



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**CONDIZIONI DI SALUTE
E RICORSO AI SERVIZI
SANITARI 2004 - 2005**

6	CODICE INTERVISTATORE <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
---	--

7	Data di consegna all'ufficio del Comune <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <small>giorno mese anno</small>
	L'INTERVISTATORE
 (Cognome e nome leggibili)
	Visto per la revisione IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE

A	MESE <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
---	--

1	Provincia <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Comune <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Sezione di Censimento <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>

2	<i>(a cura del Comune)</i>
	Numero d'ordine <u>definitivo</u> della famiglia <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Da 0001 al totale dei modelli ISTAT/IMF-8/A compilati dal Comune nel trimestre

3	Numero d'ordine della famiglia nel Mod. ISTAT/IMF-8/2 <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	Da 00001 al totale delle famiglie del Mod. ISTAT/IMF-8/2 nel trimestre

4	Numero dei componenti la famiglia <u>anagrafica</u> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	(Riga 4 del Mod. ISTAT/IMF-8/2)

5	Numero dei componenti la famiglia <u>di fatto</u> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
---	--

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. 3 Presenza o temporanea assenza nella famiglia

Dimorante abitualmente

- presente 1
- temporaneamente assente 2

Col. 4 Relazione di parentela o convivenza 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. 5 Sesso

- Maschio 1
- Femmina 2

Col. 6 Anno di nascita

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

Col. 7 Iscrizione attuale a corsi scolastici o universitari

- NO 01
- Sì, specificare quale:
- Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea 02
- Corso di laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico) 03
- Corso di laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento) 04
- Corso di laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento) 05
- Corso di diploma universitario, Scuola diretta a fini speciali, Scuola Parauniversitaria 06
- Accademia Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di arte drammatica, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, Perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Scuola Interpreti e Traduttori, Scuola di Archivistica, Paleografia, Diplomatica 07
- Scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università 08
- Scuola superiore di 3 anni che non permette l'iscrizione all'Università 09
- Corso di formazione professionale 10
- Scuola media 11
- Scuola elementare 12
- Scuola materna 13
- Asilo nido 14

Col. 8 Titolo di studio più alto conseguito (per le persone di 6 anni e più)

- Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea 01
- Laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico) 02
- Laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento) 03
- Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento) 04
- Diploma universitario, Laurea Breve (vecchio ordinamento), Scuola diretta a fini speciali, Scuola Parauniversitaria 05
- Accademia Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di arte drammatica, Scuola Interpreti e Traduttori, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, Scuola di Archivistica, Perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Paleografia, Diplomatica 06
- Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università 07
- Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'Università 08
- Licenza media (o avviamento professionale) 09
- Licenza elementare 10
- Nessun titolo - sa leggere e scrivere 11
- Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere 12

Col. 9 Stato civile (per le persone di 6 anni e più)

- 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. 10 Fonte principale di reddito (per le persone di 15 anni e più)

- Reddito da lavoro dipendente 1
- Reddito da lavoro autonomo (comprende le collaborazioni coordinate e continuative) 2
- Pensione 3
- Indennità e provvidenze varie 4
- Redditi patrimoniali 5
- Mantenimento da parte dei familiari 6

Col. 11 Anno del matrimonio attuale

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

Col. 12 Stato civile prima del matrimonio attuale

- Celibe o nubile 1
- Divorziato/a 5
- Vedovo/a 6

(a) A col. 4 il cod. 7 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. 6.

1. DATI ANAGRAFICI

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso
Maschio1
Femmina2

1.3 Età (in anni compiuti)

1.4 Cittadinanza:
Italiana1
Altra2
Apolide3

1.5 È nato nella stessa provincia in cui vive?
Sì 999
NO, in un'altra provincia
Nome Provincia Codice
NO, all' Estero
Nome Stato Estero Codice

(Se nato in uno Stato Estero o in una provincia diversa da quella in cui vive)

1.6 Da quanti anni vive nell'attuale provincia?
Meno di un anno00
N. anni

ATTENZIONE!

- Le persone fino a 14 anni passano alla Sezione 5.
- Continuare per le persone di 15 anni e più.

2. LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

2.1 La scorsa settimana, cioè quella terminata domenica scorsa, ha svolto almeno un'ora di lavoro? Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto, da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno, o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso la ditta di un familiare.

NO 1
Sì2 → passare a domanda 2.3
Permanentemente inabile al lavoro3 passare alla Sezione 3
In servizio di leva o servizio civile sostitutivo4

(Se NO)

2.2 Nella scorsa settimana aveva comunque un lavoro dal quale era assente, ad esempio per malattia, maternità, vacanza, cassa integrazione guadagni, maltempo, etc.? Consideri sempre il lavoro da cui ha ricavato un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso la ditta di un familiare

NO 1 → passare alla Sezione 3
Sì2

(Se Sì)

2.3 Qual è il lavoro, la professione o il mestiere che lei svolge attualmente? (es.: commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.). Lo descriva nel modo più dettagliato possibile evitando termini generici come impiegato od operaio.

Specificare
.....
.....
.....

