma.