



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE  
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

# INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

CONDIZIONI DI SALUTE  
E RICORSO AI SERVIZI  
SANITARI 2012 - 2013

<b>A</b>	MESE ..... [ ][ ]
----------	-------------------

<b>1</b>	Provincia ..... [ ][ ][ ][ ]
	Comune ..... [ ][ ][ ][ ]
	Sezione di Censimento ..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

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

**PER TUTTI**  
**Questionario per autocompilazione**  
**(componente n. [ ][ ])**

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Stiamo conducendo una ricerca sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari delle famiglie italiane.

Le informazioni raccolte sono di grande rilevanza sociale e potranno contribuire a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari.

Abbiamo, dunque, bisogno della sua collaborazione. Il questionario è articolato in 12 sezioni che si riferiscono ad argomenti diversi. Per aiutarci la preghiamo di osservare le seguenti indicazioni:

- legga con attenzione ogni singolo quesito, comprese le note evidenziate in rosso o riportate in parentesi e risponda mettendo una croce sul riquadro corrispondente alla risposta che ha scelto, così
- ove non è precisato che sono possibili più risposte, è necessario fornire una sola risposta;
- alcune volte troverà uno spazio per scrivere dei numeri. Scriva il numero all'interno dello spazio, così  o così
- via via che compilerà il questionario, troverà delle indicazioni su come proseguire. Controlli sempre a chi è rivolta la sezione o la domanda; se non la riguarda la salti e controlli se deve rispondere a quella successiva;
- presti attenzione al periodo di tempo cui si riferiscono le domande (ad es. ultime 4 settimane, ultimi 12 mesi, ecc.);
- utilizzi le modalità di risposta "altro specificare" solo se non riesce a collocarsi tra le risposte previste.

Se incontra delle difficoltà a rispondere si rivolga alla persona che le ha consegnato il questionario, che gentilmente le fornirà ogni utile spiegazione.

***Le siamo molto grati per la sua gentile disponibilità***

Scheda Individuale del componente n.

(col. 1 della Scheda Generale)

Data di nascita        
Giorno Mese Anno

Sesso Maschio .....1   
Femmina .....2

**1. CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE (PER TUTTI)**

- 1.1 Come va in generale la sua salute?
- Molto bene ..... 1
- Bene ..... 2
- Né bene né male..... 3
- Male ..... 4
- Molto male ..... 5

- 1.2 È affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata?
- (Il termine "lunga durata" si riferisce a malattie o problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino per almeno 6 mesi).*
- NO ..... 1
- Sì .....2

- 1.3 A causa di problemi di salute, in che misura Lei ha delle limitazioni, che durano da **almeno 6 mesi**, nelle attività che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere:
- Limitazioni gravi.....1
- Limitazioni non gravi .....2
- Nessuna limitazione.....3

**ATTENZIONE!**  
Le persone con meno di 14 anni vanno alla Sezione 3.  
Gli altri continuano.

**2. STATO DI SALUTE PERCEPITO**

**(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIU')**

- 2.1 La sua salute La limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (*come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta, ecc.*)?

Sì, mi limita parecchio ..... 1   
Sì, mi limita parzialmente .....2   
NO, non mi limita per nulla.....3

- 2.2 La sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale?

Sì, mi limita parecchio ..... 1   
Sì, mi limita parzialmente .....2   
NO, non mi limita per nulla.....3

- 2.3 Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?

NO..... 1   
Sì.....2

- 2.4 Nelle ultime 4 settimane, ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica?

NO..... 1   
Sì.....2

- 2.5 Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (*come sentirsi depresso o ansioso*)?

NO..... 1   
Sì.....2

- 2.6 Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (*come sentirsi depresso o ansioso*)?

NO..... 1   
Sì.....2

2.7 Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore fisico l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

- Per nulla .....1
- Poco .....2
- Moderatamente .....3
- Abbastanza .....4
- Molto .....5

2.8 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito *calmo e/o sereno*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.9 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito *pieno di energia*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.10 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito *scoraggiato e triste*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.11 Nelle ultime 4 settimane per quanto tempo la salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Una parte del tempo .....3
- Quasi mai .....4
- Mai .....5

2.12 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito *molto agitato*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.13 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito *così giù di morale* che niente avrebbe potuto tirarLa su?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.14 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito *felice*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.15 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito *vivace e brillante*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.16 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito *sfinite*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

**2.17 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito stanco?**

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

**2.18 Ha difficoltà a ricordare o a concentrarsi?**

- NO, nessuna difficoltà .....1
- Sì, qualche difficoltà .....2
- Sì, molta difficoltà .....3
- Non riesco / Non sono in grado .....4

**2.19 Negli ultimi tre anni Le è accaduto qualche evento doloroso o difficile da affrontare?**

- NO .....1
- Se Sì, quale:**  
**(possibili più risposte)**
- Perdita del lavoro suo o di un suo familiare (periodo di disoccupazione, licenziamento, fallimento, ecc.) .....2
- Gravi problemi economici (inclusi sfratto e indebitamento, ecc.) .....3
- Una sua grave malattia o incidente/infortunio ....4
- Una grave malattia o incidente/infortunio che ha colpito un suo familiare o persona cara .....5
- Grave rottura del rapporto di coppia (separazione, divorzio, ecc.) .....6
- Decesso di un familiare o di una persona cara..7
- Problemi familiari (problemi con figli o altri familiari) .....8
- Altro .....9

**3. MALATTIE CRONICHE O DI LUNGA DURATA**

**(PER TUTTI)**

Le chiediamo cortesemente di prestare particolare attenzione nella compilazione di questa sezione, in cui si propone una lista di malattie croniche o di lunga durata composta da 22 patologie (da domanda 3.1 a 3.22).

Per ciascuna malattia risponda alla colonna A. Se non è affetto o non lo è mai stato, passi alla patologia successiva. Se invece ne è affetto o ne è stato affetto in passato segua il percorso, rispondendo anche alle due domande riportate nella stessa riga: dom. B “E’ stata diagnosticata da un medico?” e dom. C “Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi”.

Nell'ultima riga (domanda 3.23) può specificare eventualmente un'altra patologia scrivendo a stampatello.

È affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? Se Sì, indichi per ciascuna di esse se è stata diagnosticata da un medico e se per questa malattia ha preso farmaci negli ultimi 12 mesi

**(rispondere per ciascuna malattia)**

	<b>A. Ne è affetto o ne è stato affetto in passato? (una sola risposta per ciascuna malattia)</b>	<b>B. È stata diagnosticata da un medico?</b>	<b>C. Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi?</b>
<b>3.1 Asma</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
<b>(Se è affetto o è stato affetto da asma)</b> <b>3.1a È o è stato un asma di tipo allergico?</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì .....2 <input type="checkbox"/>		

È affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? Se Sì, indichi per ciascuna di esse se è stata diagnosticata da un medico e se per questa malattia ha preso farmaci negli ultimi 12 mesi

*(rispondere per ciascuna malattia)*

	A. Ne è affetto o ne è stato affetto in passato? <i>(una sola risposta per ciascuna malattia)</i>	B. È stata diagnosticata da un medico?	C. Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi?
3.2 Allergia (escludendo asma allergico)	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.3 Celiachia (intolleranza al glutine)	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.4 Diabete	NO.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<i>(Se è affetto da diabete)</i>			
3.4a Ha mai interrotto di sua iniziativa la terapia per almeno quattro settimane?			
NO..... 1 <input type="checkbox"/>			
Sì ..... 2 <input type="checkbox"/>			
3.5 Ipertensione (pressione arteriosa alta)	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.6 Infarto del miocardio	NO.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, almeno un'episodio.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.7 Angina pectoris	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.8 Altre malattie del cuore	NO.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.9 Ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale)	NO.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, almeno un'episodio.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.10 Artrosi, artrite	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.11 Osteoporosi	NO.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.12 Tumore maligno (inclusi linfoma / leucemia)	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/>		
	Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

È affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? Se Sì, indichi per ciascuna di esse se è stata diagnosticata da un medico e se per questa malattia ha preso farmaci negli ultimi 12 mesi

*(rispondere per ciascuna malattia)*

	A. Ne è affetto o ne è stato affetto in passato? <i>(una sola risposta per ciascuna malattia)</i>	B. È stata diagnosticata da un medico?	C. Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi?
<b>3.13 Cefalea o emicrania ricorrente</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.14 Alzheimer, demenze senili</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.15 Parkinsonismo</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.16 Depressione</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.17 Ansietà cronica grave</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.18 Disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia)</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.19 Cirrosi epatica</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.20 Malattie della tiroide</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.21 Insufficienza renale cronica</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.22 Bronchite cronica, enfisema</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.23 Altra malattia o condizione patologica</b> ..... ..... <i>(specificare)</i>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

**4. CONSUMO DI FARMACI** (PER TUTTI)

4.1 Nelle ultime 2 settimane precedenti l'intervista ha fatto uso di farmaci?

- NO ..... 1  → andare a dom. 4.3
- Sì ..... 2

(Se ha fatto uso di farmaci)

4.2 Ha preso farmaci:

(possibili più risposte)

- Su prescrizione o consiglio di un medico ..... 1
- Di propria iniziativa/dei propri genitori ..... 2
- Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.) ..... 3
- Non so/non ricordo ..... 4

(PER TUTTI)

4.3 Deve fare regolarmente uso, per tutto l'anno, di farmaci prescritti da un medico? (escludere i contraccettivi)

- Sì, tutti i giorni ..... 1
- Sì, almeno una volta a settimana ..... 2
- Sì, ma più raramente ..... 3
- NO ..... 4  → andare a dom. 4.5

(Se fa regolarmente uso di farmaci per tutto l'anno)

4.4 Quanti farmaci diversi assume regolarmente? (escludere i contraccettivi)

- Numero .....   → andare a dom. 4.6

(Se non assume regolarmente farmaci)

4.5 Negli ultimi 12 mesi Le è capitato un periodo in cui ha dovuto assumere tre o più farmaci diversi?

- NO ..... 1
- Sì, per meno di un mese ..... 2
- Sì, per un mese o più ..... 3

(PER TUTTI)

4.6 Complessivamente, per i farmaci acquistati negli ultimi 12 mesi, quanto ha speso approssimativamente?

- Non ha acquistato farmaci ..... 1
- Non ha speso nulla ..... 2
- Ha sostenuto delle spese ..... 3

Spesa complessiva €       ,     
di cui spesa per ticket €       ,

4.7 Negli ultimi 12 mesi ha dovuto rinunciare ad acquistare farmaci, pur avendone bisogno?

- NO ..... 1
- Sì, perché avrebbe dovuto pagare un ticket troppo costoso ..... 2
- Sì, perché doveva pagarli di tasca propria, non essendo prescrivibili ..... 3
- Sì, per altri motivi ..... 4
- .....
- .....

(specificare)

**5. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE** (PER TUTTI)

5.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto la vaccinazione antinfluenzale?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

**ATTENZIONE!**  
QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per i bambini con meno di 3 anni. Gli altri CONTINUANO.

**6. SALUTE DEI DENTI** (PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

6.1 Con quale frequenza si lava i denti?

- Due o più volte al giorno ..... 1
- Una volta al giorno ..... 2
- Meno di una volta al giorno ..... 3
- Mai ..... 4

6.2 Quando è stato dal dentista/ortodontista l'ultima volta?

- Negli ultimi 12 mesi ... 1  → andare a dom. 6.3
- Da oltre un anno fa entro 3 anni fa 2
- Più di 3 anni fa ..... 3
- Non è MAI stato dal dentista ..... 4

andare a riquadro

**ATTENZIONE!**  
I bambini e i ragazzi con meno di 14 anni vanno a Sezione 7. Gli altri vanno a dom. 6.7



*(Per le persone di 3 anni e più che sono state dal dentista negli ultimi 12 mesi)*