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

Meno di 1 anno 00
N. di anni

2.5 In quale settore di attività economica lavora?

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

2.6 Si tratta di un lavoro:

Alle dipendenze 1
Di collaborazione coordinata e continuativa2 passare a domanda 2.9
Di prestazione d'opera occasionale 3
Autonomo4

(Se alle dipendenze o autonomo)

2.7 Qual è la sua posizione nella professione?

Alle dipendenze come:

- Dirigente.....01
Direttivo, quadro.....02
Impiegato03
Capo operaio, operaio subalterno e assimilati04
Apprendista.....05
Lavorante a domicilio per conto d'impresa06

Autonomo come:

- Imprenditore (con almeno un dipendente).....07
Libero professionista.....08
Lavoratore in proprio09
Socio di cooperativa di produzione di beni e servizi e/o prestazioni di servizio.....10
Coadiuvante familiare11

passare a domanda 2.9

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze)

2.8 Il suo lavoro attuale è a termine?

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

(Per tutti coloro che lavorano)

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

- Meno di un ora.....00
N. ore a settimana

(Per tutti coloro che lavorano)

2.10 La sua attività lavorativa è prevalentemente caratterizzata da attività fisica:

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

ATTENZIONE! Andare a Sezione 4

3. LAVORO IN PASSATO E RICERCA DI LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE ATTUALMENTE NON HANNO UN LAVORO)

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

- NO 1
Sì 2

(Se Sì)

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

Specificare

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

Meno di un anno 00 N. di anni

3.4 In quale settore di attività economica lavorava?

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

3.5 Si trattava di un lavoro:

- Alle dipendenze..... 1
Di collaborazione coordinata e continuativa 2
Di prestazione d'opera occasionale..... 3
Autonomo 4

passare a domanda 3.7

(Se era un lavoro alle dipendenze oppure autonomo)

3.6 Nell'ultimo lavoro svolto, Lei era ...?

Alle dipendenze come:

- Dirigente..... 01
Direttivo, quadro 02
Impiegato 03
Capo operaio, operaio subalterno e assimilati 04
Apprendista 05
Lavorante a domicilio per conto d'impresa 06

Autonomo come:

- Imprenditore (con almeno un dipendente)..... 07
Libero professionista 08
Lavoratore in proprio 09
Socio di cooperativa di produzione di beni e servizi e/o prestazioni di servizio 10
Coadiuvante familiare..... 11

(Per tutti coloro che hanno lavorato in passato)

3.7 A che età ha smesso di lavorare?
Età

3.8 Per quale motivo ha smesso di lavorare?

- Pensionamento (anzianità, vecchiaia)01
- Licenziamento, mobilità, chiusura o cessazione dell'attività02
- Lavoro a termine03
- Malattia, problemi di salute personali04
- Maternità, nascita di un figlio05
- Per prendersi cura dei figli e/o di altri familiari06
- Studio o formazione professionale07
- Per le esigenze di lavoro del coniuge o convivente08
- Servizio di leva o servizio civile sostitutivo09
- Altri motivi10

(specificare)

(Per tutte le persone che attualmente non hanno un lavoro)

3.9 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcosa per cercare lavoro?

- NO 1 → passare a Sezione 4
- Sì2

(Se Sì)

3.10 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcuna delle seguenti azioni di ricerca di lavoro?

(una risposta per ciascuna riga)

	NO	Sì
Ha avuto contatti con un centro pubblico per l'impiego (l'ex ufficio di collocamento) per cercare lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ha inviato una domanda per partecipare ad un concorso pubblico	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ha chiesto a parenti, amici, conoscenti	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ha cercato lavoro su Internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ha avuto contatti con un'agenzia privata di collocamento o un'agenzia interinale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

3.11 Sarebbe disponibile a lavorare entro 2 settimane?

- NO 1
 - Sì 2
- Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi 3

4. CONDIZIONE PERCEPITA RISPETTO AL LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

4.1 Consideri la Sua condizione attuale, unica o prevalente. Lei si definirebbe:

- Occupato 1
- Disoccupato in cerca di un nuovo lavoro 2
- In cerca del primo lavoro 3
- Casalinga/o 4
- Studente 5
- Ritirato dal lavoro 6
- Inabile al lavoro 7
- In servizio di leva o in servizio civile 8
- In altra condizione 9

5. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

ORA LE RIVOLGERÒ ALCUNE DOMANDE RELATIVE ALLE SUE CONDIZIONI DI SALUTE

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

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

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

- NO000
- Sì, specificare: Codici (*)
.....
-
-
-
-

(*) Per la codifica consultare l'Appendice F della Guida e codificare subito dopo l'intervista.

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

NO 1

Sì2

ATTENZIONE!

- Le persone che non hanno avuto malattie, traumi o fratture, ecc. (NO a domanda 5.1 e NO a domanda 5.2) vanno a Sezione 6.
- Continuare per **TUTTI** gli altri.

(Se Sì a domanda 5.1 o a domanda 5.2)

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

NO00 → **passare a Sezione 6**

Sì, per quanti giorni?N.

di cui, quanti ne ha passati a letto?N.

(Solo per chi è iscritto a corsi scolastici o per chi lavora - codici da 02 a 14 a col. 7 della Scheda generale o Sì a dom. 2.1 o 2.2)

5.4 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze scolastiche o dal lavoro per motivi di salute?

