



**istat**

Istituto Nazionale di Statistica

MOD. ISTAT/IMF-8/A

# INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**CONDIZIONI DI SALUTE  
E RICORSO AI SERVIZI  
SANITARI**

**ANNO 1994**

1	MESE.....
---	-----------

2	Provincia.....
	Comune.....
	.....

3	Numero generale progressivo.....
	Da 001 al totale dei modelli IMF-8/A compilati dal Comune nel trimestre (a cura del Comune)

4	Numero d'ordine della famiglia dell'elenco (Mod. ISTAT/IMF/1).....
	Da 001 al totale delle famiglie dell'elenco IMF/1 nel trimestre

5	Numero dei componenti della famiglia anagrafica.....
	(Da col. 3 del Mod. ISTAT/IMF/1)

6	Numero dei componenti della famiglia attuale.....
	(Elencati nella scheda generale con codice diverso da 00)

7	RISERVATO ISTAT
---	-----------------

8 CODICE INTERVISTATORE

Data di consegna all'ufficio del Comune

L'INTERVISTATORE

9

Il responsabile dell'ufficio

Il CAPO DELL'UFFICIO  
ADDETTO ALLA RILEVAZIONE

## CODICI DA UTILIZZARE PER LA SCHEDA GENERALE

**Col. 1 Numero d'ordine dei componenti**

N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)

**Col. 2 Posizione con riferimento all'indirizzo della famiglia anagrafica**

Dimorante abitualmente

- presente .....	1
- temporaneamente assente per ricovero in ospedale o altro istituto di cura .....	2
- temporaneamente assente per altro motivo .....	3
Non dimorante abitualmente .....	4

**Col. 3 Relazione di parentela con PR**

PR (persona di riferimento del questionario) .....	01
Coniuge di 01 .....	02
Convivente (coniugalmente) di 01 .....	03
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 01 .....	04
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01 .....	05
Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza .....	06
Figlio di 01 o del coniuge o 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 01 .....	12
Fratello/sorella del coniuge o convivente di 01 .....	13
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 amicizia .....	17

**Col. 4 Sesso**

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

**Col. 5 Anno di nascita**

Indicare l'anno di nascita con 4 cifre (es. 1952)

**Col. 6 Stato civile**

Celibe o nubile .....	1
Coniugato/a coabitante col coniuge .....	2
Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto) ..	3
Separato/a legalmente .....	4
Divorziato/a .....	5
Vedovo/a .....	6

**Col. 7 Titolo di studio (Per le persone di 6 anni e più)**

Laurea .....	1
Diploma universitario .....	2
Diploma o qualifica di scuola media sup. (4-5 anni) .....	3
Diploma o qualifica di scuola media sup. (2-3 anni) .....	4
Licenza di scuola media inferiore .....	4
Licenza elementare .....	6
Nessun titolo - sa leggere e scrivere .....	7
Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere .....	8

**Col. 8 Fonte principale di reddito**

Reddito da lavoro dipendente .....	1
Reddito da lavoro autonomo .....	2
Pensione .....	3
Indennità e provvidenze varie .....	4
Redditi patrimoniali .....	5
Mantenimento da parte dei familiari .....	6

**Col. 9 Condizione**

Occupato .....	1
In cerca di nuova occupazione .....	2
In cerca di prima occupazione .....	3
In servizio di leva .....	4
Casalinga .....	5
Studente .....	6
Inabile al lavoro .....	7
Persona ritirata dal lavoro .....	8
In altra condizione .....	9

**Col. 10 Lavoro in passato**

No .....	1
Si .....	2

**Col. 11 Professione**

Indicare il genere di lavoro effettivamente svolto, usando termini appropriati ed evitando il ricorso a termini generici quali impiegato e operaio.

**Col. 12 Numero di anni nella professione (b)****Col. 13 Posizione nella professione (b)**

a) Alle dipendenze come:

Dirigente .....	01
Direttivo quadro .....	02
Impiegato .....	03
Appartenente alle categorie speciali (intermedi) .....	04
Capo operaio, operaio .....	05
Altro lavoratore dipendente (usciere, guardiano, ecc.) .....	06
Apprendista .....	07
Lavoratore a domicilio per conto d'impresa .....	08
Graduato o militare di carriera delle FF.AA. o figura simile dei corpi di polizia e sicurezza interna .....	09

b) In conto proprio come:

Imprenditore .....	10
Lavoratore in proprio .....	11
Libero professionista .....	12
Socio di cooperativa di produzione di beni e/o prestazioni di servizio .....	13
Coadiuvante .....	14

**Col. 14 Attività economica (b)**

Agricoltura, caccia e pesca .....	01
Estrazione di minerali .....	02
Attività manifatturiera .....	03
Produzione e distribuzione di energia elettrica, gas e acqua ..	04
Costruzioni .....	05
Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli, motocicli e di beni personali e per la casa .....	06
Alberghi e ristoranti .....	07
Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni .....	08
Intermediazione monetaria e finanziaria .....	09
Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca, altre attività professionali ed imprenditoriali .....	10
Pubblica amministrazione e difesa; assicurazione sociale obbligatoria .....	11
Istruzione .....	12
Sanità ed altri servizi sociali .....	13
Altri servizi pubblici sociali e personali .....	14

(a) A col. 3 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.

(b) Per gli occupati fare riferimento all'attività lavorativa principale o unica.

- Per i ritirati dal lavoro e le casalinghe fare riferimento all'ultima attività lavorativa svolta.

Scheda Individuale del componente n° 01

(col. 1 della Scheda Generale)

**1. DATI ANAGRAFICI**1.1 Data di nascita.....        
Giorno Mese Anno1.2 Et  (anni compiuti).....   

1.3 Provincia di nascita

Uguale alla provincia di residenza..... 999 ☐Estero..... 000 ☐Altra provincia.....      
Nome Codice*(Se la provincia di nascita   diversa da quella di residenza)*

1.4 Da quanti anni vive nella provincia di residenza?

N. anni.....  *(Per tutti)*

1.5 Cittadinanza:

Italiana..... 1 ☐Altra..... 2 ☐Apolide..... 3 ☐**2. CONDIZIONI DI SALUTE** *(PER TUTTI)*

2.1 Come va in generale la sua salute?

Molto male..... 1 ☐Male..... 2 ☐Discretamente..... 3 ☐Bene..... 4 ☐Molto bene..... 5 ☐

2.2 Nelle ultime quattro 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...). Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purch  abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste quattro settimane

NO..... 000 ☐

SI, specificare e codificare

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

2.3 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta ai quesiti precedenti, nelle ultime quattro 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 ☐ SI 2 ☐*(Per le persone che hanno indicato almeno una risposta affermativa ad uno dei quesiti 2.2 o 2.3)*

2.4 Le malattie o disturbi indicati hanno comportato una limitazione delle sue abituali attivit  (domestiche, scolastiche, di tempo libero, ecc...) durante le ultime quattro settimane?

NO..... 00 ☐SI, per quanti giorni?..... N.  Quanti a letto?..... N.  *(Per gli occupati e gli studenti che hanno risposto affermativamente al quesito 2.4)*

2.5 Durante le ultime quattro settimane ha fatto assenze scolastiche o dal lavoro per motivi di salute?

NO..... 00 ☐SI, assenze da scuola, per quanti giorni? N.    
*(per gli studenti)*SI, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.    
*(per gli occupati)*2.6   affetto da una o pi  delle seguenti malattie? Se s , da quanto tempo? *(possibili pi  risposte)*

	Codice	Presenza		Insorgenza N. anni
		NO	SI	
Malattie allergiche .....	01	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabete .....	02	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cataratta .....	03	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Iperensione .....	04	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infarto del miocardio.....*	05	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Angina pectoris .....	06	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Altre malattie del cuore .....	07	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale .....	08	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria .....	09	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asma bronchiale .....	10	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Artrosi, artrite.....	11	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Osteoporosi .....	12	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ernia addominale .....	13	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ulcera gastrica o duodenale .....	14	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Calcolosi del fegato e delle vie biliari .....	15	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cirrosi epatica .....	16	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Calcolosi renale.....	17	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ipertrofia della prostata .....	18	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tumore (incluso linfoma e leucemia) .....	19	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Disturbi nervosi (perdita della memoria, parkinsonismo, alzheimer, epilessia) .....	20	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Paralisi e paresi.....	21	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cefalea o emicrania ricorrente ...	22	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

*(Per chi ha risposto con i codici 8 o 0 al quesito 2.6)*

**2.7 Le malattie (o la malattia) indicate sono state diagnosticate da un medico? Se sì, quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

SI, quali? .....  
(Codici)

*(Per chi ha risposto con i codici 8 o 0 al quesito 2.6)*

**2.8 Per curare le malattie indicate prende farmaci o fa terapie? Se sì, per quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

SI, per quali? .....  
(Codici)

**3. INVALIDITÀ** *(PER TUTTI)*

**3.1 È affetto da una o più delle seguenti invalidità?**

	NO	SI
Cecità .....	1	2
Sordomutismo .....	3	4
Sordità .....	5	6
Invalidità da insufficienza mentale.....	7	8
Invalidità motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni).....	9	0

*(Per chi ha risposto con i codici 8 o 0 al quesito 3.1)*

**3.2 Usa la sedia a rotelle?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**4. RIDUZIONI DI AUTONOMIA E AIUTI**

*(PER TUTTI)*

**4.1 Ha una riduzione dell'autonomia personale causata da una malattia cronica o da una invalidità permanente?**

NO.....1 ☐ → quesito 5.1

SI.....2 ☐

*(Se SI)*

**4.2 Ha bisogno dell'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa?**

NO.....1 ☐

SI, in modo saltuario, per alcune esigenze 2 ☐

SI, in modo continuo, o per esigenze importanti.....3 ☐

*(Per chi ha risposto con i codici 8 o 0 al quesito 4.2)*

**4.3 Da chi le viene dato generalmente questo aiuto?**  
(possibili più risposte)

Familiari o altre persone conviventi..... 1

Parenti non conviventi..... 2

Amici, colleghi o vicini di casa..... 3

Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato..... 4

Personale sanitario retribuito..... 5

Altro personale retribuito..... 6

**5. ATTIVITÀ FISICA** *(PER TUTTI)*

**5.1 Le capita di svolgere nel tempo libero un'attività sportiva o un'attività fisica, anche leggera come passeggiare per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO.....1 ☐ → quesito 5.2

SI.....2 ☐

*(Se SI)*

**5.2 Fa sport agonistico o si allena sistematicamente più di una volta a settimana?**

NO.....1 ☐

SI.....2 ☐

**5.3 Fa abitualmente dello sport non agonistico come corsa, nuoto, tennis, jogging, ecc.?**

NO.....1 ☐

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

SI, 4 ore o più a settimana..... 3 ☐

**5.4 Svolge abitualmente un'attività fisica leggera come passeggiare a piedi per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO.....1 ☐

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

SI, 4 ore o più a settimana..... 3 ☐

**5.5 Le capita nell'arco di una settimana, di svolgere una o più attività fisiche o sportive fino al punto di sudare un pò?**

NO, mai.....0 ☐

SI, quanti giorni a settimana? N.

**5.6 Qual'è il motivo principale per cui pratica attività fisica?**

- Per svago..... 1  
 Per mantenersi in forma..... 2  
 A scopo terapeutico..... 3  
 Per altro motivo..... 4

**5.7 Quante ore dedica mediamente alla settimana a:**

- Lavoro domestico e familiare  
 N. ore ..... a settimana  
 -- Attività lavorativa  
 N. ore ..... a settimana

**5.8 Il suo lavoro è prevalentemente caratterizzato da attività fisica: scarsa, moderata o pesante?**

- |            | Lavoro domestico | Attività lavorativa |
|------------|------------------|---------------------|
| -- Scarsa  | 1                | 1                   |
| -- Modesta | 2                | 2                   |
| -- Pesante | 3                | 3                   |

**6. PESO, STATURA, DIETA**

**6.1 Può indicare il suo peso e la sua statura attuali? (Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)**

- Peso ..... Kg  
 Statura ..... Cm

**6.2 Usa controllare frequentemente il suo peso?**

- NO 1 SI 2

**6.3 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (iposodico, dimagrante, vegetariano, ...)**

- NO 1 SI 2

**6.4 La dieta o il regime dietetico le è stata prescritta da un medico?**

- NO 1 SI 2

**7. ALLATTAMENTO AL SENO, GRAVIDANZA**

**7.1 Il bambino è stato allattato al seno? Se sì, per quanto tempo?**

- NO ..... 1 →  
 Sì, l'allattamento è in corso 2  
 Sì, per più di 6 mesi..... 3  
 Sì, per un periodo da 3 a 6 mesi..... 4  
 Sì, per un periodo da 6 settimane a 3 mesi 5  
 Sì, fino a 6 settimane..... 6

**7.2 C'è stato un periodo di esclusivo allattamento al seno (cioè senza integrazione con latte artificiale o altro tipo di latte)?**

- NO, ..... 0  
 Sì, per quanti mesi? ..... N.

**7.3 Si è trattato di una gravidanza a rischio per la quale la madre è stata obbligata a lunghi periodi di riposo (oltre un mese)?**

- NO 1 SI 2

**7.4 La madre del bambino fumava prima della gravidanza?**

- NO 1 SI 2

**7.5 Durante la gravidanza ha sospeso, arrestato o diminuito l'abitudine al fumo?**

- Ha sospeso o arrestato..... 1  
 Ha diminuito..... 2  
 Non ha modificato le sue abitudini..... 3

**8. VISITE MEDICHE**

**8.1 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso a visite mediche del medico di famiglia o di medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?**

(Escludere le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto Soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero in un day hospital)

- NO..... 00 →  
 Sì, quante?..... N.

**8.2 Indicare il numero di visite secondo il motivo prevalente (possibili più risposte)**

- |  | Codice | Numero |
|--|--------|--------|
| -- Malattie o disturbi .....   | 1      | N.     |
| -- Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi ..... | 2      | N.     |
| -- Ripetizione di ricette .....  | 3      | N.     |
| -- Altri certificati o atti amministrativi ..                              | 4      | N.     |
| -- Altro .....   | 5      | N.     |

**8.3 Per ciascun tipo di visita indicare il numero totale di visite, il numero delle visite domiciliari, il numero delle visite a pagamento intero**

Tipo di visita	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Generica .....	01	.... N.	.... N.	.... N.
Pediatria.....	02	.... N.	.... N.	.... N.
Geriatrica .....	03	.... N.	.... N.	.... N.
Cardiologica..	04	.... N.	.... N.	.... N.
Ostetrico-ginecologica..	05	.... N.	.... N.	.... N.
Oculistica .....	06	.... N.	.... N.	.... N.
Odontoiatrica	07	.... N.	.... N.	.... N.
Otorino-laringoiatrica	08	.... N.	.... N.	.... N.
Ortopedica .....	09	.... N.	.... N.	.... N.
Neurologica ..	10	.... N.	.... N.	.... N.
Psichiatrica, psicologica .....	11	.... N.	.... N.	.... N.
Urologica .....	12	.... N.	.... N.	.... N.
Gastro-enterologica ..	13	.... N.	.... N.	.... N.
Dietologica .....	14	.... N.	.... N.	.... N.
Dermatologica	15	.... N.	.... N.	.... N.
Altra specialistica ..	16	.... N.	.... N.	.... N.

**8.4 Tipo di visita**

Codice.....

**8.5 Spesa sostenuta**

Nulla..... 1  
 Fino a 50.000 lire..... 2  
 Da 50.001 a 100.000 lire.. 3  
 Da 100.001 a 200.000 lire..... 4  
 Da 200.001 a 300.000 lire..... 5  
 Da 300.001 a 500.000 lire..... 6  
 Oltre 500.000 lire..... 7

**8.6 Tipo di specialista e se per scelta o per necessità**

	Per scelta	Per necessità
Privato	1	2
Pubblico	3	4

**8.7 Giorni intercorsi tra la richiesta e lo svolgimento della visita**

Giorni..... N.

**8.8 Nelle ultime quattro settimane ha chiesto consigli telefonici ad un medico?**

NO.....00

SI, quante volte?..... N.

**8.9 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso alla guardia medica pubblica?**

NO.....00

SI, quante volte?..... N.