6.3 Quante volte è stato dal dentista/ortodontista negli ultimi 12 mesi?

N. di volte →

6.4 Negli ultimi 12 mesi per quali dei seguenti trattamenti è stato dal dentista?

*(possibili più risposte)*

- Visita di controllo in assenza di disturbi o sintomi / pulizia dei denti ..... 1
- Estrazione ..... 2
- Apparecchio correttivo per denti ..... 3
- Otturazione (*cura della carie*)/ devitalizzazione/cura canalare ..... 4
- Cura di malattie parodontali ..... 5
- Dentiera/protesi mobile/impianti/ponti, corone, capsule ..... 6
- Altri trattamenti ..... 7

6.5 Si è rivolto prevalentemente a:

- Un dentista/ortodontista di una struttura pubblica (*ospedale, ambulatorio pubblico, ecc.*) ..... 1
- Un dentista/ortodontista di una struttura privata convenzionata ..... 2
- Un dentista/ortodontista libero professionista .. 3

6.6 Complessivamente, per i trattamenti cui si è sottoposto negli ultimi 12 mesi, quanto ha speso all'incirca?

Spesa complessiva €       ,     
di cui spesa per ticket €       ,

**ATTENZIONE!**

**I bambini e i ragazzi con meno di 14 anni vanno a Sezione 7. Gli altri CONTINUANO.**

*(Per le persone di 14 anni e più)*

6.7 Generalmente una persona di 14 anni e più ha 28 denti (escludendo i denti del giudizio). Lei ha ancora TUTTI i suoi 28 denti NATURALI?

- NO ..... 1
  - NO, porto la dentiera (o impianto) totale ..... 2
  - Sì ..... 3
- } andare a dom. 6.10

*(Se NO)*

6.8 Quanti denti NATURALI ha conservato?

- 21-27 denti ..... 1
- 1-20 denti ..... 2
- Nessuno ..... 3

6.9 Complessivamente, considerando sia i suoi denti naturali, che quelli eventualmente sostituiti, quanti denti ha in bocca? (escludendo i denti del giudizio)

- Tutti (28 denti, considerando anche eventuali ponti, impianti o dentiera) ..... 1
- 21-27 denti ..... 2
- 1-20 denti ..... 3
- Nessun dente ..... 4

*(Per le persone di 14 anni e più)*

6.10 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita o trattamento dentistico, 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)*

**7. ATTIVITÀ FISICA**

*(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)*

7.1 Dal lunedì al venerdì della scorsa settimana quanto tempo ha trascorso in media al giorno stando seduto? (*Pensi al tempo in cui rimane seduto al lavoro, in casa, a scuola, nel tempo libero a guardare la TV, a giocare con i videogames, ecc.*)

N. ore   N. minuti   al giorno

**7.2 Nel suo tempo libero pratica almeno una volta la settimana:**

*(rispondere per riga)*

		Per quanti giorni la settimana	Per quanti minuti ogni volta in media
<b>A. Attività sportiva con rilevante sforzo fisico</b> (sport agonistici e non, palestra, ciclismo, jogging, ecc.)?	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	Meno di 20 minuti 1 <input type="checkbox"/> 20 minuti e più 2 <input type="checkbox"/> ↓ specificare i minuti <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B. Attività fisica moderata</b> , cioè fino al punto di sudare un po' (palestra, passeggiate in bicicletta a velocità moderata, ecc.)?	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	Meno di 20 minuti 1 <input type="checkbox"/> 20 minuti e più 2 <input type="checkbox"/> ↓ specificare i minuti <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C. Attività fisica leggera</b> (passeggiate a piedi per almeno 1 km, ginnastica dolce, ecc.)?	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	Meno di 20 minuti 1 <input type="checkbox"/> 20 minuti e più 2 <input type="checkbox"/> ↓ specificare i minuti <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**ATTENZIONE!**