NO00

Sì, assenze da scuola, per quanti giorni? N.

(per chi è iscritto ad un corso scolastico o universitario)

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

(per chi lavora)

6. LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ E INVALIDITÀ

(PER TUTTI)

6.1 È affetto da malattie o condizioni patologiche croniche?

NO 1

Sì2

6.2 A causa di problemi di salute, lei ha delle limitazioni, che durano da almeno sei mesi, nello svolgere le abituali attività della vita quotidiana?

NO.....1

Sì, ma non gravi..... 2

Sì, gravi.....3

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

(rispondere per ciascun tipo di invalidità)

INVALIDITÀ	È affetto?	A che età è insorta? <i>(età in anni compiuti)</i>	Usa la sedia a rotelle?
1. Cecità	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
2. Sordomutismo	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
3. Sordità	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
4. Invalidità motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni)	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
5. Invalidità da insufficienza mentale	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
6. Invalidità da malattia mentale / disturbi del comportamento	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

- Le persone che hanno risposto tutti NO alle domande 6.1, 6.2 e 6.3 passano a Sezione 7.
- Continuare per **TUTTI** gli altri.

(Per le persone con problemi di salute: Sì a domanda 6.1 o 6.2 o almeno un Sì a domanda 6.3)

6.4 Ha mai presentato domanda per ottenere la certificazione di invalidità?

NO.....1 → **passare a domanda 6.7**

Sì, ha ottenuto la certificazione..... 2 → Percentuale riconosciuta %

Sì, ma è in attesa di risposta 3

Sì, ma non ha ottenuto la certificazione 4

6.5 Ha mai presentato domanda per ottenere la certificazione di handicap?

NO.....1 → **passare a domanda 6.7**

Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap grave..... 2

Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap 3

Sì, ma è in attesa di risposta 4

Sì, ma non ha ottenuto la certificazione 5

(Se almeno un Sì a domanda 6.4 o 6.5, gli altri passano a domanda 6.7)

6.6 Per quale problema di salute ha presentato la domanda di invalidità o handicap?

Specificare
.....

(Per le persone con problemi di salute: Sì a domanda 6.1 o 6.2 o almeno un Sì a domanda 6.3)

6.7 Negli ultimi 3 mesi ha usufruito di assistenza prestata, presso il Suo domicilio, da personale sanitario (medici, infermieri, ecc.) della ASL e/o incaricato dalla ASL, ad esempio per medicazioni, per fare terapie, ecc.? (Escludere le visite o le cure del medico di famiglia)

- NO1
Sì, tutti i giorni2
Sì, qualche volta a settimana..... 3
Sì, meno di una volta a settimana.....4

(Se NO)

6.8 Attualmente Lei ritiene di avere bisogno di cure e/o di assistenza sanitaria a domicilio?

- NO 1
Sì 2

6.9 Ha mai presentato domanda per essere ammesso in una residenza sanitaria assistenziale (RSA), cioè in una struttura socio-sanitaria per lungodegenti?

Per RSA si intende una struttura per persone che sono non autosufficienti a causa di problemi di salute non curabili a domicilio

- NO, perché non ne ha la necessità..... 1
NO, perché nella sua zona non ci sono strutture di questo tipo2
Sì, ma è stata rifiutata3
Sì, ma attende una risposta4
Sì, la domanda è stata accettata ma per l'ammissione è ancora in lista di attesa.....5
Altro6

(specificare)

7. PESO, STATURA, DIETA (PER TUTTI)

7.1 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
StaturaCm

7.2 Usa controllare il suo peso?

- Sì, tutti i giorni1
Sì, una o più volte a settimana.....2
Sì, qualche volta al mese3
Sì, qualche volta durante l'anno.....4
NO, mai.....5

7.3 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (con poco sale, dimagrante, vegetariano, ecc.)

- NO 1
Sì 2

(Se Sì)

7.4 La dieta o il regime dietetico le è stato prescritto da un medico?

- NO1
Sì2

7.5 Per quali motivi segue una dieta?

(possibili più risposte)

- Per dimagrire.....1
Per ingrassare2
Per mantenere il peso3
Per prevenire problemi di salute.....4
Per problemi di salute.....5
Per scelta di uno stile alimentare particolare (per motivi culturali, ecc.).....6

7.6 Che tipo di dieta alimentare osserva?

(possibili più risposte)

- Con pochi zuccheri (inclusa dieta per diabetici).....1
Con pochi grassi.....2
Con poco sale3
Vegetariana.....4
Altra dieta5

(specificare)

8. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)

8.1 Nelle ultime 4 settimane ha chiesto consigli telefonici ad un medico?

- NO1
Sì.....2 -> N. di volte

8.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia o da 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. Includere le visite di lavoro e sportive)

- NO1 -> passare domanda 8.12
Sì.....2 -> N. di visite

(Se Sì)

8.3 Indicare il numero di visite effettuate nelle ultime 4 settimane, secondo il motivo prevalente

(una risposta per riga)

Table with 2 columns: Codice, Numero di visite. Rows include Malattie o disturbi, Controllo dello stato di salute, Prescrizione di ricette, Certificati o atti amministrativi, Altro.