**9. APPARECCHI SANITARI**

**9.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto uso di qualcuno dei seguenti apparecchi o protesi?**

(possibili più risposte)

Occhiali o lenti a contatto..... 1  
 Apparecchi acustici..... 2  
 Protesi dentarie (compresi ponti) .. 3  
 Apparecchi correttivi per denti ..... 4  
 Scarpe ortopediche o plantari..... 5  
 Busti..... 6  
 Altri apparecchi..... 7  
 Nessun apparecchio..... 8

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

**10.1 Nelle ultime quattro settimane ha effettuato accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?**

NO..... 00 →

SI, quanti?..... N.

**10.2 Indicare per ciascun tipo di accertamento il numero totale e quello degli accertamenti a pagamento intero**

Tipo di accertamento	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Analisi del sangue .....	01	.... N.	.... N.	.... N.
Analisi delle urine .....	02	.... N.	.... N.	.... N.
Ecografia .....	03	.... N.	.... N.	.... N.
TAC .....	04	.... N.	.... N.	.... N.
Risonanza magnetica nucleare.....	05	.... N.	.... N.	.... N.
Altri accertamenti radiografici.....	06	.... N.	.... N.	.... N.
Elettrocardiogramma ecocardiografia.....	07	.... N.	.... N.	.... N.
Paptest, striscio vaginale .....	08	.... N.	.... N.	.... N.
Mammografia .....	09	.... N.	.... N.	.... N.
Gastrosopia .....	10	.... N.	.... N.	.... N.
Colon/rettoscopia .....	11	.... N.	.... N.	.... N.
Reazione alla tubercolina .....	12	.... N.	.... N.	.... N.
Altri accertamenti.....	13	.... N.	.... N.	.... N.

*La persona che compilava il questionario deve essere il ricoverato*

### 10.3 Tipo di accertamento

Codice.....

### 10.4 Struttura utilizzata e se per scelta o per necessità

	Per scelta	Per necessità
Privata convenzionata	1	2
Privata non convenzionata	3	4
Pubblica	5	6
Centro donazione sangue	7	8

### 10.5 Spesa sostenuta

- Nulla..... 1
- Fino a 50.000 lire..... 2
- Da 50.001 a 100.000 lire.. 3
- Da 100.001 a 200.000 lire..... 4
- Da 200.001 a 300.000 lire..... 5
- Da 300.001 a 500.000 lire..... 6
- Oltre 500.000 lire..... 7

### 10.6 Giorni intercorsi tra la richiesta alla struttura utilizzata e l'effettuazione dell'accertamento

Giorni..... N. ....

*(Per tutti indipendentemente dalle risposte ai quesiti precedenti)*

### 10.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche accertamento diagnostico che, per diversi motivi, ha deciso di non fare?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

## 11. SERVIZI OSPEDALIERI

*(PER TUTTI)*

### 11.1 Negli ultimi TRE mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura convenzionato o in una casa di cura privata? (Non considerare i ricoveri per parto o nascita quando non si sono verificate complicazioni)

NO 1 ☐ SI 2 ☐

*(Se SÌ)*

### 11.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi TRE mesi?

N. ....

### 11.3 Per quante giornate complessivamente è stato ricoverato nei TRE mesi?

N. ....

*(Se ricoverato in più strutture, indicare separatamente per ciascuna)*

### 11.4 Dove è avvenuto

- Ospedale o istituto di cura pubblico.. 1
- Casa di cura privata convenzionata..... 2
- Casa di cura privata a pagamento intero..... 3

### 11.5 Giornate di degenza ..... N. ....

### 11.6 Nel corso del ricovero ha subito interventi chirurgici?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

### 11.7 Giorni intercorsi tra la richiesta di ricovero e l'effettivo ricovero

Giorni ..... N. ....

### 11.8 Durante il ricovero la persona ha ricevuto aiuto o assistenza (non di tipo economico) da una o più delle seguenti persone? (possibili più risposte)

- Familiari o altre persone conviventi ..... 1
- Parenti non conviventi ..... 2
- Amici, colleghi e vicini di casa ..... 3
- Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato ..... 4
- Personale sanitario retribuito ..... 5
- Altro personale retribuito ..... 6

## 12. SERVIZI SANITARI

*(PER TUTTI)*

### 12.1 Negli ultimi TRE mesi ha fatto ricorso a

	NO	SI	N.
Pronto soccorso .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Day hospital .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Assistenza domiciliare.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Consultorio familiare .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Centri di igiene mentale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Servizio assistenza per tossicodipendenti .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

### 13. CONSUMO DEI FARMACI (PER TUTTI)

13.1 Negli ultimi due giorni (precedenti l'intervista) ha fatto uso di farmaci?

NO 1 ☐ SI 2 ☐ NON SO 3 ☐

13.2 In caso di risposta affermativa specificare (possibili più risposte)

Su prescrizione o consiglio di un medico..... 1 ☐

Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.)..... 2 ☐

Di propria iniziativa ..... 3 ☐

Su iniziativa dei genitori ..... 4 ☐

Non so / non ricordo..... 5 ☐

(Per tutti)

13.3 Con che frequenza ricorre ai seguenti farmaci? (una risposta per ogni riga)

	Mai	Qualche volta	Abbastanza di frequente	Spesso	Non so
Antinevralgici o antidolorifici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tranquillanti o antidepressivi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sonniferi, ipnotici ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lassativi o purganti .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Gocce o spray nasali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Digestivi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ricostituenti o vitaminici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Se usa qualche farmaco di frequente o spesso)

13.4 Il suo medico di famiglia è al corrente dell'assunzione di questi farmaci?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per tutti)

13.5 Prima di prendere un farmaco che è già in casa controlla la scadenza?

SI ..... 1 ☐

NO, ma la controlla un familiare o un'altra persona 2 ☐

NO, non la controlla nessuno ..... 3 ☐

13.6 Prima di prendere un farmaco per la prima volta legge le istruzioni?

SI ..... 1 ☐

NO, ma le legge un familiare o un'altra persona 2 ☐

NO, non le legge nessuno ..... 3 ☐

13.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche farmaco di cui per diversi motivi non ha fatto uso?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

### 14. MEDICINA ALTERNATIVA (PER TUTTI)

14.1 Spesso si sente parlare di alcuni tipi di medicina alternativa: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe). Ne ha fatto uso negli ultimi tre anni? Ritiene che possano aiutare ad alleviare o risolvere alcuni problemi di salute?

Uso negli ultimi tre anni (una risposta per ogni colonna)

	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

14.2 Se ne fa fatto uso, ritiene di averne avuto benefici? (una risposta per ogni colonna)

	Agopuntura *	Omeopatia	Fitoterapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone di 18 anni o più indipendentemente dalle risposte date ai quesiti precedenti)

14.3 Ritiene che siano utili?

Utilità	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### 15. CONSUMO DI TABACCO

(PER LE PERSONE IN ETÀ DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Ha l'abitudine di fumare?

No, non ho mai fumato..... 1 ☐ → quesito 16

No, ma fumavo in passato ..... 2 ☐

Sì ..... 3 ☐



15.2 A che età ha iniziato a fumare? .....

15.3 Per quanti anni complessivamente ha fumato (escludendo i periodi in cui eventualmente ha interrotto)?

N. anni .....

15.4 Che cosa fuma (o fumava) prevalentemente?

Sigarette..... 1

Sigari..... 2

Pipa..... 3

15.5 Tipo di sigarette fumate

Con filtro 1 Senza filtro 2

15.6 Numero medio di sigarette fumate al giorno

Numero medio .....

15.7 Ha provato qualche volta a smettere di fumare?

NO 1 SI 2

15.8 Nel corso degli ultimi due anni ha ridotto o aumentato il consumo di tabacco rispetto alle sue precedenti abitudini?

Riduzione..... 1

Aumento ..... 2

Stesso consumo..... 3

Non so ..... 4

15.9 Da quanti anni ha smesso di fumare?

Anni ..... Mesi

15.10 Qual'è il motivo principale per cui ha smesso di fumare?

Per una malattia o disturbo da cui è o è stato affetto ..... 1

Perché pur non avendo nessuna malattia o disturbo ritiene che il fumo sia dannoso per la salute ..... 2

Perché non ha più trovato nessun piacere nel fumare ..... 3

Perché ritiene il fumo troppo costoso ..... 4

Per altri motivi ..... 5

## 16. ASSISTENZA O ASSICURAZIONE INTEGRATIVA

16.1 Attualmente è tutelato da una o più delle seguenti forme di assistenza o assicurazione? (possibili più risposte)

Integrativa aziendale a contribuzione volontaria 1

Integrativa volontaria non aziendale ..... 2

Polizza privata di assicurazione sanitaria ..... 3

## 17. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

17.1 Negli ultimi TRE mesi le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altri disturbi dovuti ad incidenti avvenuti in una abitazione (indipendenti da volontà umana)?

(Comprendere anche eventuali balconi, giardini, garage, cantine, pianerottoli, scale dell'abitazione)

NO..... 0 →

SI..... N.

17.2 Qual'è stato l'oggetto che ha causato l'incidente?

(Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)

.....  
(specificare e codificare)

.....  
(specificare e codificare)

17.3 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quale parte del corpo ha interessato?

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conseguenza
Testa	11	12	13	14
Torace	21	22	23	24
Addome	31	32	33	34
Arti superiori	41	42	43	44
Arti inferiori	51	52	53	54
Altra parte del corpo	61	62	63	64

**17.4 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?**

- Cucina..... 1 ☐  
 Soggiorno, salone..... 2 ☐  
 Camera da letto o cameretta..... 3 ☐  
 Bagno..... 4 ☐  
 Corridoio, ingresso..... 5 ☐  
 Balcone, terrazzo, giardino..... 6 ☐  
 Cantina, garage, altro ambiente..... 7 ☐  
 Scale interne all'abitazione..... 8 ☐  
 Scale esterne all'abitazione..... 9 ☐

**17.5 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?**

- Attività fisiologiche  
 (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 1 ☐  
 Lavori domestici..... 2 ☐  
 Riparazioni, "fai da te", bricolage..... 3 ☐  
 Gioco o passatempi del tempo libero..... 4 ☐  
 Nessuna particolare attività..... 5 ☐  
 Altro (specificare)..... 6 ☐

**17.6 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:  
 (possibili più risposte)**

- Assistenza di familiari conviventi..... 1 ☐  
 Assistenza di familiari non conviventi,  
 vicini, amici, ecc..... 2 ☐  
 Visita in farmacia..... 3 ☐  
 Visita medica ambulatoriale..... 4 ☐  
 Visita medica domiciliare..... 5 ☐  
 Visita al pronto soccorso..... 6 ☐  
 Ricovero ospedaliero..... 7 ☐

**17.7 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, di tempo libero, ecc.)?**

NO..... 00 ☐  
 SI, per quanti giorni? ..... N. ☐

(Se SI)

**17.8 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**17.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?**

NO..... 00 ☐  
 SI, per quanti giorni? ..... N. ☐

(Se SI)

**17.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per gli occupati)

**17.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?**

NO..... 00 ☐

SI, per quanti giorni? ..... N. ☐

(Se SI)

**17.12 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**18. PREVENZIONE** (PER LE DONNE DI 18 ANNI E PIÙ)

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

NO..... 1 ☐

SI..... 2 ☐

(Se SI)

**18.2 A che età ha eseguito la prima mammografia?**

Età (anni compiuti).....

**18.3 In che anno ha eseguito l'ultima mammografia?**

Anno....

(Per tutte le donne di 18 anni e più)

**18.4 Ha mai eseguito un pap-test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi?**

NO..... 1 ☐

SI..... 2 ☐

(Se SI)

**18.5 A che età ha eseguito il primo pap-test?**

Età (anni compiuti).....

**18.6 In che anno ha eseguito l'ultimo pap-test?**

Anno....

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

SI, senza la presenza di altre persone... 1 ☐

SI, 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.

**1. DATI ANAGRAFICI**

- 1.1 Data di nascita** .....  
Giorno Mese Anno
- 1.2 Età (anni compiuti)** .....
- 1.3 Provincia di nascita**  
 Uguale alla provincia di residenza ..... 999  
 Estero ..... 000  
 Altra provincia .....  
Nome Codice
- (Se la provincia di nascita è diversa da quella di residenza)*
- 1.4 Da quanti anni vive nella provincia di residenza?**  
 N. anni .....  
*(Per tutti)*
- 1.5 Cittadinanza:**  
 Italiana ..... 1  
 Altra ..... 2  
 Apolide ..... 3

**2. CONDIZIONI DI SALUTE** *(PER TUTTI)*

- 2.1 Come va in generale la sua salute?**  
 Molto male ..... 1  
 Male ..... 2  
 Discretamente ..... 3  
 Bene ..... 4  
 Molto bene ..... 5
- 2.2 Nelle ultime quattro 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...). Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste quattro settimane  
 NO ..... 000  
 SI, specificare e codificare  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
- 2.3 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta ai quesiti precedenti, nelle ultime quattro 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 ☐ SI 2 ☐

*(Per le persone che hanno indicato di non aver risposto al quesito precedente, rispondere a questo quesito.)*

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

NO ..... 00  
 SI, per quanti giorni? ..... N.  
 Quanti a letto? ..... N.

*(Per gli operai e gli studenti che hanno risposto affermativamente al quesito 2.4)*

- 2.5 Durante le ultime quattro settimane ha fatto assenze scolastiche o dal lavoro per motivi di salute?**

NO ..... 00  
 SI, assenze da scuola, per quanti giorni? N.  
*(Per gli studenti)*  
 SI, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.  
*(Per gli operai)*

- 2.6 È affetto da una o più delle seguenti malattie? Se sì, da quanto tempo?**  
*(possibili più risposte)*

	Codice	Presenza		Insorgenza N. anni
		NO	SI	
Malattie allergiche .....	01	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Diabete .....	02	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Cataratta .....	03	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Iperensione .....	04	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Infarto del miocardio .....	05	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Angina pectoris .....	06	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Altre malattie del cuore .....	07	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale .....	08	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria .....	09	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Asma bronchiale .....	10	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Artrosi, artrite .....	11	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Osteoporosi .....	12	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Ernia addominale .....	13	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Ulcera gastrica o duodenale .....	14	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Calcolosi del fegato e delle vie biliari .....	15	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Cirrosi epatica .....	16	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Calcolosi renale .....	17	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Ipertrofia della prostata .....	18	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Tumore (incluso linfoma e leucemia) .....	19	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Disturbi nervosi (perdita della memoria, parkinsonismo, alzheimer, epilessia) .....	20	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Paralisi e paresi .....	21	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Cefalea o emicrania ricorrente ...	22	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

Seguire Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se è stata indicata almeno una malattia al quesito 2.6)

**2.7 Le malattie (o la malattia) indicate sono state diagnosticate da un medico? Se sì, quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00 ☐

SI, quali? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
(Codici)

(Se è stata indicata almeno una malattia al quesito 2.6)

**2.8 Per curare le malattie indicate prende farmaci o fa terapie? Se sì, per quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00 ☐

SI, per quali? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
(Codici)

### 3. INVALIDITÀ (PER TUTTI)

**3.1 È affetto da una o più delle seguenti invalidità?**

	NO	SI
Cecità .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Sordomutismo .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sordità .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Invalideria da insufficienza mentale.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Invalideria motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni).....	9 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

(Per chi ha risposto con i codici 8 o 0 al quesito 3.1)

**3.2 Usa la sedia a rotelle?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

### 4. RIDUZIONI DI AUTONOMIA E AIUTI

(PER TUTTI)

**4.1 Ha una riduzione dell'autonomia personale causata da una malattia cronica o da una invalidità permanente?**

NO..... 1 ☐ → quesito 5.1

SI..... 2 ☐

(Se SI)

**4.2 Ha bisogno dell'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa?**

NO..... 1 ☐

SI, in modo saltuario, per alcune esigenze 2 ☐

SI, in modo continuo, o per esigenze importanti..... 3 ☐

(Per chi ha risposto con i codici 2 o 3 al quesito 4.2)