**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le persone con meno di 14 anni. Gli altri CONTINUANO.**

*(Per le persone di 14 anni e più)*

**7.3 Quante ore a settimana dedica in media al lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)?**

Non svolge attività.....0000  → **andare a Sez. 8**

N. ore   a settimana

**7.4 Il suo lavoro domestico e familiare è prevalentemente caratterizzato da attività fisica?**

Sì, scarsa..... 1

Sì, moderata..... 2

Sì, pesante, fino al punto di sudare..... 3

**8. CONSUMO DI TABACCO**

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

**8.1 Lei attualmente fuma?**

Sì ..... 1  → **rispondere a col. A**

NO, ma ho fumato in passato ..... 2  → **rispondere a col. B**

NO, non ho mai fumato ..... 3  → **andare a dom. 8.7**

*(rispondere seguendo la colonna corrispondente)*

	A) Per chi fuma attualmente (cod. 1 a domanda 8.1)	B) Per chi ha fumato in passato (cod. 2 a domanda 8.1)
<b>8.2 A che età ha iniziato a fumare?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>8.3 Con quale frequenza fuma attualmente o ha fumato in passato</b>		
Tutti i giorni	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Occasionalmente	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>8.4 Prevalentemente cosa fuma attualmente o ha fumato in passato</b>		
Sigari	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Pipa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Sigarette	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<i>(se cod. 3 a dom. 8.4)</i>		
<b>8.5 Quante sigarette, in media, al giorno fuma attualmente o ha fumato in passato?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>8.6 A che età ha smesso di fumare?</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

*(Per le persone di 14 e più)*

8.7 Quanto spesso è esposto al fumo di tabacco in ambienti chiusi (casa, ufficio, ristoranti, ecc.)?

*(rispondere per colonna)*

	In casa	In ufficio	Nei locali pubblici	In auto
Mai o quasi mai	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Meno di un'ora al giorno	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Da 1 a 5 ore al giorno	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Più di 5 ore al giorno	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**9. OPINIONI SU ALCUNI SERVIZI DI PUBBLICA UTILITÀ**

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

9.1 A suo parere, il Servizio Sanitario Pubblico della regione in cui vive, negli ultimi 12 mesi:

- Sta migliorando ..... 1   
 È più o meno come prima..... 2   
 Sta peggiorando ..... 3   
 Non so ..... 4

9.2 Che giudizio complessivo dà dei seguenti servizi di pubblica utilità?

*Esprima un voto da 1 a 10*

*(1 giudizio peggiore, 10 migliore)*

	Voto
Servizio Postale	<input type="text"/>
Servizio Ferroviario	<input type="text"/>
Servizio Scolastico	<input type="text"/>
Servizio Telefonico	<input type="text"/>
Servizio Sanitario del suo territorio	<input type="text"/>
Servizio Televisivo RAI	<input type="text"/>
Servizio Energia Elettrica e Gas	<input type="text"/>
Servizio Acqua	<input type="text"/>

9.3 Lei ha scelto un medico di base di una ASL della sua stessa regione di residenza?

- NO ..... 1   
 Sì ..... 2

**ATTENZIONE!**  
**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per tutti gli uomini.**  
**CONTINUANO le donne di 14 anni e più.**

**10. GRAVIDANZA**

*(PER LE DONNE DI 14 ANNI E PIÙ)*

10.1 Escludendo eventuali adozioni o affiliazioni, quanti figli nati vivi ha avuto?

- Nessun figlio 00   
 Numero di figli

**ATTENZIONE!**  
**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le donne di 60 anni e più. Le altre continuano**

*(Per le donne fino a 59 anni)*

10.2 Ha una gravidanza in corso?

- NO ..... 1   
 Sì ..... 2  → Settimana °

**ATTENZIONE!**  
**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le donne che NON hanno avuto figli. Le altre continuano.**

*(Per le donne fino a 59 anni con figli)*

10.3 Il suo ultimo (o unico) figlio ha meno di 6 anni?

- NO ..... 1  → **Fine del questionario**  
 Sì ..... 2  → data di nascita ultimo figlio

Giorno      Mese      Anno

*Le faremo adesso alcune domande su gravidanza, parto e allattamento del suo ULTIMO figlio (non consideri l'eventuale gravidanza in corso)*

*(Per le donne con meno di 60 anni, con figli con meno di 6 anni)*

10.4 A quale mese ha effettuato la prima visita di controllo in gravidanza?

- Mese .....