Riservato al rilevatore
Totale numero di visite N.
La somma delle visite secondo il motivo deve coincidere con il numero dichiarato alla domanda 8.2

Scheda individuale del componente n. **011**

(col. 1 della Scheda generale)

8.4 Indicare, per ciascun tipo di visita, se l'ha effettuata nelle ultime 4 settimane, il numero totale di visite, il numero delle visite completamente a sue spese e il numero delle visite a domicilio ove richiesto.

(rispondere per ciascun tipo di visita)

Codice	Tipo di visita	Numero di visite			
		NO	Sì	Totale	- di cui completamente a sue spese
01	Generica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- quante a domicilio →			<input type="text"/>	
02	Pediatrica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- quante a domicilio →			<input type="text"/>	
03	Geriatrica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	Cardiologica	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	Ostetrico-ginecologica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	Oculistica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	Odontoiatrica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	Otorino-laringoiatra	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	Ortopedica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Neurologica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Psichiatrica, psicologica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Urologica	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Gastro-enterologica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Dietologica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Dermatologica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Altra specialistica (specificare).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				
				

(Chi ha fatto SOLO visite generiche o pediatriche passa a domanda 8.12 - gli altri continuano)

8.5 Indicare quale è stata l'ultima visita specialistica anche quando siano state effettuate più visite nello stesso giorno. Escludere le visite generiche e pediatriche (utilizzare i codici del quesito 8.4)

Codice.....

8.6 Secondo il medico che l'ha prescritta si trattava di una visita urgente?

- NO 1
- Sì, urgente 2
- Sì, molto urgente..... 3
- Non è stata prescritta da un medico 4

8.7 Sempre con riferimento all'ultima visita, questa è stata: (una sola risposta)

- Completamente gratuita 1
- A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
 - parziale dalla assicurazione privata/aziendale..... 2
 - totale dalla assicurazione privata/aziendale..... 3
- Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket) 4
- Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

8.8 Presso quale tipo di struttura è stata effettuata l'ultima visita?

- Pubblica 1
- Privata convenzionata 2
- Privata non convenzionata 3

8.9 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

- Ha scelto la struttura più vicina..... 01
- Per motivi economici 02
- Ha più fiducia in questa struttura..... 03
- Ha provato a prenotare in un'altra struttura ma avrebbe dovuto aspettare troppo tempo..... 04
- Sapeva che in un'altra struttura avrebbe dovuto aspettare troppo tempo 05
- Ha scelto uno specialista che lavora in questa struttura 06
- Non esistono altre strutture nella sua zona di residenza..... 07
- In questa struttura è possibile fissare l'ora dell'appuntamento 08
- Ha scelto questa struttura perché è più accogliente, confortevole, pulita 09
- Le è stata consigliata da un medico di fiducia o persona di fiducia 10
- Altro..... 11

(specificare)

8.10 È riuscito ad avere la visita più o meno nei giorni per i quali era necessaria oppure ha dovuto aspettare?

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nella precedente visita/ricovero 1
- NON ho dovuto aspettare..... 2
- Ho dovuto aspettare 3

(Se ha dovuto aspettare)

8.11 Quanti giorni ha dovuto attendere per essere sottoposto alla visita?

- Fino a 10 giorni..... 1
- Da 11 a 30 giorni..... 2
- Oltre 30 giorni..... 3 → N. di giorni complessivi di attesa.....

(Per TUTTI)

8.12 Fino ad ora abbiamo parlato delle visite effettuate nelle ultime quattro settimane. Pensi ora invece agli ultimi 12 mesi. Quante visite ha effettuato dal medico di famiglia o pediatra? Includa anche quelle che eventualmente ha effettuato nelle ultime 4 settimane

Non ha fatto visite 000

N. di visite nei 12 mesi N.

8.13 Quante visite oculistiche, ortopediche, cardiologiche, ginecologiche o altre visite specialistiche ha effettuato negli ultimi 12 mesi escludendo le visite dentistiche? Includa anche quelle che eventualmente ha effettuato nelle ultime 4 settimane

Non ha fatto visite 00

N. di visite nei 12 mesi N.

9. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

(PER TUTTI)

9.1 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?

NO 1 → passare a domanda 9.13

Sì 2 → N. di volte

(Se Sì)

9.2 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad esami del sangue?

NO 1 → passare a domanda 9.4

Sì 2 → N. di volte

(Se Sì)

9.3 Facendo riferimento all'ultimo accertamento del sangue, l'esame è stato:

(una sola risposta)
Completamente gratuito..... 1

A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
- parziale dalla assicurazione
privata/aziendale 2

- totale dalla assicurazione
privata/aziendale 3

Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket) 4

Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

(Per coloro che hanno risposto Sì a dom. 9.1)

9.4 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad esami delle urine?

NO 1

Sì 2 → N. di volte

9.5 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test o altri accertamenti?

NO 1 → passare alla domanda 9.13

Sì 2 → N. di accertamenti

9.6 Facendo riferimento all'ultima volta che ha fatto accertamenti, indichi qual è stato l'ultimo, escludendo gli esami del sangue e delle urine. In caso di più accertamenti nello stesso giorno, si riferisca all'ultimo in ordine di tempo.

Specificare evitando abbreviazioni
.....
.....