**4.3 Da chi le viene dato generalmente questo aiuto?**  
(possibili più risposte)

Familiari o altre persone conviventi..... 1 ☐

Parenti non conviventi..... 2 ☐

Amici, colleghi o vicini di casa..... 3 ☐

Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato..... 4 ☐

Personale sanitario retribuito..... 5 ☐

Altro personale retribuito..... 6 ☐

### 5. ATTIVITÀ FISICA (PER TUTTI)

**5.1 Le capita di svolgere nel tempo libero un'attività sportiva o un'attività fisica, anche leggera come passeggiare per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO..... 1 ☐ → quesito 5.7

SI..... 2 ☐

(Se SI)

**5.2 Fa sport agonistico o si allena sistematicamente più di una volta a settimana?**

NO..... 1 ☐

SI..... 2 ☐

**5.3 Fa abitualmente dello sport non agonistico come corsa, nuoto, tennis, jogging, ecc.?**

NO..... 1 ☐

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

SI, 4 ore o più a settimana..... 3 ☐

**5.4 Svolge abitualmente un'attività fisica leggera come passeggiare a piedi per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO..... 1 ☐

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

SI, 4 ore o più a settimana..... 3 ☐

**5.5 Le capita nell'arco di una settimana, di svolgere una o più attività fisiche o sportive fino al punto di sudare un pò?**

NO, mai..... 0 ☐

SI, quanti giorni a settimana? N. ☐

### 5.6 Qual'è il motivo principale per cui pratica attività fisica?

- Per svago..... 1  
 Per mantenersi in forma..... 2  
 A scopo terapeutico..... 3  
 Per altro motivo..... 4

(Se SI)

### 5.7 Quante ore dedica mediamente alla settimana a:

- Lavoro domestico e familiare  
 N. ore ..... a settimana  
 - Attività lavorativa  
 N. ore ..... a settimana

### 5.8 Il suo lavoro è prevalentemente caratterizzato da attività fisica: scarsa, moderata o pesante?

	Lavoro domestico	Attività lavorativa
- Scarsa	1	1
- Modesta	2	2
- Pesante	3	3

## 6. PESO, STATURA, DIETA

### 6.1 Può indicare il suo peso e la sua statura attuali? (Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)

Peso ..... Kg  
 Statura ..... Cm

### 6.2 Usa controllare frequentemente il suo peso?

NO 1 ..... SI 2

### 6.3 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (iposodico, dimagrante, vegetariano, ...)

NO 1 ..... SI 2

(Se SI)

### 6.4 La dieta o il regime dietetico le è stata prescritta da un medico?

NO 1 ..... SI 2

## 7. ALLATTAMENTO AL SENO, GRAVIDANZA

(PER I BAMBINI FINO A 5 ANNI)

### 7.1 Il bambino è stato allattato al seno? Se sì, per quanto tempo?

- NO..... 1 → *vedi scheda*  
 SI, l'allattamento è in corso 2  
 SI, per più di 6 mesi..... 3  
 SI, per un periodo da 3 a 6 mesi..... 4  
 SI, per un periodo da 6 settimane a 3 mesi 5  
 SI, fino a 6 settimane..... 6

### 7.2 C'è stato un periodo di esclusivo allattamento al seno (cioè senza integrazione con latte artificiale o altro tipo di latte)?

NO, ..... 0

SI, per quanti mesi?..... N.

(Se SI)

### 7.3 Si è trattato di una gravidanza a rischio per la quale la madre è stata obbligata a lunghi periodi di riposo (oltre un mese)?

NO 1 ..... SI 2

### 7.4 La madre del bambino fumava prima della gravidanza?

NO 1 ..... SI 2

(Se SI)

### 7.5 Durante la gravidanza ha sospeso, arrestato o diminuito l'abitudine al fumo?

Ha sospeso o arrestato..... 1

Ha diminuito..... 2

Non ha modificato le sue abitudini..... 3

## 8. VISITE MEDICHE

(PER TUTTI)

### 8.1 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso a visite mediche del medico di famiglia o di medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?

(Escludere le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto Soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero in un day hospital)

NO..... 00 → *vedi scheda*

SI, quante?..... N.

(Se SI)

### 8.2 Indicare il numero di visite secondo il motivo prevalente (possibili più risposte)

	Codice	Numero
- Malattie o disturbi .....	1	N.
- Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi .....	2	N.
- Ripetizione di ricette .....	3	N.
- Altri certificati o atti amministrativi ..	4	N.
- Altro .....	5	N.

Indicare Scheda Individuale del componente n. **02**

(Cognome e Nome) della Scheda Generale

**8.3 Per ciascun tipo di visita indicare il numero totale di visite, il numero delle visite domiciliari, il numero delle visite a pagamento intero**

Tipo di visita	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Generica .....	01	N. ....	N. ....	N. ....
Pediatria .....	02	N. ....	N. ....	N. ....
Geriatrica .....	03	N. ....	N. ....	N. ....
Cardiologica ..	04	N. ....	N. ....	N. ....
Ostetrico-ginecologica ..	05	N. ....	N. ....	N. ....
Oculistica .....	06	N. ....	N. ....	N. ....
Odontoiatrica ..	07	N. ....	N. ....	N. ....
Otorino-laringoiatrica ..	08	N. ....	N. ....	N. ....
Ortopedica .....	09	N. ....	N. ....	N. ....
Neurologica ..	10	N. ....	N. ....	N. ....
Psichiatrica, psicologica ..	11	N. ....	N. ....	N. ....
Urologica .....	12	N. ....	N. ....	N. ....
Gastro-enterologica ..	13	N. ....	N. ....	N. ....
Dietologica .....	14	N. ....	N. ....	N. ....
Dermatologica ..	15	N. ....	N. ....	N. ....
Altra specialistica ..	16	N. ....	N. ....	N. ....

(Facendo riferimento all'ultima visita indicare)

**8.4 Tipo di visita**

Codice.....

**8.5 Spesa sostenuta**

Nulla..... 1 ☐  
 Fino a 50.000 lire..... 2 ☐  
 Da 50.001 a 100.000 lire..... 3 ☐  
 Da 100.001 a 200.000 lire..... 4 ☐  
 Da 200.001 a 300.000 lire..... 5 ☐  
 Da 300.001 a 500.000 lire..... 6 ☐  
 Oltre 500.000 lire..... 7 ☐

**8.6 Tipo di specialista e se per scelta o per necessità**

	Per scelta	Per necessità
Privato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Pubblico	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**8.7 Giorni intercorsi tra la richiesta e lo svolgimento della visita**

Giorni..... N. ....

(Per tutti indipendentemente dalle risposte fornite ai quesiti precedenti)

**8.8 Nelle ultime quattro settimane ha chiesto consigli telefonici ad un medico?**

NO.....00 ☐  
 SI, quante volte?..... N. ....

**8.9 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso alla guardia medica pubblica?**

NO.....00 ☐  
 SI, quante volte?..... N. ....

**9. APPARECCHI SANITARI (PER TUTTI)**

**9.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto uso di qualcuno dei seguenti apparecchi o protesi?**

(possibili più risposte)

Occhiali o lenti a contatto..... 1 ☐  
 Apparecchi acustici..... 2 ☐  
 Protesi dentarie (compresi ponti) .. 3 ☐  
 Apparecchi correttivi per denti..... 4 ☐  
 Scarpe ortopediche o plantari..... 5 ☐  
 Busti..... 6 ☐  
 Altri apparecchi..... 7 ☐  
 Nessun apparecchio..... 8 ☐

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (PER TUTTI)**

**10.1 Nelle ultime quattro settimane ha effettuato accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?**

NO..... 00 ☐ → quesito 10.7  
 SI, quanti?..... N. ....

(Se SI)

**10.2 Indicare per ciascun tipo di accertamento il numero totale e quello degli accertamenti a pagamento intero**

Tipo di accertamento	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Analisi del sangue .....	01	N. ....	N. ....	N. ....
Analisi delle urine .....	02	N. ....	N. ....	N. ....
Ecografia .....	03	N. ....	N. ....	N. ....
TAC .....	04	N. ....	N. ....	N. ....
Risonanza magnetica nucleare.....	05	N. ....	N. ....	N. ....
Altri accertamenti radiografici.....	06	N. ....	N. ....	N. ....
Elettrocardiogramma ecocardiografia.....	07	N. ....	N. ....	N. ....
Paptest, striscio vaginale .....	08	N. ....	N. ....	N. ....
Mammografia .....	09	N. ....	N. ....	N. ....
Gastrosopia .....	10	N. ....	N. ....	N. ....
Colon/rettoscopia .....	11	N. ....	N. ....	N. ....
Reazione alla tubercolina .....	12	N. ....	N. ....	N. ....
Altri accertamenti.....	13	N. ....	N. ....	N. ....

### 10.3 Tipo di accertamento

Codice.....

### 10.4 Struttura utilizzata e se per scelta o per necessità

	Per scelta	Per necessità
Privata convenzionata	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Privata non convenzionata	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pubblica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Centro donazione sangue	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

### 10.5 Spesa sostenuta

- Nulla..... 1 ☐
- Fino a 50.000 lire..... 2 ☐
- Da 50.001 a 100.000 lire.. 3 ☐
- Da 100.001 a 200.000 lire..... 4 ☐
- Da 200.001 a 300.000 lire..... 5 ☐
- Da 300.001 a 500.000 lire..... 6 ☐
- Oltre 500.000 lire..... 7 ☐

### 10.6 Giorni intercorsi tra la richiesta alla struttura utilizzata e l'effettuazione dell'accertamento

Giorni..... N. ....

*(Per la risposta a questa domanda si veda la pagina 10.3)*

### 10.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche accertamento diagnostico che, per diversi motivi, ha deciso di non fare?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

## 11. SERVIZI OSPEDALIERI

### 11.1 Negli ultimi TRE mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura convenzionato o in una casa di cura privata? (Non considerare i ricoveri per parto o nascita quando non si sono verificate complicazioni)

NO 1 ☐ SI 2 ☐

### 11.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi TRE mesi?

N. ....

### 11.3 Per quante giornate complessivamente è stato ricoverato nei TRE mesi?

N. ....

### 11.4 Dove è avvenuto

- Ospedale o istituto di cura pubblico.. 1 ☐
- Casa di cura privata convenzionata..... 2 ☐
- Casa di cura privata a pagamento intero..... 3 ☐

### 11.5 Giornate di degenza ..... N. ....

### 11.6 Nel corso del ricovero ha subito interventi chirurgici?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

### 11.7 Giorni intercorsi tra la richiesta di ricovero e l'effettivo ricovero

Giorni ..... N. ....

### 11.8 Durante il ricovero la persona ha ricevuto aiuto o assistenza (non di tipo economico) da una o più delle seguenti persone? (possibili più risposte)

- Familiari o altre persone conviventi ..... 1 ☐
- Parenti non conviventi ..... 2 ☐
- Amici, colleghi e vicini di casa ..... 3 ☐
- Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato ..... 4 ☐
- Personale sanitario retribuito ..... 5 ☐
- Altro personale retribuito ..... 6 ☐

## 12. SERVIZI SANITARI

### 12.1 Negli ultimi TRE mesi ha fatto ricorso a

	NO	SI	N.
Pronto soccorso .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Day hospital .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Assistenza domiciliare.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Consultorio familiare .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Centri di igiene mentale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Servizio assistenza per tossicodipendenti .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

13.1 Scheda Individuale del partecipante: 02

13.1 o 13.2 Scheda Generale

### 13. CONSUMO DEI FARMACI (PER TUTTI)

13.1 Negli ultimi due giorni (precedenti l'intervista) ha fatto uso di farmaci?

NO 1 ☐ SI 2 ☐ NON SO 3 ☐

13.2 In caso di risposta affermativa specificare (possibili più risposte)

Su prescrizione o consiglio di un medico..... 1 ☐

Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.)..... 2 ☐

Di propria iniziativa ..... 3 ☐

Su iniziativa dei genitori ..... 4 ☐

Non so / non ricordo..... 5 ☐

(Per tutti)

13.3 Con che frequenza ricorre ai seguenti farmaci? (una risposta per ogni riga)

	Mai	Qualche volta	Abbastanza di frequente	Spesso	Non so
Antinevralgici o antidolorifici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tranquillanti o antidepressivi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sonniferi, ipnotici ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lassativi o purganti .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Gocce o spray nasali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Digestivi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ricostituenti o vitaminici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Se usa qualche farmaco di frequente o spesso)

13.4 Il suo medico di famiglia è al corrente dell'assunzione di questi farmaci?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per tutti)

13.5 Prima di prendere un farmaco che è già in casa controlla la scadenza?

SI ..... 1 ☐

NO, ma la controlla un familiare o un'altra persona 2 ☐

NO, non la controlla nessuno ..... 3 ☐

13.6 Prima di prendere un farmaco per la prima volta legge le istruzioni?

SI ..... 1 ☐

NO, ma le legge un familiare o un'altra persona 2 ☐

NO, non le legge nessuno ..... 3 ☐

13.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche farmaco di cui per diversi motivi non ha fatto uso?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

### 14. MEDICINA ALTERNATIVA (PER TUTTI)

14.1 Spesso si sente parlare di alcuni tipi di medicina alternativa: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe). Ne ha fatto uso negli ultimi tre anni? Ritiene che possano aiutare ad alleviare o risolvere alcuni problemi di salute?

Uso negli ultimi tre anni (una risposta per ogni colonna)

	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

14.2 Se ne fa fatto uso, ritiene di averne avuto benefici? (una risposta per ogni colonna)

	Agopuntura *	Omeopatia	Fitoterapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone di 18 anni o più indipendentemente dalle risposte date ai quesiti precedenti)

14.3 Ritiene che siano utili?

Utilità	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### 15. CONSUMO DI TABACCO

(PER LE PERSONE IN ETÀ DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Ha l'abitudine di fumare?

No, non ho mai fumato..... 1 ☐ → quesito 16.1

No, ma fumavo in passato ..... 2 ☐

Sì ..... 3 ☐



*(Se fuma o fumava in passato cod. 1 o 2 al quesito 15.4)*

15.2 A che età ha iniziato a fumare? .....

15.3 Per quanti anni complessivamente ha fumato (escludendo i periodi in cui eventualmente ha interrotto)?

N. anni .....

15.4 Che cosa fuma (o fumava) prevalentemente?

Sigarette..... 1

Sigari..... 2

Pipa..... 3

*(Se fuma o fumava prevalentemente sigarette cod. 1 al quesito 15.4)*

15.5 Tipo di sigarette fumate

Con filtro 1 Senza filtro 2

15.6 Numero medio di sigarette fumate al giorno

Numero medio .....

*(Per chi fuma occasionalmente)*

15.7 Ha provato qualche volta a smettere di fumare?

NO 1 SI 2

*(Per chi fuma da almeno due anni)*

15.8 Nel corso degli ultimi due anni ha ridotto o aumentato il consumo di tabacco rispetto alle sue precedenti abitudini?

- Riduzione..... 1

- Aumento ..... 2

- Stesso consumo..... 3

- Non so ..... 4

*(Per gli ex fumatori cod. 2 al quesito 15.1)*

15.9 Da quanti anni ha smesso di fumare?

Anni ..... Mesi .....

15.10 Qual'è il motivo principale per cui ha smesso di fumare?

Per una malattia o disturbo da cui è o è stato affetto ..... 1

Perché pur non avendo nessuna malattia o disturbo ritiene che il fumo sia dannoso per la salute ..... 2

Perché non ha più trovato nessun piacere nel fumare ..... 3

Perché ritiene il fumo troppo costoso ..... 4

Per altri motivi ..... 5

## 16. ASSISTENZA O ASSICURAZIONE INTEGRATIVA

*(PLN 11)*

16.1 Attualmente è tutelato da una o più delle seguenti forme di assistenza o assicurazione? (possibili più risposte)

Integrativa aziendale a contribuzione volontaria 1

Integrativa volontaria non aziendale ..... 2

Polizza privata di assicurazione sanitaria ..... 3

## 17. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

*(PLN TUTTI)*

17.1 Negli ultimi TRE mesi le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altri disturbi dovuti ad incidenti avvenuti in una abitazione (indipendenti da volontà umana)?

*(Comprendere anche eventuali balconi, giardini, garage, cantine, pianerottoli, scale dell'abitazione)*

NO..... 0 → quesito 18.1

SI..... N.

*(Se SI)*

*Facendo riferimento all'unico o più recenti dei casi indicati al quesito precedente:*

17.2 Qual'è stato l'oggetto che ha causato l'incidente?

*(Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)*

.....  
(specificare e codificare)

.....  
(specificare e codificare)

17.3 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quale parte del corpo ha interessato?