10.5 Quante ecografie in totale ha fatto durante la gravidanza?

- N. ecografie .....

10.6 Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza?

- Ginecologo/a del consultorio pubblico ..... 1   
 Ginecologo/a di un'altra struttura pubblica ... 2   
 Ginecologo/a privato ..... 3   
 Altro ..... 4

10.7 Ha avuto qualcuno dei seguenti disturbi o patologie dovuti alla gravidanza?

*(una risposta per ogni riga)*

- |                                    | NO                         | Sì                         |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diabete.....                       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ipertensione.....                  | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Gestosi.....                       | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Minaccia di parto pre-termine..... | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| Minaccia d'aborto.....             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

10.8 È stata ricoverata durante la gravidanza per proteggere il bambino? (escluda i giorni del parto)

- NO ..... 1
- Sì, meno di 7 giorni ..... 2
- Sì, 7-14 giorni ..... 3
- Sì, 15-giorni o più ..... 4

10.9 Fumava prima della gravidanza?

- NO ..... 1  → andare a dom. 10.11
- Sì ..... 2

*(Se fumava prima della gravidanza)*

10.10 Durante la gravidanza ha modificato l'abitudine al fumo?

- Ha sospeso, ma poi ha ripreso dopo la nascita del bambino ..... 1
- Ha smesso definitivamente ..... 2
- Ha diminuito ..... 3
- Non ha modificato le sue abitudini ..... 4

*(Per TUTTE)*

10.11 Svolgeva una attività lavorativa prima della gravidanza?

- NO ..... 1  → andare a Sez. 11
- Sì ..... 2

*(Se Sì)*

10.12 A che mese di gravidanza ha smesso di lavorare?

Mese .....

10.13 Era addetta a mansioni pesanti o potenzialmente nocive?

- NO ..... 1  → andare a Sez. 11
- Sì ..... 2

*(Se Sì)*

10.14 Esattamente quali mansioni nocive svolgeva?

- Era esposta ad agenti dannosi (sostanze chimiche, radiazioni, ecc.) ..... 1
- Assumeva posture flesse ..... 2
- Doveva sollevare carichi/pesi ..... 3
- Altro ..... 4
- .....

*(specificare)*

10.15 È stata trasferita ad un ruolo adeguato alla sua situazione?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

## 11. PARTO

*(PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO CON MENO DI 6 ANNI)*

Risponda con riferimento all'ultimo o unico figlio. Se il parto è stato gemellare considerare l'ultimo nato.

11.1 A quale settimana di gestazione è avvenuto il parto?

Settimana .....

11.2 Quanto pesava il bambino alla nascita?

*(Ad es. se pesava 3 chili e 400 gr., indichi Kg 3, grammi 400)*

Kg , grammi

11.3 Si è trattato di un parto gemellare?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

11.4 Dove ha partorito?

- Ospedale pubblico ..... 1
- Clinica privata convenzionata ..... 2
- Clinica privata a pagamento ..... 3
- Altro (casa, ecc. ) ..... 4

11.5 Come è stato il parto?

- Spontaneo (naturale) ..... 1
- Cesareo programmato ..... 2
- Cesareo non programmato ..... 3

**11.6 Durante il travaglio e/o il parto, è stata effettuata qualcuna delle seguenti pratiche?**

*(rispondere per ogni riga)*

	NO	Sì	Non so /non ricordo
Rottura artificiale delle acque ( <i>delle membrane</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Monitoraggio cardiaco <u>continuato</u> del feto ( <i>Cardiotocografia</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Somministrazione di ossitocina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Pressioni sul ventre ( <i>manovra di Kristeller</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Utilizzo di ventosa o forcipe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Episiotomia ( <i>incisione per facilitare il parto naturale</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**11.7 Dopo il parto ha tenuto suo/a figlio/a in stanza con Lei?**

NO, è stato sempre nel nido a causa di problemi di salute suoi o del bambino ..... 1

NO, è stato sempre nel nido, perché la struttura non permetteva di tenerlo in stanza.... 2