9.7 Secondo il medico che lo ha prescritto, si trattava di un accertamento urgente?

NO 1

Sì, urgente 2

Sì, molto urgente 3

Non è stato prescritto da un medico 4

9.8 L'ultimo accertamento è stato:

Completamente gratuito 1

A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:

- parziale dalla assicurazione
privata/aziendale 2

- totale dalla assicurazione
privata/aziendale 3

Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket) 4

Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

9.9 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato?

Pubblica 1

Privata convenzionata 2

Privata non convenzionata 3

9.10 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

Motivi economici 1

Ha fiducia nella struttura scelta 2

La struttura scelta ha apparecchiature migliori 3

Non esistono altre strutture nella mia zona di residenza 4

Ha provato a prenotare in un'altra struttura ma avrebbe dovuto aspettare troppo tempo 5

Sapeva che in un'altra struttura avrebbe dovuto aspettare troppo tempo 6

Le è stato prescritto un accertamento che non era coperto dal Servizio Sanitario Nazionale 7

In questa struttura è possibile fissare l'ora dell'appuntamento 8

Altro 9

(specificare)

9.11 È riuscito a fare l'accertamento più o meno nei giorni per i quali era necessario oppure ha dovuto aspettare?

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nella precedente visita/ricovero 1 *passare a domanda 9.13*
 NON ho dovuto aspettare 2
 Ho dovuto aspettare 3

(Se ha dovuto aspettare)

9.12 Quanti giorni ha dovuto attendere per effettuare l'accertamento diagnostico?

- Fino a 10 giorni 1
 Da 11 a 30 giorni 2
 Da oltre 30 giorni fino a 60 giorni 3
 Oltre 60 giorni 4 → N. di giorni

(Per TUTTI)

9.13 Fino ad ora abbiamo parlato degli accertamenti diagnostici effettuati nelle ultime quattro settimane. Pensi ora invece agli ultimi 12 mesi. Quanti esami del sangue ha effettuato? Includa anche quelli che ha eventualmente effettuato nelle ultime quattro settimane?

- Non ha fatto esami del sangue 00
 N. di volte nei 12 mesi N.

9.14 Quanti esami delle urine ha effettuato negli ultimi 12 mesi includendo quelli che ha eventualmente effettuato nelle ultime quattro settimane?

- Non ha fatto esami delle urine 00
 N. di volte nei 12 mesi N.

9.15 Quanti esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, ecodoppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test, o altro tipo di accertamento ha effettuato negli ultimi 12 mesi?

- Non ha fatto esami specialistici 00
 N. di esami specialistici nei 12 mesi N.

9.16 Lei è esente dal pagamento del ticket per visite e accertamenti diagnostici?

- NO 1
 Sì, per patologia 2
 Sì, per invalidità 3
 Sì, per reddito 4
 Sì, per altri motivi 5

(specificare)

10. SERVIZI OSPEDALIERI (PER TUTTI)

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

- NO 1 → *passare a domanda 10.3*
 Sì 2 → N. di ricoveri

(Se Sì)

10.2 Per quante notti complessivamente è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi? (Considerare il numero totale di notti di tutti i ricoveri avvenuti nei tre mesi)

- N. di notti

(Per TUTTI)

10.3 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi, quante volte è stato ricoverato? Considerare anche i ricoveri per parto o nascita, includendo anche i ricoveri avvenuti negli ultimi tre mesi

- Nessuna volta 00 → *passare alla Sezione 11*
 N. di ricoveri nei 12 mesi

10.4 Sempre facendo riferimento agli ultimi 12 mesi, per quante notti è stato ricoverato complessivamente?

- Fino a 10 notti 1
 Da 11 a 20 notti 2
 Da 21 a 30 notti 3
 Da 31 a 60 notti 4
 Oltre 60 notti 5 → N. di notti

10.5 Pensi ora all'ultimo ricovero. Quale medico Le ha consigliato di ricoverarsi, indipendentemente da chi poi ha effettuato la richiesta di ricovero?

- Il medico di famiglia o pediatra 1
 Un medico del pronto soccorso dell'ospedale 2
 Un medico specialista di un ospedale 3
 Un medico specialista privato 4
 Altro 5

(specificare)

10.6 Chi ha firmato la richiesta di ricovero?

- Il medico di famiglia o pediatra 1
 Un medico del pronto soccorso dell'ospedale 2
 Un medico specialista dell'ospedale 3
 Altro 4

(specificare)

10.7 Il medico che ha firmato la richiesta di ricovero, lo ha ritenuto urgente?

- NO 1
 Sì, urgente 2
 Sì, molto urgente 3

10.8 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, chi ha scelto l'ospedale in cui ricoverarsi?