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conseguenza
Testa	11	12	13	14
Torace	21	22	23	24
Addome	31	32	33	34
Arti superiori	41	42	43	44
Arti inferiori	51	52	53	54
Altra parte del corpo	61	62	63	64

**17.4 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?**

- Cucina..... 1  
 Soggiorno, salone..... 2  
 Camera da letto o cameretta.... 3  
 Bagno..... 4  
 Corridoio, ingresso..... 5  
 Balcone, terrazzo, giardino..... 6  
 Cantina, garage, altro ambiente..... 7  
 Scale interne all'abitazione..... 8  
 Scale esterne all'abitazione..... 9

**17.5 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?**

- Attività fisiologiche  
 (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 1  
 Lavori domestici..... 2  
 Riparazioni, "fai da te", bricolage..... 3  
 Gioco o passatempi del tempo libero.... 4  
 Nessuna particolare attività..... 5  
 Altro (specificare)..... 6

**17.6 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:  
 (possibili più risposte)**

- Assistenza di familiari conviventi..... 1  
 Assistenza di familiari non conviventi,  
 vicini, amici, ecc..... 2  
 Visita in farmacia..... 3  
 Visita medica ambulatoriale..... 4  
 Visita medica domiciliare..... 5  
 Visita al pronto soccorso..... 6  
 Ricovero ospedaliero..... 7

**17.7 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, di tempo libero, ecc.)?**

NO..... 00  
 SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.8 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 SI 2

**17.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?**

NO..... 00  
 SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 SI 2

**17.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?**

NO..... 00  
 SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.12 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 SI 2

**18. PREVENZIONE**

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

NO..... 1  
 SI..... 2

(Se SI)

**18.2 A che età ha eseguito la prima mammografia?**

Età (anni compiuti)..... 1

**18.3 In che anno ha eseguito l'ultima mammografia?**

Anno....

(Se SI, indicare l'anno)

**18.4 Ha mai eseguito un pap-test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi?**

NO..... 1  
 SI..... 2

(Se SI)

**18.5 A che età ha eseguito il primo pap-test?**

Età (anni compiuti)..... 1

**18.6 In che anno ha eseguito l'ultimo pap-test?**

Anno....

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

- SI, senza la presenza di altre persone... 1  
 SI, 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. ....

## 1. DATI ANAGRAFICI

- 1.1 Data di nascita.....  
Giorno Mese Anno
- 1.2 Et  (anni compiuti).....
- 1.3 Provincia di nascita  
 Uguale alla provincia di residenza..... 999  
 Estero..... 000  
 Altra provincia.....  
Nome Codice
- 1.4 Da quanti anni vive nella provincia di residenza?  
 N. anni.....
- 1.5 Cittadinanza:  
 Italiana..... 1  
 Altra..... 2  
 Apolide..... 3

## 2. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

- 2.1 Come va in generale la sua salute?  
 Molto male..... 1  
 Male..... 2  
 Discretamente..... 3  
 Bene..... 4  
 Molto bene..... 5
- 2.2 Nelle ultime quattro 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...). Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purch  abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste quattro settimane  
 NO.....000  
 SI, specificare e codificare  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
- 2.3 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta ai quesiti precedenti, nelle ultime quattro 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 SI 2

- 2.4 Le malattie o disturbi indicati hanno comportato una limitazione delle sue abituali attivit  (domestiche, scolastiche, di tempo libero, ecc...) durante le ultime quattro settimane?

NO.....00  
 SI, per quanti giorni?..... N.  
 Quanti a letto?..... N.

- 2.5 Durante le ultime quattro settimane ha fatto assenze scolastiche o dal lavoro per motivi di salute?

NO.....00  
 SI, assenze da scuola, per quanti giorni? N.  
 SI, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

- 2.6   affetto da una o pi  delle seguenti malattie? Se s , da quanto tempo?  
 (possibili pi  risposte)

	Codice	Presenza		Insorgenza N. anni
		NO	SI	
Malattie allergiche .....	01	1	2	
Diabete .....	02	3	4	
Cataratta .....	03	5	6	
Ipertensione .....	04	7	8	
Infarto del miocardio.....	05	1	2	
Angina pectoris .....	06	3	4	
Altre malattie del cuore .....	07	5	6	
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale .....	08	7	8	
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria .....	09	1	2	
Asma bronchiale .....	10	3	4	
Artrosi, artrite.....	11	5	6	
Osteoporosi.....	12	7	8	
Ernia addominale .....	13	1	2	
Ulcera gastrica o duodenale .....	14	3	4	
Calcolosi del fegato e delle vie biliari .....	15	5	6	
Cirrosi epatica .....	16	7	8	
Calcolosi renale.....	17	1	2	
Ipertrofia della prostata .....	18	3	4	
Tumore (incluso linfoma e leucemia).....	19	5	6	
Disturbi nervosi (perdita della memoria, parkinsonismo, alzheimer, epilessia) .....	20	7	8	
Paralisi e paresi.....	21	1	2	
Cefalea o emicrania ricorrente ...	22	3	4	

Se, in risposta alle domande precedenti, si è risposto "SÌ" (03)

(Se è stato indicato almeno una malattia al quesito 2.6)

**2.7 Le malattie (o la malattia) indicate sono state diagnosticate da un medico? Se sì, quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

SI, quali?

(Codici)

(Se è stata indicata almeno una malattia al quesito 2.6)

**2.8 Per curare le malattie indicate prende farmaci o fa terapie? Se sì, per quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

SI, per quali?

(Codici)

**3. INVALIDITÀ (PER TUTTI)**

**3.1 È affetto da una o più delle seguenti invalidità?**

	NO	SI
Cecità .....	1	2
Sordomutismo .....	3	4
Sordità .....	5	6
Invalideria da insufficienza mentale.....	7	8
Invalideria motoria (mancanza o paralisi di uno o piú arti, anchilosi di una o piú articolazioni).....	9	0

(Per chi ha risposto con i codici 8 o 0 al quesito 3.1)

**3.2 Usa la sedia a rotelle?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**4. RIDUZIONI DI AUTONOMIA E AIUTI (PER TUTTI)**

**4.1 Ha una riduzione dell'autonomia personale causata da una malattia cronica o da una invalidità permanente?**

NO..... 1 ☐ → quesito 5.1

SI..... 2 ☐

(Se SI)

**4.2 Ha bisogno dell'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa?**

NO..... 1 ☐

SI, in modo saltuario, per alcune esigenze 2 ☐

SI, in modo continuo, o per esigenze importanti..... 3 ☐

Se, in risposta alle domande precedenti, si è risposto "SÌ" (03)

(Per chi ha risposto con i codici 2 o 3 al quesito 4.2)

**4.3 Da chi le viene dato generalmente questo aiuto? (possibili piú risposte)**

Familiari o altre persone conviventi..... 1

Parenti non conviventi..... 2

Amici, colleghi o vicini di casa..... 3

Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato..... 4

Personale sanitario retribuito..... 5

Altro personale retribuito..... 6

**5. ATTIVITÀ FISICA (PER TUTTI)**

**5.1 Le capita di svolgere nel tempo libero un'attività sportiva o un'attività fisica, anche leggera come passeggiare per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO..... 1 ☐ → quesito 5.2

SI..... 2 ☐

(Se SI)

**5.2 Fa sport agonistico o si allena sistematicamente piú di una volta a settimana?**

NO..... 1 ☐

SI..... 2 ☐

**5.3 Fa abitualmente dello sport non agonistico come corsa, nuoto, tennis, jogging, ecc.?**

NO..... 1 ☐

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

SI, 4 ore o piú a settimana..... 3 ☐

**5.4 Svolge abitualmente un'attività fisica leggera come passeggiare a piedi per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO..... 1 ☐

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

SI, 4 ore o piú a settimana..... 3 ☐

**5.5 Le capita nell'arco di una settimana, di svolgere una o piú attività fisiche o sportive fino al punto di sudare un pò?**

NO, mai..... 0 ☐

SI, quanti giorni a settimana? N. ....

**5.6 Qual'è il motivo principale per cui pratica attività fisica?**

- Per svago ..... 1  
 Per mantenersi in forma ..... 2  
 A scopo terapeutico ..... 3  
 Per altro motivo ..... 4

**5.7 Quante ore dedica mediamente alla settimana a:**

Lavoro domestico e familiare

N. ore ..... a settimana

Attività lavorativa

N. ore ..... a settimana

**5.8 Il suo lavoro è prevalentemente caratterizzato da attività fisica: scarsa, moderata o pesante?**

	Lavoro domestico	Attività lavorativa
Scarsa	1	1
Modesta	2	2
Pesante	3	3

**6. PESO, STATURA, DIETA**

**6.1 Può indicare il suo peso e la sua statura attuali? (Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)**

Peso ..... Kg

Statura ..... Cm

**6.2 Usa controllare frequentemente il suo peso?**

NO 1 SI 2

**6.3 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (iposodico, dimagrante, vegetariano, ...)**

NO 1 SI 2

**6.4 La dieta o il regime dietetico le è stata prescritta da un medico?**

NO 1 SI 2

**7. ALLATTAMENTO AL SENO, GRAVIDANZA**

**7.1 Il bambino è stato allattato al seno? Se sì, per quanto tempo?**

- NO ..... 1 → (Se SI)  
 SI, l'allattamento è in corso ..... 2  
 SI, per più di 6 mesi ..... 3  
 SI, per un periodo da 3 a 6 mesi ..... 4  
 SI, per un periodo da 6 settimane a 3 mesi ..... 5  
 SI, fino a 6 settimane ..... 6

**7.2 C'è stato un periodo di esclusivo allattamento al seno (cioè senza integrazione con latte artificiale o altro tipo di latte)?**

NO ..... 0

SI, per quanti mesi? ..... N

**7.3 Si è trattato di una gravidanza a rischio per la quale la madre è stata obbligata a lunghi periodi di riposo (oltre un mese)?**

NO 1 SI 2

**7.4 La madre del bambino fumava prima della gravidanza?**

NO 1 SI 2

**7.5 Durante la gravidanza ha sospeso, arrestato o diminuito l'abitudine al fumo?**

Ha sospeso o arrestato ..... 1

Ha diminuito ..... 2

Non ha modificato le sue abitudini ..... 3

**8. VISITE MEDICHE**

**8.1 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso a visite mediche del medico di famiglia o di medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?**

(Escludere le eventuali visite della Guardia medica del Pronto Soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero in un day hospital)

NO ..... 00 → (Se SI)

SI, quante? ..... N.

**8.2 Indicare il numero di visite secondo il motivo prevalente (possibili più risposte)**

	Codice	Numero
— Malattie o disturbi .....	1	N.
— Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi .....	2	N.
— Ripetizione di ricette .....	3	N.
— Altri certificati o atti amministrativi ..	4	N.
— Altro .....	5	N.

Segue Scheda Individuale del componente n. 03

(col. 1 della Scheda Generale)

**8.3 Per ciascun tipo di visita indicare il numero totale di visite, il numero delle visite domiciliari, il numero delle visite a pagamento intero**

Tipo di visita	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Generica .....	01	N. ....	N. ....	N. ....
Pediatria .....	02	N. ....	N. ....	N. ....
Geriatrica .....	03	N. ....	N. ....	N. ....
Cardiologica ..	04	N. ....	N. ....	N. ....
Ostetrico-ginecologica ..	05	N. ....	N. ....	N. ....
Oculistica .....	06	N. ....	N. ....	N. ....
Odontoiatrica ..	07	N. ....	N. ....	N. ....
Otorino-laringoiatrica ..	08	N. ....	N. ....	N. ....
Ortopedica ....	09	N. ....	N. ....	N. ....
Neurologica ..	10	N. ....	N. ....	N. ....
Psichiatrica, psicologica .....	11	N. ....	N. ....	N. ....
Urologica .....	12	N. ....	N. ....	N. ....
Gastro-enterologica ..	13	N. ....	N. ....	N. ....
Dietologica ....	14	N. ....	N. ....	N. ....
Dermatologica ..	15	N. ....	N. ....	N. ....
Altra specialistica ..	16	N. ....	N. ....	N. ....

(Facendo riferimento all'ultima visita indicare)

**8.4 Tipo di visita**

Codice.....

**8.5 Spesa sostenuta**

- Nulla..... 1 ☐
- Fino a 50.000 lire..... 2 ☐
- Da 50.001 a 100.000 lire.. 3 ☐
- Da 100.001 a 200.000 lire..... 4 ☐
- Da 200.001 a 300.000 lire..... 5 ☐
- Da 300.001 a 500.000 lire..... 6 ☐
- Oltre 500.000 lire..... 7 ☐

**8.6 Tipo di specialista e se per scelta o per necessità**

	Per scelta	Per necessità
Privato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Pubblico	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**8.7 Giorni intercorsi tra la richiesta e lo svolgimento della visita**

Giorni..... N. ....

(Per tutti indipendentemente dalle risposte fornite ai quesiti precedenti)

**8.8 Nelle ultime quattro settimane ha chiesto consigli telefonici ad un medico?**

NO.....00 ☐

SI, quante volte?..... N. ....

**8.9 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso alla guardia medica pubblica?**NO.....00 ☐

SI, quante volte?..... N. ....

**9. APPARECCHI SANITARI (PER TUTTI)****9.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto uso di qualcuno dei seguenti apparecchi o protesi? (possibili più risposte)**

- Occhiali o lenti a contatto..... 1 ☐
- Apparecchi acustici..... 2 ☐
- Protesi dentarie (compresi ponti) .. 3 ☐
- Apparecchi correttivi per denti ..... 4 ☐
- Scarpe ortopediche o plantari..... 5 ☐
- Busti..... 6 ☐
- Altri apparecchi..... 7 ☐
- Nessun apparecchio..... 8 ☐

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (PER TUTTI)****10.1 Nelle ultime quattro settimane ha effettuato accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?**NO..... 00 ☐ → quesito 10.7

SI, quanti?..... N. ....

(Se SI)

**10.2 Indicare per ciascun tipo di accertamento il numero totale e quello degli accertamenti a pagamento intero**

Tipo di accertamento	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Analisi del sangue .....	01	N. ....	N. ....	N. ....
Analisi delle urine .....	02	N. ....	N. ....	N. ....
Ecografia .....	03	N. ....	N. ....	N. ....
TAC .....	04	N. ....	N. ....	N. ....
Risonanza magnetica nucleare.....	05	N. ....	N. ....	N. ....
Altri accertamenti radiografici.....	06	N. ....	N. ....	N. ....
Elettrocardiogramma ecocardiografia.....	07	N. ....	N. ....	N. ....
Paptest, striscio vaginale .....	08	N. ....	N. ....	N. ....
Mammografia .....	09	N. ....	N. ....	N. ....
Gastrosopia .....	10	N. ....	N. ....	N. ....
Colon/rettoscopia .....	11	N. ....	N. ....	N. ....
Reazione alla tubercolina .....	12	N. ....	N. ....	N. ....
Altri accertamenti.....	13	N. ....	N. ....	N. ....

*(Facendo riferimento all'ultima permanenza indicata)*

### 10.3 Tipo di accertamento

Codice.....

### 10.4 Struttura utilizzata e se per scelta o per necessità

	Per scelta	Per necessità
Privata convenzionata	1	2
Privata non convenzionata	3	4
Pubblica	5	6
Centro donazione sangue	7	8

### 10.5 Spesa sostenuta

- Nulla..... 1  
 Fino a 50.000 lire..... 2  
 Da 50.001 a 100.000 lire.. 3  
 Da 100.001 a 200.000 lire..... 4  
 Da 200.001 a 300.000 lire..... 5  
 Da 300.001 a 500.000 lire..... 6  
 Oltre 500.000 lire..... 7

### 10.6 Giorni intercorsi tra la richiesta alla struttura utilizzata e l'effettuazione dell'accertamento

Giorni..... N.

*(Per tutti indipendentemente dalle risposte ai quesiti precedenti)*

### 10.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche accertamento diagnostico che, per diversi motivi, ha deciso di non fare?