Sì, ma solo una parte della giornata ..... 3

Sì, giorno e notte ..... 4

*(Se ha avuto in precedenza altri parti, altrimenti andare a Sezione 12)*

**11.8 Come è stato il suo precedente parto?**

Spontaneo ..... 1

Cesareo programmato ..... 2

Cesareo non programmato ..... 3

**12. ALLATTAMENTO**

*(PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO CON MENO DI 6 ANNI)*

**Risponda con riferimento all'ultimo o unico figlio. Se ha avuto dei gemelli si riferisca all'ultimo nato.**

**12.1 Dopo quanto tempo dalla nascita ha potuto attaccare il bambino al seno per la prima volta?**

Entro la prima ora ..... 1

Dopo un'ora entro le prime 3 ore ..... 2

Dopo 3 ore entro le prime 24 ore ..... 3

Dopo le prime 24 ore ..... 4

Non so, non ricordo ..... 5

Non l'ho mai attaccato al seno ..... 6

**12.2 Nei primi 3 giorni dopo la nascita, cosa ha preso il bambino?**

*(possibili più risposte)*

Latte materno ..... 1

Soluzione glucosata ..... 2

Latte artificiale ..... 3

Acqua ..... 4

Tisana o camomilla ..... 5

Altro ..... 6

*(specificare)*

Non so, non ricordo ..... 7

**12.3 Il bambino è (stato) allattato al seno?**

NO, mai ..... 1  → **Fine del questionario**

Sì ..... 2

*(Se Sì)*

**12.4 Che età aveva il bambino quando l'ha allattato al seno l'ultima volta?**

Ad esempio se il bimbo aveva 3 mesi e mezzo indicare: Mesi .... 0|3

Mesi compiuti. ....

E' ancora allattato .....  98

**12.5 A che età il bambino ha cominciato a prendere con regolarità bevande non zuccherate (ad esempio acqua, tisane, tè, camomilla o succhi di frutta)?**

Mesi compiuti. ....

Non le ha ancora prese .....  98

**12.6 A che età il bambino ha cominciato a prendere con regolarità latte artificiale o di origine animale?**

Mesi compiuti. ....

Mai o non lo ha ancora preso .....  98

**12.7 A che età il bambino ha cominciato a prendere con regolarità alimenti solidi o semi solidi (ad esempio pappe ed omogeneizzati)?**

Mesi compiuti. ....

Non li ha ancora presi .....  98

**ATTENZIONE!**

**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le donne con l'ultimo figlio di 3 anni e più.**

**CONTINUANO solo le donne con l'ultimo figlio con meno di 3 anni.**

*(Per le donne con ultimo figlio minore di 3 anni)*

**12.8** Indichi quali alimenti ha preso il bambino nelle ultime 24 ore e nell'ultima settimana.

*(possibili più risposte)*

	Nelle ultime 24 ore	Negli ultimi 7 giorni
Latte materno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Latte artificiale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Latte di origine animale	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Liquidi non zuccherati (acqua, tisane, infusi)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altri liquidi o cibi semisolidi o solidi (inclusi pappe e omogeneizzati)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Il questionario finisce qui

*Grazie per la gentile collaborazione*

**RISERVATO AL RILEVATORE - QUESTIONARIO AUTOCOMPILATO**

- da compilare *immediatamente* dopo il ritiro del modello -

**1** Il questionario è stato compilato durante la stessa visita in cui è stata svolta l'intervista?

NO.....1

Sì.....2

**2** Quali delle seguenti situazioni si è verificata

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando la persona.....1

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando un familiare.....2

Il questionario è stato compilato personalmente dal componente.....3

Il questionario è stato compilato da un familiare.....4

Il questionario non è stato compilato per rifiuto.....5

Il questionario non è stato compilato per assenza del rispondente.....6

*(Se cod. 3 o 4 alla domanda 2)*

**3** Il questionario è stato compilato:

In modo completo e senza difficoltà.....1

In modo completo con difficoltà.....2

In modo incompleto e lacunoso.....3

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.