- Lei stesso 1
 Un parente o amico 2
 Il medico di famiglia o pediatra 3
 Un medico specialista dell'ospedale 4
 Un medico specialista privato 5
 Il personale del 118/medico del pronto soccorso 6
 Altro 7

(specificare)

10.9 Per quale motivo si è ricoverato?

(possibili più risposte)

- Cure mediche 1
- Incidente/infortunio 2
- Parto o nascita 3
- Accertamenti per controllo dello stato di salute 4
- Intervento chirurgico 5
- Riabilitazione 6
- Altro 7

(specificare)

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

- Pubblica 1
- Privata convenzionata 2
- Privata non convenzionata 3

10.11 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

- Ha fiducia nella competenza dei medici della struttura cui si è rivolto 01
- Per motivi economici 02
- In questa struttura la fila d'attesa era più breve 03
- È una struttura particolarmente attrezzata 04
- Conosce un medico di sua fiducia nella struttura alla quale si è rivolto 05
- È una struttura confortevole 06
- È la struttura più comoda da raggiungere 07
- È l'unica nella zona 08
- Non ha scelto, è stato ricoverato tramite pronto soccorso 09
- Altro 10

(specificare)

ATTENZIONE!

- Le persone ricoverate tramite pronto soccorso (codice 2 a domanda 10.6) passano a domanda 10.14.
- Continuare per TUTTI gli altri

10.12 È riuscito a ricoverarsi più o meno nei giorni per i quali era necessario oppure ha dovuto aspettare?

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nel precedente ricovero/ accertamento/visita 1 *passare a*
- NON ho dovuto aspettare 2 *domanda 10.14*
- Ho dovuto aspettare 3

(Se ha dovuto aspettare)

10.13 Quanto tempo ha dovuto attendere per ottenere l'ultimo ricovero?

- Fino a 10 giorni 1
- Da 11 a 30 giorni 2
- Da oltre 30 giorni fino a 60 giorni 3
- Da oltre 60 giorni fino a 3 mesi 4
- Da oltre 3 mesi fino a 6 mesi 5
- Da oltre 6 mesi fino a un anno 6
- Oltre un anno 7 → N. di mesi

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

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

- Sì 1
- NO, in un altro Comune della stessa Provincia 2 *passare a domanda 10.16*
- NO, in un'altra Provincia della stessa Regione 3
- NO, in un'altra Regione 4
- NO, Estero 5

(Se ricoverato in un'altra Regione o Estero)

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

(possibili più risposte)

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

(specificare)

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

10.16 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, è stato:

- Completamente gratuito 1
- A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
 - parziale dalla assicurazione privata/aziendale 2
 - totale dalla assicurazione privata/aziendale 3
- Completamente a spese sue o della sua famiglia 4

10.17 È stato assistito durante le notti trascorse in ospedale da persone esterne alla struttura, familiari e non, gratuitamente o a pagamento?

NO..... 1 → passare alla Sezione 11
Sì..... 2

(Se Sì)

10.18 Da quali persone?

(possibili più risposte)

Familiari o parenti..... 1
Amici, colleghi, vicini di casa o altre persone non retribuite 2
Personale a pagamento3

11. DAY HOSPITAL

(PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a servizi di day hospital? (Per day hospital si intende il ricovero o i cicli di ricoveri programmati limitati ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento)

NO..... 1
Sì.....2 → N. complessivo di giornate....

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

Nessuna giornata00 → passare alla Sezione 12
N. giornate.....

(Per le persone ricoverate in day hospital negli ultimi 12 mesi)

11.3 Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi, per il ricovero o i ricoveri in day hospital sono state aperte una o più cartelle cliniche?

NO..... 1
Sì..... 2

11.4 Consideri l'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital negli ultimi 12 mesi, per quale motivo vi ha fatto ricorso?

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

(specificare)

11.5 L'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital negli ultimi 12 mesi, quante ore è durato il ricovero, escludendo il tempo trascorso in sala d'attesa?

Meno di 1 ora 00
N. ore

11.6 In quale tipo di struttura è avvenuto l'ultimo ricovero in day hospital?

Pubblica 1
Privata convenzionata 2
Privata non convenzionata 3

11.7 Consideri l'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital, il ricovero è stato:

Completamente gratuito 1
A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
- parziale dalla assicurazione privata/aziendale..... 2
- totale dalla assicurazione privata/aziendale..... 3
Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket)..... 4
Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

12. INTERVENTI CHIRURGICI

(PER TUTTI)

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

NO 1
Sì 2 → N. di interventi

13. SERVIZI SANITARI DI RIABILITAZIONE

(PER TUTTI)

13.1 Negli ultimi tre mesi si è sottoposto a trattamenti di riabilitazione (fisioterapia, riabilitazione al linguaggio, riabilitazione della vista, massoterapia, laserterapia, ionoforesi, ecc.)?

Escludere i trattamenti avvenuti durante eventuali ricoveri

NO 1 → passare alla Sezione 14
Sì 2 → N. di volte complessive

(Se si è sottoposto negli ultimi 3 mesi a trattamenti di riabilitazione)

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

Specificare
.....
.....

13.3 Consideri l'ultimo ciclo di trattamenti, la prestazione è stata:

Completamente gratuita 1
A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
- parziale dalla assicurazione privata/aziendale..... 2
- totale dalla assicurazione privata/aziendale..... 3
Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket)..... 4
Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

14. ALTRI SERVIZI

(PER TUTTI)

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

NO.....1
 Sì.....2 → N. di volte

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

NO.....1
 Sì.....2 → N. di volte

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

NO.....1
 Sì.....2 → N. di volte

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

Nessun ricorso00
 N. di volte

15. TERAPIE NON CONVENZIONALI

(PER TUTTI)

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ, GLI ALTRI VANNO A DOMANDA 15.2)

15.1 Si sente parlare spesso di alcuni tipi di terapie non convenzionali: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe), trattamenti manuali per l'apparato osteoarticolare (osteopatia, chiropratica, ...). Ritieni che siano utili?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Agopuntura.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Omeopatia.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro (specificare).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
.....		