NO 1      SI 2

## 11. SERVIZI OSPEDALIERI (PER TUTTI)

### 11.1 Negli ultimi TRE mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura convenzionato o in una casa di cura privata? (Non considerare i ricoveri per parto o nascita quando non si sono verificate complicazioni)

NO 1      SI 2  
 ↳ quesito 12.1

*(Se SI)*

### 11.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi TRE mesi?

N.

### 11.3 Per quante giornate complessivamente è stato ricoverato nei TRE mesi?

N.

*(Facendo riferimento all'ultima ricovero indicato)*

### 11.4 Dove è avvenuto

- Ospedale o istituto di cura pubblico.. 1  
 Casa di cura privata convenzionata..... 2  
 Casa di cura privata a pagamento intero..... 3

### 11.5 Giornate di degenza ..... N.

### 11.6 Nel corso del ricovero ha subito interventi chirurgici?

NO 1      SI 2

### 11.7 Giorni intercorsi tra la richiesta di ricovero e l'effettivo ricovero

Giorni ..... N.

### 11.8 Durante il ricovero la persona ha ricevuto aiuto o assistenza (non di tipo economico) da una o più delle seguenti persone? (possibili più risposte)

- Familiari o altre persone conviventi ..... 1  
 Parenti non conviventi ..... 2  
 Amici, colleghi e vicini di casa ..... 3  
 Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato ..... 4  
 Personale sanitario retribuito ..... 5  
 Altro personale retribuito ..... 6

## 12. SERVIZI SANITARI (PER TUTTI)

### 12.1 Negli ultimi TRE mesi ha fatto ricorso a

	NO	SI	N.
Pronto soccorso .....	1	2	
Day hospital .....	3	4	
Assistenza domiciliare.....	5	6	
Consultorio familiare .....	7	8	
Centri di igiene mentale .....	1	2	
Servizio assistenza per tossicodipendenti .....	3	4	

Segna Scheda Individuale del componente n° **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

### 13. CONSUMO DEI FARMACI (PER TUTTI)

**13.1 Negli ultimi due giorni (precedenti l'intervista) ha fatto uso di farmaci?**

NO 1      SI 2      NON SO 3

↳ quesito 13.3

**13.2 In caso di risposta affermativa specificare (possibili più risposte)**

Su prescrizione o consiglio di un medico..... 1

Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.)..... 2

Di propria iniziativa ..... 3

Su iniziativa dei genitori ..... 4

Non so / non ricordo..... 5

(Per tutti)

**13.3 Con che frequenza ricorre ai seguenti farmaci?**

(una risposta per ogni riga)

	Mai	Qualche volta	Abbastanza di frequente	Spesso	Non so
Antinevralgici o antidolorifici .....	1	2	3	4	5
Tranquillanti o antidepressivi .....	1	2	3	4	5
Sonniferi, ipnotici ....	1	2	3	4	5
Lassativi o purganti ..	1	2	3	4	5
Gocce o spray nasali	1	2	3	4	5
Digestivi .....	1	2	3	4	5
Ricostituenti o vitaminici .....	1	2	3	4	5
Altro .....	1	2	3	4	5

(Se usa qualche farmaco di frequente o spesso)

**13.4 Il suo medico di famiglia è al corrente dell'assunzione di questi farmaci?**

NO 1      SI 2

(Per tutti)

**13.5 Prima di prendere un farmaco che è già in casa controlla la scadenza?**

SI ..... 1

NO, ma la controlla un familiare o un'altra persona 2

NO, non la controlla nessuno ..... 3

**13.6 Prima di prendere un farmaco per la prima volta legge le istruzioni?**

SI ..... 1

NO, ma le legge un familiare o un'altra persona 2

NO, non le legge nessuno ..... 3

**13.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche farmaco di cui per diversi motivi non ha fatto uso?**

NO 1      SI 2

### 14. MEDICINA ALTERNATIVA (PER TUTTI)

**14.1 Spesso si sente parlare di alcuni tipi di medicina alternativa: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe). Ne ha fatto uso negli ultimi tre anni? Ritene che possano aiutare ad alleviare o risolvere alcuni problemi di salute?**

Uso negli ultimi tre anni (una risposta per ogni colonna)

	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1	3	5
SI	2	4	6

**14.2 Se ne fa fatto uso, ritiene di averne avuto benefici? (una risposta per ogni colonna)**

	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1	4	7
SI	2	5	8
Non so	3	6	9

(Per tutte le persone di 18 anni o più indipendentemente dalle risposte date ai quesiti precedenti)

**14.3 Ritene che siano utili?**

Utilità	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1	4	7
SI	2	5	8
Non so	3	6	9

### 15. CONSUMO DI TABACCO

(PER LE PERSONE IN ETÀ DI 14 ANNI E PIÙ)

**15.1 Ha l'abitudine di fumare?**

No, non ho mai fumato..... 1 → quesito 16.1

No, ma fumavo in passato ..... 2

SI ..... 3



Scheda Individuale del Campionario 03

Vol. 1 della Scheda Campionaria

(Se fuma o fumava in passato, cod. 2 o 3 al quesito 15.1 chiedono)

15.2 A che età ha iniziato a fumare? .....

15.3 Per quanti anni complessivamente ha fumato (escludendo i periodi in cui eventualmente ha interrotto)?

N. anni .....

15.4 Che cosa fuma (o fumava) prevalentemente?

Sigarette..... 1

Sigari..... 2

Pipa..... 3

(Se fuma o fumava prevalentemente sigarette, cod. 1 al quesito 15.4)

15.5 Tipo di sigarette fumate

Con filtro 1 Senza filtro 2

15.6 Numero medio di sigarette fumate al giorno

Numero medio .....

(Per chi fuma attualmente)

15.7 Ha provato qualche volta a smettere di fumare?

NO 1 SI 2

(Per chi fuma da almeno due anni)

15.8 Nel corso degli ultimi due anni ha ridotto o aumentato il consumo di tabacco rispetto alle sue precedenti abitudini?

– Riduzione..... 1

– Aumento ..... 2

– Stesso consumo..... 3

– Non so ..... 4

(Per gli ex-fumatori: cod. 2 al quesito 15.1)

15.9 Da quanti anni ha smesso di fumare?

Anni ..... Mesi .....

15.10 Qual'è il motivo principale per cui ha smesso di fumare?

Per una malattia o disturbo da cui è o è stato affetto ..... 1

Perché pur non avendo nessuna malattia o disturbo ritiene che il fumo sia dannoso per la salute ..... 2

Perché non ha più trovato nessun piacere nel fumare ..... 3

Perché ritiene il fumo troppo costoso ..... 4

Per altri motivi ..... 5

## 16. ASSISTENZA O ASSICURAZIONE INTEGRATIVA (PER TUTTI)

16.1 Attualmente è tutelato da una o più delle seguenti forme di assistenza o assicurazione? (possibili più risposte)

Integrativa aziendale a contribuzione volontaria 1

Integrativa volontaria non aziendale ..... 2

Polizza privata di assicurazione sanitaria ..... 3

## 17. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO (PER TUTTI)

17.1 Negli ultimi TRE mesi le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altri disturbi dovuti ad incidenti avvenuti in una abitazione (indipendenti da volontà umana)?

(Comprendere anche eventuali balconi, giardini, garage, cantine, pianerottoli, scale dell'abitazione)

NO..... 0 → quesito 18.1

SI..... N.

(Se SI)

Facendo riferimento all'unico o più recente dei casi indicati al quesito precedente:

17.2 Qual'è stato l'oggetto che ha causato l'incidente?

(Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)

.....  
(specificare e codificare)

.....  
(specificare e codificare)

17.3 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quale parte del corpo ha interessato?

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conseguenza
Testa	11	12	13	14
Torace	21	22	23	24
Addome	31	32	33	34
Arti superiori	41	42	43	44
Arti inferiori	51	52	53	54
Altra parte del corpo	61	62	63	64

Segna Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

**17.4 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?**

- Cucina..... 1  
 Soggiorno, salone..... 2  
 Camera da letto o cameretta.... 3  
 Bagno..... 4  
 Corridoio, ingresso..... 5  
 Balcone, terrazzo, giardino..... 6  
 Cantina, garage, altro ambiente..... 7  
 Scale interne all'abitazione..... 8  
 Scale esterne all'abitazione..... 9

**17.5 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?**

- Attività fisiologiche  
 (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 1  
 Lavori domestici..... 2  
 Riparazioni, "fai da te", bricolage..... 3  
 Gioco o passatempi del tempo libero.... 4  
 Nessuna particolare attività..... 5  
 Altro (specificare)..... 6

**17.6 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:  
(possibili più risposte)**

- Assistenza di familiari conviventi..... 1  
 Assistenza di familiari non conviventi,  
 vicini, amici, ecc..... 2  
 Visita in farmacia..... 3  
 Visita medica ambulatoriale..... 4  
 Visita medica domiciliare..... 5  
 Visita al pronto soccorso..... 6  
 Ricovero ospedaliero..... 7

**17.7 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, di tempo libero, ecc.)?**

NO..... 00  
 SI, per quanti giorni? ..... N. \_\_\_\_\_

(Se SI)

**17.8 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**17.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?**

NO..... 00  
 SI, per quanti giorni? ..... N. \_\_\_\_\_

(Se SI)

**17.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per gli occupati)

**17.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?**

NO..... 00

SI, per quanti giorni? ..... N. \_\_\_\_\_

(Se SI)

**17.12 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 SI 2

**18. PREVENZIONE (PER LE DONNE DI 18 ANNI E PIU')****18.1 Ha mai eseguito una mammografia in assenza di disturbi o sintomi?**

NO..... 1

SI..... 2

(Se SI)

**18.2 A che età ha eseguito la prima mammografia?**

Età (anni compiuti).....

**18.3 In che anno ha eseguito l'ultima mammografia?**

Anno.....

(Per tutte le donne di 18 anni e più)

**18.4 Ha mai eseguito un pap-test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi?**NO..... 1 ☐SI..... 2 ☐

(Se SI)

**18.5 A che età ha eseguito il primo pap-test?**

Età (anni compiuti).....

**18.6 In che anno ha eseguito l'ultimo pap-test?**

Anno.....

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**SI, senza la presenza di altre persone... 1 ☐SI, 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. \_\_\_\_\_

Scheda individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

## 1. DATI ANAGRAFICI

- 1.1 Data di nascita**..... Giorno Mese Anno
- 1.2 Et  (anni compiuti)**.....
- 1.3 Provincia di nascita**  
 Uguale alla provincia di residenza..... 999  
 Estero..... 000  
 Altra provincia..... Nome Codice
- (Se la provincia di nascita   diversa da quella di residenza)*
- 1.4 Da quanti anni vive nella provincia di residenza?**  
 N. anni.....  
*(Per tutti)*
- 1.5 Cittadinanza:**  
 Italiana..... 1  
 Altra..... 2  
 Apolide..... 3

## 2. CONDIZIONI DI SALUTE *(PER TUTTI)*

- 2.1 Come va in generale la sua salute?**  
 Molto male..... 1  
 Male..... 2  
 Discretamente..... 3  
 Bene..... 4  
 Molto bene..... 5
- 2.2 Nelle ultime quattro 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...). Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purch  abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste quattro settimane  
 NO.....000  
 SI, specificare e codificare  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
- 2.3 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta ai quesiti precedenti, nelle ultime quattro 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 SI 2

*(Per le persone che hanno indicato almeno una risposta affermativa ad uno dei quesiti 2.2 o 2.3)*

- 2.4 Le malattie o disturbi indicati hanno comportato una limitazione delle sue abituali attivit  (domestiche, scolastiche, di tempo libero, ecc...) durante le ultime quattro settimane?**  
 NO.....00  
 SI, per quanti giorni?..... N.  
 Quanti a letto?..... N.

*(Per gli occupati e gli studenti che hanno risposto affermativamente al quesito 2.4)*

- 2.5 Durante le ultime quattro settimane ha fatto assenze scolastiche o dal lavoro per motivi di salute?**  
 NO.....00  
 SI, assenze da scuola, per quanti giorni? N.  
*(per gli studenti)*  
 SI, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.  
*(per gli occupati)*

- 2.6   affetto da una o pi  delle seguenti malattie? Se s , da quanto tempo? (possibili pi  risposte)**

	Codice	Presenza		Insorgenza N. anni
		NO	SI	
Malattie allergiche .....	01	1	2	
Diabete .....	02	3	4	
Cataratta .....	03	5	6	
Ipertensione .....	04	7	8	
Infarto del miocardio.....	05	1	2	
Angina pectoris .....	06	3	4	
Altre malattie del cuore .....	07	5	6	
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale .....	08	7	8	
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria .....	09	1	2	
Asma bronchiale .....	10	3	4	
Artrosi, artrite.....	11	5	6	
Osteoporosi .....	12	7	8	
Ernia addominale .....	13	1	2	
Ulcera gastrica o duodenale .....	14	3	4	
Calcolosi del fegato e delle vie biliari.....	15	5	6	
Cirrosi epatica .....	16	7	8	
Calcolosi renale.....	17	1	2	
Ipertrofia della prostata .....	18	3	4	
Tumore (incluso linfoma e leucemia).....	19	5	6	
Disturbi nervosi (perdita della memoria, parkinsonismo, alzheimer, epilessia) .....	20	7	8	
Paralisi e paresi.....	21	1	2	
Cefalea o emicrania ricorrente ...	22	3	4	

04

Art. 1 della Scheda Generale

(Se è stato indicato che una persona malata  
al quesito 2.6)

- 2.7 Le malattie (o la malattia) indicate sono state diagnosticate da un medico? Se sì, quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

Sì, quali?

(Codici)

(Se è stata indicata almeno una malattia  
al quesito 2.6)

- 2.8 Per curare le malattie indicate prende farmaci o fa terapie? Se sì, per quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

Sì, per quali?

(Codici)

### 3. INVALIDITÀ (PER TUTTI)

- 3.1 È affetto da una o più delle seguenti invalidità?**

	NO	SI
Cecità .....	1	2
Sordomutismo .....	3	4
Sordità .....	5	6
Invalidità da insufficienza mentale.....	7	8
Invalidità motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni).....	9	0

(Per chi ha risposto con i codici 8 o 0  
al quesito 3.1)

- 3.2 Usa la sedia a rotelle?**

NO 1      SI 2

### 4. RIDUZIONI DI AUTONOMIA E AIUTI

(PER TUTTI)

- 4.1 Ha una riduzione dell'autonomia personale causata da una malattia cronica o da una invalidità permanente?**

NO..... 1 → quesito 5.1

SI..... 2

(Se SI)

- 4.2 Ha bisogno dell'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa?**

NO..... 1

SI, in modo saltuario, per alcune esigenze 2

SI, in modo continuo, o per esigenze importanti..... 3

(Per chi ha risposto con i codici 2 o 3  
al quesito 4.2)

- 4.3 Da chi le viene dato generalmente questo aiuto?**  
(possibili più risposte)

Familiari o altre persone conviventi..... 1

Parenti non conviventi..... 2

Amici, colleghi o vicini di casa..... 3

Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato..... 4

Personale sanitario retribuito..... 5

Altro personale retribuito..... 6

### 5. ATTIVITÀ FISICA (PER TUTTI)

- 5.1 Le capita di svolgere nel tempo libero un'attività sportiva o un'attività fisica, anche leggera come passeggiare per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO..... 1 → quesito 5.7

SI..... 2

(Se SI)

- 5.2 Fa sport agonistico o si allena sistematicamente più di una volta a settimana?**

NO..... 1

SI..... 2

- 5.3 Fa abitualmente dello sport non agonistico come corsa, nuoto, tennis, jogging, ecc.?**

NO..... 1

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2

SI, 4 ore o più a settimana..... 3

- 5.4 Svolge abitualmente un'attività fisica leggera come passeggiare a piedi per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO..... 1

SI, meno di 4 ore a settimana..... 2

SI, 4 ore o più a settimana..... 3

- 5.5 Le capita nell'arco di una settimana, di svolgere una o più attività fisiche o sportive fino al punto di sudare un pò?**

NO, mai..... 0

SI, quanti giorni a settimana? N. ....

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**5.6 Qual'è il motivo principale per cui pratica attività fisica?**

- Per svago..... 1 ☐  
 Per mantenersi in forma..... 2 ☐  
 A scopo terapeutico..... 3 ☐  
 Per altro motivo..... 4 ☐

(Per le persone di 15 anni e più)

**5.7 Quante ore dedica mediamente alla settimana a:**

- Lavoro domestico e familiare  
 N. ore  a settimana  
 - Attività lavorativa  
 N. ore  a settimana

**5.8 Il suo lavoro è prevalentemente caratterizzato da attività fisica: scarsa, moderata o pesante?**

- |           | Lavoro domestico           | Attività lavorativa        |
|-----------|----------------------------|----------------------------|
| - Scarsa  | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| - Modesta | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| - Pesante | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

**6. PESO, STATURA, DIETA (PER TUTTI)**

**6.1 Può indicare il suo peso e la sua statura attuali? (Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)**

Peso Kg   
 Statura Cm

**6.2 Usa controllare frequentemente il suo peso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**6.3 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (iposodico, dimagrante, vegetariano, ...)**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Se SI)

**6.4 La dieta o il regime dietetico le è stata prescritta da un medico?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**7. ALLATTAMENTO AL SENO, GRAVIDANZA (PER I BAMBINI FINO A 5 ANNI)**

**7.1 Il bambino è stato allattato al seno? Se sì, per quanto tempo?**

- NO..... 1 ☐ → quesito 7.3  
 SI, l'allattamento è in corso 2 ☐  
 SI, per più di 6 mesi..... 3 ☐  
 SI, per un periodo da 3 a 6 mesi..... 4 ☐  
 SI, per un periodo da 6 settimane a 3 mesi 5 ☐  
 SI, fino a 6 settimane..... 6 ☐

(Se SI)

**7.2 C'è stato un periodo di esclusivo allattamento al seno (cioè senza integrazione con latte artificiale o altro tipo di latte)?**

NO, ..... 0 ☐  
 SI, per quanti mesi?..... N.

(Per tutti i bambini fino a 5 anni)

**7.3 Si è trattato di una gravidanza a rischio per la quale la madre è stata obbligata a lunghi periodi di riposo (oltre un mese)?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**7.4 La madre del bambino fumava prima della gravidanza?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Se SI)

**7.5 Durante la gravidanza ha sospeso, arrestato o diminuito l'abitudine al fumo?**

Ha sospeso o arrestato..... 1 ☐  
 Ha diminuito..... 2 ☐  
 Non ha modificato le sue abitudini..... 3 ☐

**8. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)**

**8.1 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso a visite mediche del medico di famiglia o di medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?**

(Escludere le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto Soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero in un day hospital)

NO..... 00 ☐ → quesito 8.8  
 SI, quante?..... N.

(Se SI)

**8.2 Indicare il numero di visite secondo il motivo prevalente (possibili più risposte)**

	Codice	Numero
- Malattie o disturbi .....	1	N. <input type="text"/>
- Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi .....	2	N. <input type="text"/>
- Ripetizione di ricette .....	3	N. <input type="text"/>
- Altri certificati o atti amministrativi ..	4	N. <input type="text"/>
- Altro .....	5	N. <input type="text"/>

Sei il medico Indicare il numero della visita 04

Sei il medico Indicare il numero della visita 04

**8.3 Per ciascun tipo di visita indicare il numero totale di visite, il numero delle visite domiciliari, il numero delle visite a pagamento intero**

Tipo di visita	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Generica .....	01	N.	..... N.	..... N.
Pediatria.....	02	N.	..... N.	..... N.
Geriatrica .....	03	N.	..... N.	..... N.
Cardiologica..	04	N.	..... N.	..... N.
Ostetrico-ginecologica..	05	N.	..... N.	..... N.
Oculistica .....	06	N.	..... N.	..... N.
Odontoiatrica	07	N.	..... N.	..... N.
Otorino-laringoiatrica	08	N.	..... N.	..... N.
Ortopedica .....	09	N.	..... N.	..... N.
Neurologica ..	10	N.	..... N.	..... N.
Psichiatrica, psicologica.....	11	N.	..... N.	..... N.
Urologica .....	12	N.	..... N.	..... N.
Gastro-enterologica ..	13	N.	..... N.	..... N.
Dietologica.....	14	N.	..... N.	..... N.
Dermatologica	15	N.	..... N.	..... N.
Altra specialistica ..	16	N.	..... N.	..... N.

(Facendo riferimento all'ultima visita indicare)

**8.4 Tipo di visita**

Codice.....

**8.5 Spesa sostenuta**

- Nulla..... 1  
 Fino a 50.000 lire..... 2  
 Da 50.001 a 100.000 lire.. 3  
 Da 100.001 a 200.000 lire..... 4  
 Da 200.001 a 300.000 lire..... 5  
 Da 300.001 a 500.000 lire..... 6  
 Oltre 500.000 lire..... 7

**8.6 Tipo di specialista e se per scelta o per necessità**

	Per scelta	Per necessità
Privato	1	2
Pubblico	3	4

**8.7 Giorni intercorsi tra la richiesta e lo svolgimento della visita**

Giorni..... N.

(Per tutti indipendentemente dalle risposte fornite ai quesiti precedenti)

**8.8 Nelle ultime quattro settimane ha chiesto consigli telefonici ad un medico?**

NO.....00  
 SI, quante volte?..... N.

**8.9 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso alla guardia medica pubblica?**

NO.....00  
 SI, quante volte?..... N.

**9. APPARECCHI SANITARI (PER TUTTI)**

**9.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto uso di qualcuno dei seguenti apparecchi o protesi? (possibili più risposte)**

- Occhiali o lenti a contatto..... 1  
 Apparecchi acustici..... 2  
 Protesi dentarie (compresi ponti) .. 3  
 Apparecchi correttivi per denti..... 4  
 Scarpe ortopediche o plantari..... 5  
 Busti..... 6  
 Altri apparecchi..... 7  
 Nessun apparecchio..... 8

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (PER TUTTI)**

**10.1 Nelle ultime quattro settimane ha effettuato accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?**

NO..... 00 → quesito 10.7  
 SI, quanti?..... N.

(Se SI)

**10.2 Indicare per ciascun tipo di accertamento il numero totale e quello degli accertamenti a pagamento intero**

Tipo di accertamento	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Analisi del sangue .....	01	N.	..... N.	..... N.
Analisi delle urine .....	02	N.	..... N.	..... N.
Ecografia .....	03	N.	..... N.	..... N.
TAC .....	04	N.	..... N.	..... N.
Risonanza magnetica nucleare.....	05	N.	..... N.	..... N.
Altri accertamenti radiografici.....	06	N.	..... N.	..... N.
Elettrocardiogramma ecocardiografia.....	07	N.	..... N.	..... N.
Paptest, striscio vaginale .....	08	N.	..... N.	..... N.
Mammografia .....	09	N.	..... N.	..... N.
Gastroscoopia .....	10	N.	..... N.	..... N.
Colon/rettoscopia .....	11	N.	..... N.	..... N.
Reazione alla tubercolina .....	12	N.	..... N.	..... N.
Altri accertamenti.....	13	N.	..... N.	..... N.

### 10.3 Tipo di accertamento

Codice.....

### 10.4 Struttura utilizzata e se per scelta o per necessità

	Per scelta	Per necessità
Privata convenzionata	1	2
Privata non convenzionata	3	4
Pubblica	5	6
Centro donazione sangue	7	8

### 10.5 Spesa sostenuta

- Nulla..... 1  
 Fino a 50.000 lire..... 2  
 Da 50.001 a 100.000 lire.. 3  
 Da 100.001 a 200.000 lire..... 4  
 Da 200.001 a 300.000 lire..... 5  
 Da 300.001 a 500.000 lire..... 6  
 Oltre 500.000 lire..... 7

### 10.6 Giorni intercorsi tra la richiesta alla struttura utilizzata e l'effettuazione dell'accertamento

Giorni..... N.

### 10.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche accertamento diagnostico che, per diversi motivi, ha deciso di non fare?

NO 1      SI 2

## 11. SERVIZI OSPEDALIERI

### 11.1 Negli ultimi TRE mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura convenzionato o in una casa di cura privata? (Non considerare i ricoveri per parto o nascita quando non si sono verificate complicazioni)

NO 1      SI 2

↳

### 11.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi TRE mesi?

N.

### 11.3 Per quante giornate complessivamente è stato ricoverato nei TRE mesi?

N.

### 11.4 Dove è avvenuto

- Ospedale o istituto di cura pubblico.. 1  
 Casa di cura privata convenzionata..... 2  
 Casa di cura privata a pagamento intero..... 3

### 11.5 Giornate di degenza ..... N.

### 11.6 Nel corso del ricovero ha subito interventi chirurgici?

NO 1      SI 2

### 11.7 Giorni intercorsi tra la richiesta di ricovero e l'effettivo ricovero

Giorni ..... N.

### 11.8 Durante il ricovero la persona ha ricevuto aiuto o assistenza (non di tipo economico) da una o più delle seguenti persone? (possibili più risposte)

- Familiari o altre persone conviventi ..... 1  
 Parenti non conviventi ..... 2  
 Amici, colleghi e vicini di casa ..... 3  
 Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato ..... 4  
 Personale sanitario retribuito ..... 5  
 Altro personale retribuito ..... 6

## 12. SERVIZI SANITARI

### 12.1 Negli ultimi TRE mesi ha fatto ricorso a

	NO	SI	N.
Pronto soccorso .....	1	2	
Day hospital .....	3	4	
Assistenza domiciliare.....	5	6	
Consultorio familiare .....	7	8	
Centri di igiene mentale .....	1	2	
Servizio assistenza per tossicodipendenti .....	3	4	

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**13. CONSUMO DEI FARMACI** (PER TUTTI)**13.1 Negli ultimi due giorni (precedenti l'intervista) ha fatto uso di farmaci?**NO 1 ☐ SI 2 ☐ NON SO 3 ☐

↳ quesito 13.3

**13.2 In caso di risposta affermativa specificare (possibili più risposte)**Su prescrizione o consiglio di un medico..... 1 ☐Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.)..... 2 ☐Di propria iniziativa ..... 3 ☐Su iniziativa dei genitori ..... 4 ☐Non so / non ricordo..... 5 ☐

(Per tutti)

**13.3 Con che frequenza ricorre ai seguenti farmaci?**

(una risposta per ogni riga)

	Mai	Qualche volta	Abbastanza di frequente	Spesso	Non so
Antinevralgici o antidolorifici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tranquillanti o antidepressivi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sonniferi, ipnotici ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lassativi o purganti .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Gocce o spray nasali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Digestivi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ricostituenti o vitaminici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Se usa qualche farmaco di frequente o spesso)

**13.4 Il suo medico di famiglia è al corrente dell'assunzione di questi farmaci?**NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per tutti)

**13.5 Prima di prendere un farmaco che è già in casa controlla la scadenza?**SI ..... 1 ☐NO, ma la controlla un familiare o un'altra persona 2 ☐NO, non la controlla nessuno ..... 3 ☐**13.6 Prima di prendere un farmaco per la prima volta legge le istruzioni?**SI ..... 1 ☐NO, ma le legge un familiare o un'altra persona 2 ☐NO, non le legge nessuno ..... 3 ☐**13.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche farmaco di cui per diversi motivi non ha fatto uso?**NO 1 ☐ SI 2 ☐**14. MEDICINA ALTERNATIVA** (PER TUTTI)**14.1 Spesso si sente parlare di alcuni tipi di medicina alternativa: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe). Ne ha fatto uso negli ultimi tre anni? Ritiene che possano aiutare ad alleviare o risolvere alcuni problemi di salute?**

Uso negli ultimi tre anni (una risposta per ogni colonna)

	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**14.2 Se ne fa fatto uso, ritiene di averne avuto benefici? (una risposta per ogni colonna)**

	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone di 18 anni o più indipendentemente dalle risposte date ai quesiti precedenti)

**14.3 Ritiene che siano utili?**

Utilità	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**15. CONSUMO DI TABACCO**

(PER LE PERSONE IN ETÀ DI 14 ANNI E PIÙ)

**15.1 Ha l'abitudine di fumare?**No, non ho mai fumato..... 1 ☐ → quesito 16.1No, ma fumavo in passato ..... 2 ☐Sì ..... 3 ☐



Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se fuma o fumava in passato, cod. 2 o 3 al quesito 15.1, chiedere)

- 15.2 A che età ha iniziato a fumare? .....
- 15.3 Per quanti anni complessivamente ha fumato (escludendo i periodi in cui eventualmente ha interrotto)?
- N. anni ..... 1 2 3

15.4 Che cosa fuma (o fumava) prevalentemente?

Sigarette..... 1  
Sigari..... 2  
Pipa..... 3

(Se fuma o fumava prevalentemente sigarette, cod. 1 al quesito 15.4)

15.5 Tipo di sigarette fumate

Con filtro 1 Senza filtro 2

15.6 Numero medio di sigarette fumate al giorno

Numero medio .....

(Per chi fuma attualmente)

15.7 Ha provato qualche volta a smettere di fumare?

NO 1 SI 2

(Per chi fuma da almeno due anni)

15.8 Nel corso degli ultimi due anni ha ridotto o aumentato il consumo di tabacco rispetto alle sue precedenti abitudini?

- Riduzione..... 1  
- Aumento ..... 2  
- Stesso consumo..... 3  
- Non so ..... 4

(Per gli ex-fumatori: cod. 2 al quesito 15.1)

15.9 Da quanti anni ha smesso di fumare?

Anni ..... Mesi .....

15.10 Qual'è il motivo principale per cui ha smesso di fumare?

- Per una malattia o disturbo da cui è o è stato affetto ..... 1  
Perché pur non avendo nessuna malattia o disturbo ritiene che il fumo sia dannoso per la salute ..... 2  
Perché non ha più trovato nessun piacere nel fumare ..... 3  
Perché ritiene il fumo troppo costoso ..... 4  
Per altri motivi ..... 5

16. ASSISTENZA O ASSICURAZIONE INTEGRATIVA

(PER TUTTI)

16.1 Attualmente è tutelato da una o più delle seguenti forme di assistenza o assicurazione? (possibili più risposte)

- Integrativa aziendale a contribuzione volontaria 1  
Integrativa volontaria non aziendale ..... 2  
Polizza privata di assicurazione sanitaria ..... 3

17. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(PER TUTTI)

17.1 Negli ultimi TRE mesi le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altri disturbi dovuti ad incidenti avvenuti in una abitazione (indipendenti da volontà umana)?

(Comprendere anche eventuali balconi, giardini, garage, cantine, pianerottoli, scale dell'abitazione)

NO..... 0 → quesito 18.1

SI..... N. ....

(Se SI)

Facendo riferimento all'unico o più recente dei casi indicati al quesito precedente:

17.2 Qual'è stato l'oggetto che ha causato l'incidente?

(Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)

.....  
(specificare e codificare)

.....  
(specificare e codificare)

17.3 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quale parte del corpo ha interessato?

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conseguenza
Testa	11	12	13	14
Torace	21	22	23	24
Addome	31	32	33	34
Arti superiori	41	42	43	44
Arti inferiori	51	52	53	54
Altra parte del corpo	61	62	63	64

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**17.4 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?**

- Cucina..... 1 ☐  
 Soggiorno, salone..... 2 ☐  
 Camera da letto o cameretta.... 3 ☐  
 Bagno..... 4 ☐  
 Corridoio, ingresso..... 5 ☐  
 Balcone, terrazzo, giardino..... 6 ☐  
 Cantina, garage, altro ambiente..... 7 ☐  
 Scale interne all'abitazione..... 8 ☐  
 Scale esterne all'abitazione..... 9 ☐

**17.5 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?**

- Attività fisiologiche  
 (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 1 ☐  
 Lavori domestici..... 2 ☐  
 Riparazioni, "fai da te", bricolage..... 3 ☐  
 Gioco o passatempi del tempo libero.... 4 ☐  
 Nessuna particolare attività..... 5 ☐  
 Altro (specificare)..... 6 ☐

**17.6 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:  
 (possibili più risposte)**

- Assistenza di familiari conviventi..... 1 ☐  
 Assistenza di familiari non conviventi,  
 vicini, amici, ecc..... 2 ☐  
 Visita in farmacia..... 3 ☐  
 Visita medica ambulatoriale..... 4 ☐  
 Visita medica domiciliare..... 5 ☐  
 Visita al pronto soccorso..... 6 ☐  
 Ricovero ospedaliero..... 7 ☐

**17.7 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, di tempo libero, ecc.)?**

NO..... 00 ☐  
 SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.8 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**17.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?**

NO..... 00 ☐  
 SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per gli occupati)

**17.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?**

NO..... 00 ☐  
 SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.12 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**18. PREVENZIONE**

(PER LE DONNE DI 18 ANNI E PIÙ)

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

NO..... 1 ☐  
 SI..... 2 ☐

(Se SI)

**18.2 A che età ha eseguito la prima mammografia?**

Età (anni compiuti).....