(PER TUTTI)

15.2 Negli ultimi 3 anni ha fatto uso dei seguenti tipi di terapie non convenzionali? Se sì, ne ha fatto uso per la **prima volta** negli ultimi 12 mesi?

(Rispondere per ciascun tipo di terapia non convenzionale)

	Uso negli ultimi 3 anni		(Se Sì) Uso per la prima volta negli ultimi 12 mesi	
	NO	Sì	NO	Sì
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
.....				
.....				

ATTENZIONE!

- Le persone che **NON** hanno fatto uso di terapie non convenzionali passano alla Sezione 16.
- Continuare per **TUTTI** gli altri.

(Se ha fatto uso di almeno una terapia non convenzionale negli ultimi 3 anni)

15.3 Ritieni di averne avuto benefici?

(una risposta per ogni riga)

	Non ne ha fatto uso	NO	Sì	Sì, solo in parte
Agopuntura.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Omeopatia.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (escluso massaggi estetici).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro (specificare).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
.....				

(Se ha fatto uso di omeopatia o fitoterapia negli ultimi 3 anni)

15.4 Negli ultimi 12 mesi....

Si è curato solo con prodotti omeopatici o fitoterapici..... 1

Si è curato prevalentemente con prodotti omeopatici o fitoterapici ma talvolta è ricorso anche ai farmaci tradizionali..... 2

Si è curato prevalentemente con farmaci tradizionali ma talvolta è ricorso a prodotti omeopatici o fitoterapici..... 3

Non si è curato con prodotti omeopatici o fitoterapici negli ultimi 12 mesi 4

16. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE (PER TUTTI)

16.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto la vaccinazione antinfluenzale?

NO..... 1 Sì.....2

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le persone fino a 2 anni.
- Continuare per le persone di 3 anni e più.

17. ATTIVITÀ FISICA (PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

17.1 Nel suo tempo libero, pratica, almeno una volta la settimana:

(Leggere tutte le risposte e compilare riga per riga)

(Se sì)

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

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le persone fino a 14 anni.
- Continuare per le persone di 15 anni e più.

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

17.2 Quanto tempo in ore e minuti dedica mediamente alla settimana al lavoro domestico e familiare (facende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti):

Non svolge attività 00 → passare a Sezione 18

N. ore N. minuti

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

Sì, scarsa..... 1

Sì, moderata 2

Sì, pesante, fino al punto di sudare 3

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le persone fino a 17 anni.
- Continuare per le persone di 18 anni e più.

18. PREVENZIONE (PER LE PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)

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

(una risposta per ogni colonna)

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

(Se ha effettuato almeno un controllo)

18.2 Generalmente ha effettuato i controlli:

(una risposta per ogni controllo effettuato)

	Colesterolo	Glicemia (zucchero nel sangue)	Pressione arteriosa
Su indicazione medica.....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Per sua iniziativa o di un altro familiare.....4	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altro (<i>specificare</i>).....7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
.....			

(PER TUTTE LE PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)

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

NO 1

Sì 2

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le donne fino a 24 anni e per gli uomini fino a 44 anni.
- Le donne da 25 a 44 anni passano a sezione 19.
- Continuare per TUTTE le persone di 45 anni e più.

PER LE PERSONE DI 45 ANNI E PIÙ)

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

NO.....1 → andare al riquadro

Sì.....2

(Se Sì)

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

Età (in anni compiuti).....

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

Non ho effettuato altri accertamenti dopo il primo00

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

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per tutti gli uomini.
- Continuare per le donne di 45 anni e più.

19. PREVENZIONE FEMMINILE

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

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

NO.....1 → passare a domanda 19.8

Sì.....2

(Se Sì)

19.2 A che età ha eseguito il primo pap test?

Età (in anni compiuti).....

19.3 Ha eseguito altri pap test dopo il primo?

NO.....1 → passare a domanda 19.6

Sì.....2

(Se Sì)

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

Almeno una volta l'anno 1

Ogni due anni 2

Ogni tre anni 3

Oltre i tre anni 4

19.5 A che età ha effettuato l'ultimo pap test?

Età in anni compiuti in cui ha effettuato l'ultimo pap test.....

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

Di propria iniziativa 1

Su consiglio di un medico generico 2

Su consiglio di un medico specialista 3

Su invito di una struttura sanitaria pubblica (programma di screening)..... 4

Altro 5

(specificare)

19.7 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato:

Pubblica.....1

Privata convenzionata 2

Privata non convenzionata 3

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

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

NO.....1 Qui finisce il questionario

Sì.....2

(Se Sì)

19.9 A che età ha eseguito la prima mammografia?

Età (in anni compiuti).....

19.10 Ha eseguito altre mammografie dopo la prima?

NO 1 → passare a domanda 19.13

Sì.....2

(Se Sì)

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

Almeno una volta l'anno1

Ogni due anni 2

Ogni tre anni 3

Oltre i tre anni 4

19.12 A che età ha effettuato l'ultima mammografia?

Età in anni compiuti in cui ha effettuato l'ultima mammografia.....