**18.3 In che anno ha eseguito l'ultima mammografia?**

Anno....

(Per tutte le donne di 18 anni e più)

**18.4 Ha mai eseguito un pap-test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi?**

NO..... 1 ☐  
 SI..... 2 ☐

(Se SI)

**18.5 A che età ha eseguito il primo pap-test?**

Età (anni compiuti).....

**18.6 In che anno ha eseguito l'ultimo pap-test?**

Anno....

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

- SI, senza la presenza di altre persone... 1 ☐  
 SI, 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.

	Codice	Presenza		Insorgenza N. anni
		NO	SI	
Malattie allergiche .....	01	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Diabete .....	02	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Cataratta .....	03	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Ipertensione .....	04	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Infarto del miocardio.....*	05	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Angina pectoris .....	06	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Altre malattie del cuore .....	07	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Trombosi, embolia, emorragia cerebrale .....	08	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria .....	09	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Asma bronchiale .....	10	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Artrosi, artrite.....	11	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Osteoporosi .....	12	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Ernia addominale .....	13	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Ulcera gastrica o duodenale .....	14	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Calcolosi del fegato e delle vie biliari .....	15	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Cirrosi epatica .....	16	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Calcolosi renale.....	17	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Ipertrofia della prostata .....	18	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Tumore (incluso linfoma e leucemia).....	19	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Disturbi nervosi (perdita della memoria, parkinsonismo, alzheimer, epilessia) .....	20	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
Paralisi e paresi.....	21	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Cefalea o emicrania ricorrente ...	22	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

(Per chi ha risposto con i codici 3 o 4 al quesito 2.6)

**2.7 Le malattie (o la malattia) indicate sono state diagnosticate da un medico? Se sì, quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

Sì, quali? .....  
(Codici)

(Per chi ha risposto con i codici 3 o 4 al quesito 2.6)

**2.8 Per curare le malattie indicate prende farmaci o fa terapie? Se sì, per quali?**  
(Riportare i codici corrispondenti)

Nessuna .....00

Sì, per quali? .....  
(Codici)

**3. INVALIDITÀ (PER TUTTI)**

**3.1 È affetto da una o più delle seguenti invalidità?**

	NO	SI
Cecità .....	1	2
Sordomutismo .....	3	4
Sordità .....	5	6
Invalideria da insufficienza mentale.....	7	8
Invalideria motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni).....	9	0

(Per chi ha risposto con i codici 3 o 0 al quesito 3.1)

**3.2 Usa la sedia a rotelle?**

NO 1 ☐ SI 2 ☐

**4. RIDUZIONI DI AUTONOMIA E AIUTI**

(PER TUTTI)

**4.1 Ha una riduzione dell'autonomia personale causata da una malattia cronica o da una invalidità permanente?**

NO.....1 ☐ → quesito 4.2

Sì.....2 ☐

(Se Sì)

**4.2 Ha bisogno dell'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa?**

NO.....1 ☐

Sì, in modo saltuario, per alcune esigenze 2 ☐

Sì, in modo continuo, o per esigenze importanti.....3 ☐

(Per chi ha risposto con i codici 3 o 4 al quesito 4.2)

**4.3 Da chi le viene dato generalmente questo aiuto? (possibili più risposte)**

Familiari o altre persone conviventi..... 1

Parenti non conviventi..... 2

Amici, colleghi o vicini di casa..... 3

Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato..... 4

Personale sanitario retribuito..... 5

Altro personale retribuito..... 6

**5. ATTIVITÀ FISICA (PER TUTTI)**

**5.1 Le capita di svolgere nel tempo libero un'attività sportiva o un'attività fisica, anche leggera come passeggiare per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO.....1 ☐ → quesito 5.2

Sì.....2 ☐

(Se Sì)

**5.2 Fa sport agonistico o si allena sistematicamente più di una volta a settimana?**

NO.....1 ☐

Sì.....2 ☐

**5.3 Fa abitualmente dello sport non agonistico come corsa, nuoto, tennis, jogging, ecc.?**

NO.....1 ☐

Sì, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

Sì, 4 ore o più a settimana..... 3 ☐

**5.4 Svolge abitualmente un'attività fisica leggera come passeggiare a piedi per almeno 1 km, andare in bicicletta, ecc.?**

NO.....1 ☐

Sì, meno di 4 ore a settimana..... 2 ☐

Sì, 4 ore o più a settimana..... 3 ☐

**5.5 Le capita nell'arco di una settimana, di svolgere una o più attività fisiche o sportive fino al punto di sudare un pò?**

NO, mai.....0 ☐

Sì, quanti giorni a settimana? N.

Indice, inventario del questionario 05

Questionario della Salute della Gravidanza

## 5.6 Qual'è il motivo principale per cui pratica attività fisica?

- Per svago..... 1  
 Per mantenersi in forma..... 2  
 A scopo terapeutico..... 3  
 Per altro motivo..... 4

(Per le persone di 15 anni e più)

## 5.7 Quante ore dedica mediamente alla settimana a:

- Lavoro domestico e familiare  
 N. ore ..... a settimana  
 – Attività lavorativa  
 N. ore ..... a settimana

## 5.8 Il suo lavoro è prevalentemente caratterizzato da attività fisica: scarsa, moderata o pesante?

	Lavoro domestico	Attività lavorativa
– Scarsa	1	1
– Modesta	2	2
– Pesante	3	3

## 6. PESO, STATURA, DIETA (PER TUTTI)

### 6.1 Può indicare il suo peso e la sua statura attuali? (Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)

Peso Kg .....  
 Statura Cm .....

### 6.2 Usa controllare frequentemente il suo peso?

NO 1 ..... SI 2 .....

### 6.3 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (iposodico, dimagrante, vegetariano, ...)

NO 1 ..... SI 2 .....

(Se SI)

### 6.4 La dieta o il regime dietetico le è stata prescritta da un medico?

NO 1 ..... SI 2 .....

## 7. ALLATTAMENTO AL SENO, GRAVIDANZA (PER I BAMBINI FINO A 5 ANNI)

### 7.1 Il bambino è stato allattato al seno? Se sì, per quanto tempo?

NO..... 1 ..... → quesito 7.3  
 SI, l'allattamento è in corso 2 .....  
 SI, per più di 6 mesi..... 3 .....  
 SI, per un periodo da 3 a 6 mesi..... 4 .....  
 SI, per un periodo da 6 settimane a 3 mesi 5 .....  
 SI, fino a 6 settimane..... 6 .....

(Se SI)

### 7.2 C'è stato un periodo di esclusivo allattamento al seno (cioè senza integrazione con latte artificiale o altro tipo di latte)?

NO.....0  
 SI, per quanti mesi?..... N. ....

(Per tutti i bambini fino a 5 anni)

### 7.3 Si è trattato di una gravidanza a rischio per la quale la madre è stata obbligata a lunghi periodi di riposo (oltre un mese)?

NO 1 ..... SI 2 .....

### 7.4 La madre del bambino fumava prima della gravidanza?

NO 1 ..... SI 2 .....

(Se SI)

### 7.5 Durante la gravidanza ha sospeso, arrestato o diminuito l'abitudine al fumo?

Ha sospeso o arrestato..... 1 .....  
 Ha diminuito..... 2 .....  
 Non ha modificato le sue abitudini..... 3 .....

## 8. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)

### 8.1 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso a visite mediche del medico di famiglia o di medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?

(Escludere le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto Soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero in un day hospital)

NO..... 00 ..... → quesito 8.8  
 SI, quante?..... N. ....

(Se SI)

### 8.2 Indicare il numero di visite secondo il motivo prevalente (possibili più risposte)

	Codice	Numero
– Malattie o disturbi .....	1	N. ....
– Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi .....	2	N. ....
– Ripetizione di ricette .....	3	N. ....
– Altri certificati o atti amministrativi ..	4	N. ....
– Altro .....	5	N. ....

Segno Schema Tabella della Comparsa n. 05

(art. 1 dello Statuto Generale)

**8.3 Per ciascun tipo di visita indicare il numero totale di visite, il numero delle visite domiciliari, il numero delle visite a pagamento intero**

Tipo di visita	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Generica.....	01	N.	N.	N.
Pediatrica.....	02	N.	N.	N.
Geriatrica.....	03	N.	N.	N.
Cardiologica..	04	N.	N.	N.
Ostetrico-ginecologica..	05	N.	N.	N.
Oculistica.....	06	N.	N.	N.
Odontoiatrica	07	N.	N.	N.
Otorino-laringoiatrica	08	N.	N.	N.
Ortopedica....	09	N.	N.	N.
Neurologica ..	10	N.	N.	N.
Psichiatrica, psicologica....	11	N.	N.	N.
Urologica.....	12	N.	N.	N.
Gastro-enterologica..	13	N.	N.	N.
Dietologica....	14	N.	N.	N.
Dermatologica	15	N.	N.	N.
Altra specialistica ..	16	N.	N.	N.

(Facendo riferimento all'ultima visita indicare)

**8.4 Tipo di visita**

Codice.....

**8.5 Spesa sostenuta**

- Nulla..... 1
- Fino a 50.000 lire..... 2
- Da 50.001 a 100.000 lire.. 3
- Da 100.001 a 200.000 lire..... 4
- Da 200.001 a 300.000 lire..... 5
- Da 300.001 a 500.000 lire..... 6
- Oltre 500.000 lire..... 7

**8.6 Tipo di specialista e se per scelta o per necessità**

	Per scelta	Per necessità
Privato	1	2
Pubblico	3	4

**8.7 Giorni intercorsi tra la richiesta e lo svolgimento della visita**

Giorni..... N.

(Per tutti indipendentemente dalle risposte fornite ai quesiti precedenti)

**8.8 Nelle ultime quattro settimane ha chiesto consulti telefonici ad un medico?**

NO.....00

SI, quante volte?..... N.

**8.9 Nelle ultime quattro settimane ha fatto ricorso alla guardia medica pubblica?**

NO.....00

SI, quante volte?..... N.

**9. APPARECCHI SANITARI (PER TUTTI)**

**9.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto uso di qualcuno dei seguenti apparecchi o protesi?**  
(possibili più risposte)

- Occhiali o lenti a contatto..... 1
- Apparecchi acustici..... 2
- Protesi dentarie (compresi ponti) .. 3
- Apparecchi correttivi per denti..... 4
- Scarpe ortopediche o plantari..... 5
- Busti..... 6
- Altri apparecchi..... 7
- Nessun apparecchio..... 8

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (PER TUTTI)**

**10.1 Nelle ultime quattro settimane ha effettuato accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?**

NO..... 00 → quesito 10.7

SI, quanti?..... N.

(Se SI)

**10.2 Indicare per ciascun tipo di accertamento il numero totale e quello degli accertamenti a pagamento intero**

Tipo di accertamento	Codice	Totale	Numero	
			di cui	a pagamento intero
Analisi del sangue.....	01	N.	N.	N.
Analisi delle urine.....	02	N.	N.	N.
Ecografia.....	03	N.	N.	N.
TAC.....	04	N.	N.	N.
Risonanza magnetica nucleare.....	05	N.	N.	N.
Altri accertamenti radiografici.....	06	N.	N.	N.
Elettrocardiogramma ecocardiografia.....	07	N.	N.	N.
Paptest, striscio vaginale.....	08	N.	N.	N.
Mammografia.....	09	N.	N.	N.
Gastrosopia.....	10	N.	N.	N.
Colon/rettoscopia.....	11	N.	N.	N.
Reazione alla tubercolina.....	12	N.	N.	N.
Altri accertamenti.....	13	N.	N.	N.

**10.3 Tipo di accertamento**

Codice.....

**10.4 Struttura utilizzata e se per scelta o per necessità**

	Per scelta	Per necessità
Privata convenzionata	1	2
Privata non convenzionata	3	4
Pubblica	5	6
Centro donazione sangue	7	8

**10.5 Spesa sostenuta**

Nulla..... 1  
 Fino a 50.000 lire..... 2  
 Da 50.001 a 100.000 lire.. 3  
 Da 100.001 a 200.000 lire..... 4  
 Da 200.001 a 300.000 lire..... 5  
 Da 300.001 a 500.000 lire..... 6  
 Oltre 500.000 lire..... 7

**10.6 Giorni intercorsi tra la richiesta alla struttura utilizzata e l'effettuazione dell'accertamento**

Giorni..... N.

**10.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche accertamento diagnostico che, per diversi motivi, ha deciso di non fare?**

NO 1      SI 2

**11. SERVIZI OSPEDALIERI****11.1 Negli ultimi TRE mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura convenzionato o in una casa di cura privata? (Non considerare i ricoveri per parto o nascita quando non si sono verificate complicazioni)**

NO 1      SI 2

**11.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi TRE mesi?**

N.

**11.3 Per quante giornate complessivamente è stato ricoverato nei TRE mesi?**

N.

**11.4 Dove è avvenuto**

Ospedale o istituto di cura pubblico.. 1  
 Casa di cura privata convenzionata..... 2  
 Casa di cura privata a pagamento intero..... 3

**11.5 Giornate di degenza** ..... N.**11.6 Nel corso del ricovero ha subito interventi chirurgici?**

NO 1      SI 2

**11.7 Giorni intercorsi tra la richiesta di ricovero e l'effettivo ricovero**

Giorni ..... N.

**11.8 Durante il ricovero la persona ha ricevuto aiuto o assistenza (non di tipo economico) da una o più delle seguenti persone? (possibili più risposte)**

Familiari o altre persone conviventi ..... 1  
 Parenti non conviventi ..... 2  
 Amici, colleghi e vicini di casa ..... 3  
 Persone non retribuite appartenenti a gruppi di volontariato ..... 4  
 Personale sanitario retribuito ..... 5  
 Altro personale retribuito ..... 6

**12. SERVIZI SANITARI****12.1 Negli ultimi TRE mesi ha fatto ricorso a**

	NO	SI	N.
Pronto soccorso .....	1	2	
Day hospital .....	3	4	
Assistenza domiciliare.....	5	6	
Consultorio familiare .....	7	8	
Centri di igiene mentale .....	1	2	
Servizio assistenza per tossicodipendenti .....	3	4	

Segre Scheda Individuale del componente n° 05

(col. 1 della Scheda Generale)

**13. CONSUMO DEI FARMACI** (PER TUTTI)**13.1 Negli ultimi due giorni (precedenti l'intervista) ha fatto uso di farmaci?**NO 1 ☐ SI 2 ☐ NON SO 3 ☐

↳ quesito 13.3

**13.2 In caso di risposta affermativa specificare (possibili più risposte)**Su prescrizione o consiglio di un medico..... 1 ☐Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.)..... 2 ☐Di propria iniziativa ..... 3 ☐Su iniziativa dei genitori ..... 4 ☐Non so / non ricordo..... 5 ☐

(Per tutti)

**13.3 Con che frequenza ricorre ai seguenti farmaci?**

(una risposta per ogni riga)

	Mai	Qualche volta	Abbastanza di frequente	Spesso	Non so
Antinevralgici o antidolorifici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Tranquillanti o antidepressivi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sonniferi, ipnotici ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lassativi o purganti .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Gocce o spray nasali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Digestivi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ricostituenti o vitaminici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Se usa qualche farmaco di frequente o spesso)

**13.4 Il suo medico di famiglia è al corrente dell'assunzione di questi farmaci?**NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per tutti)

**13.5 Prima di prendere un farmaco che è già in casa controlla la scadenza?**SI ..... 1 ☐NO, ma la controlla un familiare o un'altra persona 2 ☐NO, non la controlla nessuno ..... 3 ☐**13.6 Prima di prendere un farmaco per la prima volta legge le istruzioni?**SI ..... 1 ☐NO, ma le legge un familiare o un'altra persona 2 ☐NO, non le legge nessuno ..... 3 ☐**13.7 Nelle ultime quattro settimane le è stato prescritto qualche farmaco di cui per diversi motivi non ha fatto uso?**NO 1 ☐ SI 2 ☐**14. MEDICINA ALTERNATIVA** (PER TUTTI)**14.1 Spesso si sente parlare di alcuni tipi di medicina alternativa: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe). Ne ha fatto uso negli ultimi tre anni? Ritiene che possano aiutare ad alleviare o risolvere alcuni problemi di salute?****Uso negli ultimi tre anni (una risposta per ogni colonna)**

	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**14.2 Se ne fa fatto uso, ritiene di averne avuto benefici? (una risposta per ogni colonna)**

	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone di 18 anni o più indipendentemente dalle risposte date ai quesiti precedenti)

**14.3 Ritiene che siano utili?**

Utilità	Ago-puntura	Omeo-patia	Fito-terapia
NO	1 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
SI	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Non so	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**15. CONSUMO DI TABACCO**

(PER LE PERSONE IN ETÀ DI 14 ANNI E PIÙ)

**15.1 Ha l'abitudine di fumare?**No, non ho mai fumato..... 1 ☐ → quesito 16.1No, ma fumavo in passato ..... 2 ☐Sì ..... 3 ☐



Scheda Individuale del componente n. **05**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se fuma o fumava in passato, cod. 2 o 3 al quesito 15.1, chiedere)

15.2 A che età ha iniziato a fumare? ..... 1 1

15.3 Per quanti anni complessivamente ha fumato (escludendo i periodi in cui eventualmente ha interrotto)?

N. anni ..... 1 1

15.4 Che cosa fuma (o fumava) prevalentemente?

Sigarette ..... 1 1

Sigari ..... 2 1

Pipa ..... 3 1

(Se fuma o fumava prevalentemente sigarette, cod. 1 al quesito 15.4)

15.5 Tipo di sigarette fumate

Con filtro 1 ☐ Senza filtro 2 ☐

15.6 Numero medio di sigarette fumate al giorno

Numero medio ..... 1 1

(Per chi fuma attualmente)

15.7 Ha provato qualche volta a smettere di fumare?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per chi fuma da almeno due anni)

15.8 Nel corso degli ultimi due anni ha ridotto o aumentato il consumo di tabacco rispetto alle sue precedenti abitudini?

- Riduzione ..... 1 ☐

- Aumento ..... 2 ☐

- Stesso consumo ..... 3 ☐

- Non so ..... 4 ☐

(Per gli ex-fumatori: cod. 2 al quesito 15.1)

15.9 Da quanti anni ha smesso di fumare?

Anni  ..... Mesi

15.10 Qual'è il motivo principale per cui ha smesso di fumare?

Per una malattia o disturbo da cui è o è stato affetto ..... 1 ☐

Perché pur non avendo nessuna malattia o disturbo ritiene che il fumo sia dannoso per la salute ..... 2 ☐

Perché non ha più trovato nessun piacere nel fumare ..... 3 ☐

Perché ritiene il fumo troppo costoso ..... 4 ☐

Per altri motivi ..... 5 ☐

## 16. ASSISTENZA O ASSICURAZIONE INTEGRATIVA

(PER TUTTI)

16.1 Attualmente è tutelato da una o più delle seguenti forme di assistenza o assicurazione?  
(possibili più risposte)

Integrativa aziendale a contribuzione volontaria 1

Integrativa volontaria non aziendale ..... 2

Polizza privata di assicurazione sanitaria ..... 3

## 17. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(PER TUTTI)

17.1 Negli ultimi TRE mesi le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altri disturbi dovuti ad incidenti avvenuti in una abitazione (indipendenti da volontà umana)?

(Comprendere anche eventuali balconi, giardini, garage, cantine, pianerottoli, scale dell'abitazione)

NO ..... 0 ☐ → quesito 18.1

SI ..... N. ☐

(Se SI)

Facendo riferimento all'unico o più recente dei casi indicati al quesito precedente:

17.2 Qual'è stato l'oggetto che ha causato l'incidente?

(Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)

.....

(specificare e codificare)

.....

(specificare e codificare)

17.3 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quale parte del corpo ha interessato?

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conseguenza
Testa	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
Torace	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
Addome	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
Arti superiori	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
Arti inferiori	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>

Segui Scheda Individuale del componente n. 05

(col. 1 della Scheda Generale)

**17.4 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?**

- Cucina..... 1 ☐
- Soggiorno, salone..... 2 ☐
- Camera da letto o cameretta.... 3 ☐
- Bagno..... 4 ☐
- Corridoio, ingresso..... 5 ☐
- Balcone, terrazzo, giardino..... 6 ☐
- Cantina, garage, altro ambiente..... 7 ☐
- Scale interne all'abitazione..... 8 ☐
- Scale esterne all'abitazione..... 9 ☐

**17.5 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?**

- Attività fisiologiche  
(lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 1 ☐
- Lavori domestici..... 2 ☐
- Riparazioni, "fai da te", bricolage..... 3 ☐
- Gioco o passatempi del tempo libero.... 4 ☐
- Nessuna particolare attività..... 5 ☐
- Altro (specificare)..... 6 ☐

**17.6 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:  
(possibili più risposte)**

- Assistenza di familiari conviventi..... 1 ☐
- Assistenza di familiari non conviventi,  
vicini, amici, ecc..... 2 ☐
- Visita in farmacia..... 3 ☐
- Visita medica ambulatoriale..... 4 ☐
- Visita medica domiciliare..... 5 ☐
- Visita al pronto soccorso..... 6 ☐
- Ricovero ospedaliero..... 7 ☐

**17.7 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, di tempo libero, ecc.)?**

- NO..... 00 ☐
- SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.8 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

- NO 1 ☐ SI 2 ☐

**17.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?**

- NO..... 00 ☐
- SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

- NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per gli occupati)

**17.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?**

- NO..... 00 ☐
- SI, per quanti giorni? ..... N.

(Se SI)

**17.12 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?**

- NO 1 ☐ SI 2 ☐

**18. PREVENZIONE**

(PER LE DONNE DI 18 ANNI E PIÙ)

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

- NO..... 1 ☐
- SI..... 2 ☐

(Se SI)

**18.2 A che età ha eseguito la prima mammografia?**Età (anni compiuti)..... **18.3 In che anno ha eseguito l'ultima mammografia?**Anno.... 

(Per tutte le donne di 18 anni e più)

**18.4 Ha mai eseguito un pap-test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi?**

- NO..... 1 ☐
- SI..... 2 ☐

(Se SI)

**18.5 A che età ha eseguito il primo pap-test?**Età (anni compiuti)..... **18.6 In che anno ha eseguito l'ultimo pap-test?**Anno.... **LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

- SI, senza la presenza di altre persone... 1 ☐
- SI, 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.

**1. ABITAZIONE**

(Con riferimento all'abitazione principale specificare)

**1.1 A quale titolo la famiglia occupa l'abitazione?**

- Affitto e subaffitto ..... 1 ☐  
 – Proprietà o usufrutto ..... 2 ☐  
 – Altro titolo ..... 3 ☐

**1.2 Di quante stanze si compone l'abitazione? (comprendere la cucina se ha le caratteristiche di stanza)**

N. ....

**1.3 L'abitazione dispone di gabinetto (W.C.)?**

- NO ..... 1 ☐  
 SI, all'interno dell'abitazione  
 – Uno ..... 2 ☐  
 – Due o più ..... 3 ☐  
 SI, al di fuori dell'abitazione ..... 4 ☐

**1.4 L'abitazione dispone di bagno/vasca e/o doccia?**

- NO ..... 1 ☐  
 SI ..... 2 ☐

**1.5 L'abitazione dispone di telefono?**

- NO ..... 1 ☐  
 SI ..... 2 ☐

**1.6 L'abitazione dispone di riscaldamento?**

- NO ..... 1 ☐  
 SI ..... 2 ☐

(Se la risposta è affermativa, chiedere)

**1.7 Tipo di riscaldamento:**

- Centrale ad uso dell'intero fabbricato.. 1 ☐  
 – Autonomo ad uso dell'abitazione..... 2 ☐  
 – Apparecchi singoli (stufe, ecc.) ..... 3 ☐

**1.8 Il riscaldamento è presente nella maggior parte dell'abitazione?**

- NO ..... 1 ☐  
 SI ..... 2 ☐

**1.9 L'ingresso unico o principale dell'abitazione su quale piano si trova?**

Piano .....

**1.10 Esistono scale interne all'abitazione per raggiungere camere o servizi (ad esclusione di ambienti non abitabili come cantine, soffitta, garage, locali magazzino ecc.)?**

- NO ..... 1 ☐  
 SI ..... 2 ☐

**1.11 Esiste un ascensore nell'edificio?**

- NO ..... 1 ☐  
 SI ..... 2 ☐

**1.12 In quale delle seguenti classi è approssimativamente compreso il reddito complessivo mensile della sua famiglia? (sommare tutte le entrate sue e dei suoi familiari: salari e stipendi, proventi professionali d'impresa, pensioni, rendite, indennità, sussidi, ecc. al netto di imposte e contributi sociali)**

Fino a	600.000	Lire.....	01
da	600.001	a 700.000	» ..... 02
da	700.001	a 800.000	» ..... 03
da	800.001	a 1.000.000	» ..... 04
da	1.000.001	a 1.200.000	» ..... 05
da	1.200.001	a 1.500.000	» ..... 06
da	1.500.001	a 2.000.000	» ..... 07
da	2.000.001	a 2.500.000	» ..... 08
da	2.500.001	a 3.000.000	» ..... 09
da	3.000.001	a 3.500.000	» ..... 10
da	3.500.001	a 4.000.000	» ..... 11
da	4.000.001	a 5.000.000	» ..... 12
da	5.000.001	a 6.000.000	» ..... 13
da	6.000.001	a 7.000.000	» ..... 14
da	7.000.001	a 8.000.000	» ..... 15
	oltre	8.000.000	» ..... 16

**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:**

Numero d'ordine del componente che ha fornito le risposte ai quesiti della Scheda Familiare (cfr. col. 1 della Scheda Generale)

N. ....

**DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE**

Per tutti i componenti familiari di 6 anni e più:

LE CHIEDO ANCORA UN PO' DI TEMPO PER SOTTOPORRE ALCUNI QUESITI CHE RIGUARDANO L'EVENTUALE ESISTENZA DI DIFFICOLTÀ AD EFFETTUARE LE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA. A VOLTE, INFATTI, PER PROBLEMI DI SALUTE LEGATI A MALATTIE CRONICHE O A QUALCHE FORMA DI INVALIDITÀ, PUÒ ACCADERE CHE UNA PERSONA TROVI DIFFICOLTÀ AD EFFETTUARE AZIONI CHE FANNO PARTE DELLA VITA DI TUTTI I GIORNI. FACENDO RIFERIMENTO DISTINTAMENTE A CIASCUN COMPONENTE FAMILIARE, PUÒ INDICARE L'EVENTUALE GRADO DI DIFFICOLTÀ AD EFFETTUARE CIASCUNA DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA?

SE UTILIZZA BASTONI, SEDIE A ROTELLE, PROTESI, OCCHIALI O ALTRI APPARECCHI, CONSIDERI IL GRADO DI DIFFICOLTÀ CHE INCONTRA IN CIASCUNA ATTIVITÀ, PUR CON L'AUTO DEGLI APPARECCHI STESSI.

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1. Numero d'ordine del componente (col. 1 della Scheda Generale) .....										
2. Anno di nascita (ultime 3 cifre) (col. 5 della Scheda Generale) .....										
3. È costretto a rimanere sempre a letto anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per alzarsi?										
NO (barrare e passare al q. 4) .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SI (barrare e passare al q. 13) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. È costretto a rimanere sempre seduto su una sedia o una poltrona (non su una sedia a rotelle) anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per camminare?										
NO (barrare e passare al q. 5) .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SI (barrare e passare al q. 9) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. È costretto a rimanere sempre nella sua abitazione senza poter uscire per motivi fisici o psichici? (nell'abitazione sono compresi gli eventuali spazi all'aperto)										
NO (barrare e passare ai quesiti successivi) .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SI (barrare e passare ai quesiti successivi) .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

(Segue)

Segue SCHEDA FAMILIARE (parte seconda)

Numero d'ordine del componente (col. 1 della Scheda Generale) .....	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
6. Qual è la distanza più lunga che può percorrere camminando da solo senza fermarsi e senza stancarsi troppo?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
7. Può scendere o salire da solo una rampa di scale senza fermarsi?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
8. Quando sta in piedi è in grado di chinarsi per raccogliere una scarpa da terra?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
9. Può mettersi a letto e alzarsi dal letto da solo?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
– senza difficoltà .....										
– con qualche difficoltà .....										
– può mettersi a letto e alzarsi dal letto solo con l'aiuto di qualcuno .....										

Segue SCHEDA FAMILIARE (parte seconda)

Numero d'ordine del componente (col. 1 della Scheda Generale) .....	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
10. Può sedersi e alzarsi da una sedia da solo?										
- senza difficoltà .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- con qualche difficoltà .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- può sedersi e alzarsi da una sedia solo con l'aiuto di qualcuno .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Può vestirsi e spogliarsi da solo?										
- senza difficoltà .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- con qualche difficoltà .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Può farsi il bagno o la doccia da solo?										
- senza difficoltà .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- con qualche difficoltà .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Può lavarsi le mani e il viso da solo?										
- senza difficoltà .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- con qualche difficoltà .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

(Segue)

Segue SCHEDA FAMILIARE (parte seconda)

Numero d'ordine del componente (col. 1 della Scheda Generale).....	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
14. Può mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo?	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- senza difficoltà .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- con qualche difficoltà .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno .....										
15. Riesce a masticare senza difficoltà?	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- SI, senza difficoltà .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- SI, con qualche difficoltà.....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- SI, con molta difficoltà.....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- NO, non è in grado .....										
16. Sente abbastanza per seguire una trasmissione televisiva ad un volume che non disturbi gli altri considerando l'uso eventuale di apparecchi acustici?	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- SI .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- NO .....										
Se NO, riesce a seguire una trasmissione televisiva alzando il volume?	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
- SI .....	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
- NO .....										

Segue

[illegible]



RISERVATO AL RILEVATORE  
da compilare immediatamente dopo l'intervista

### 1.1 Tipo di abitazione

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

## NOTIZIE SULL'INTERVISTA

### 2.1 Contatti con la famiglia, avuti per ottenere l'intervista (compresa l'intervista stessa)

a) numero delle visite effettuate di persona dall'intervistatore N. ☐

b) numero di telefonate effettuate N. ☐

### 2.2 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..... (ore) | (minuti)

d) durata dell'intervista e) disponibilità familiare verso l'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
- Sempre scarsa..... ☐ 1
- Scarsa all'inizio, migliore in seguito 2 ☐
- Buona all'inizio, scarsa in seguito..... ☐ 3
- Sufficiente..... ☐ 4
- Buona..... ☐ 5
- Molto interessata..... ☐ 6

## SEGRETO STATISTICO E OBBLIGO DI RISPOSTA

I dati raccolti nell'ambito della presente indagine, compresa nel Programma statistico nazionale approvato con il D.P.C.M. 12 febbraio 1993 (S.O. n. 35 alla G.U. n. 85 del 13-4-1993), sono tutelati dal segreto statistico e pertanto non possono essere esternati o comunicati se non in forma aggregata, in modo che non se ne possa fare alcun riferimento individuale, e possono essere utilizzati solo per scopi statistici (art. 9 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322).

È fatto obbligo alle amministrazioni, enti ed organismi pubblici, nonché ai soggetti privati, per le rilevazioni indicate nel D.P.R. 2 marzo 1993 (S.O. n. 35 alla G.U. n. 85 del 13-4-1993), di fornire tutti i dati e le notizie richieste nel modello di rilevazione. Coloro che non li forniscano, o li forniscano scientemente errati od incompleti, sono soggetti alle previste sanzioni amministrative (artt. 7 e 11 del citato d. lgs. n. 322/89).

Per quanto riguarda le notizie concernenti lo stato di salute, i soggetti interpellati possono avvalersi della facoltà di non rispondere, ai sensi di quanto disposto dall'art. 7, comma 2, del citato D.LGS. n. 322/89.