Scheda individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda generale)

19.13 Facendo riferimento all'ultima mammografia è stata eseguita:

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

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

- Pubblica 1
- Privata convenzionata 2
- Privata non convenzionata 3

RISERVATO AL RILEVATORE

Il componente familiare ha risposto personalmente ai quesiti?

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

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

QUESTIONARIO FAMILIARE – PARTE SECONDA

1. AIUTI E SERVIZI DI CUI SI AVVALE LA FAMIGLIA

1.1 La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone NON conviventi?
(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Parenti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Amici.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vicini.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Personne appartenenti ad una associazione di volontariato.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altre persone.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

1.2 La famiglia si è avvalsa (anche se saltuariamente) dell'aiuto delle seguenti persone:
(una risposta per A ed una per B)

A) Assistente domiciliare/sociale, incaricato dal Comune, che svolge attività di aiuto esclusivamente di tipo non sanitario per un anziano o disabile della famiglia (fare la spesa, fare pulizie, ecc.)

NO 1

Sì, parzialmente a spese della famiglia 2 → N. ore

Sì, gratuitamente.....3 → N. ore

B) Assistente domiciliare/sociale, incaricato dalla ASL, che svolge attività di aiuto esclusivamente di tipo non sanitario per un anziano o disabile della famiglia (consegna farmaci, pannoloni, ecc.)

NO 1

Sì, parzialmente a spese della famiglia 2 → N. ore

Sì, gratuitamente.....3 → N. ore

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

	NO	Sì	Per quante ore a settimana?
Collaboratore/i domestico/i.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	N. ore <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saltuariamente 000 <input type="checkbox"/>
Baby sitter.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	N. ore <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saltuariamente 000 <input type="checkbox"/>
Persona che assiste un anziano o un disabile.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	N. ore <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saltuariamente 000 <input type="checkbox"/>

2. L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

(Con riferimento all'abitazione principale specificare)

2.1 A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

Affitto e subaffitto..... 1

Proprietà..... 2

Usufrutto..... 3

Titolo gratuito 4

Altro..... 5

2.2 Di quante stanze si compone l'abitazione?

(comprendere anche la cucina se ha caratteristiche di stanza)
N. di stanze

2.3 L'abitazione dispone di bagno con vasca e/o doccia?

NO..... 1

Sì.....2 → N. di bagni

2.4 L'abitazione dispone di telefono fisso?

NO..... 1

Sì.....2 → N. di linee telefoniche

2.5 Ci sono dei componenti della famiglia che possiedono il telefono cellulare?

NO..... 1

Sì.....2

2.6 L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO..... 1

Sì.....2

Sì, ma inutilizzabile.....3

2.7 L'ingresso unico o principale dell'abitazione su quale piano si trova?

Seminterrato..... 1

Pianterreno..... 2

Numero di piano.....

2.8 Esistono scale interne all'abitazione per raggiungere camere o servizi (ad esclusione di ambienti non abitabili come cantine, soffitta, garage, locale magazzino, ecc.)?

NO..... 1

Sì.....2

2.9 Esiste un ascensore nell'edificio?

NO..... 1

Sì.....2

QUESTIONARIO FAMILIARE – PARTE SECONDA

2.10 Si verificano uno o più dei seguenti problemi?

(una risposta per ogni riga)

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

3. RISORSE DELLA FAMIGLIA

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

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

3.2 A quanto ammonta approssimativamente il reddito netto complessivo mensile della sua famiglia?

(sommare tutte le entrate nette sue e dei suoi familiari)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|,0|0| in euro approssimativamente

3.3 Lei e la sua famiglia sareste disponibili ad una intervista simile a questa, fra due anni?

- NO..... 1
 Sì..... 2

RISERVATO AL RILEVATORE

Chi ha risposto alle domande?

Per le famiglie con più di un componente

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

Da un componente 1

Da più componenti 2

Se le risposte sono state fornite da un solo componente, specificare il numero d'ordine del componente che ha fornito le risposte ai quesiti della Scheda Familiare (cfr. col. 1 della Scheda Generale)..... N. _____

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista -

1) Tipo di abitazione

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

2) Disponibilità familiare verso l'intervista

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

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

La ricerca è un importante strumento di osservazione delle condizioni di salute della popolazione e concorre alla costruzione di un sistema informativo estremamente utile per chi deve operare in campo sanitario, come operatore, come amministratore o come decisore. Molte delle informazioni (ad es. percezione delle condizioni di salute, psico-fisica) non sono tutte reperibili presso le strutture sanitarie o da altre fonti amministrative, mentre è possibile ottenerle mediante rilevazioni presso le famiglie.

La rilevazione sulle **“Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (cod. Istat 01426)** è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 2004-2006. L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere queste attività di ricerca, ad utilizzare le informazioni nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale esclusivamente a fini statistici e a comunicarle in forma aggregata, in modo tale, cioè, che non se ne possa fare alcun riferimento individuale assicurando in tal modo la massima riservatezza.

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

Ai sensi dell'art. 7, comma 2 del d.lgs. n. 322/1989, l'intervistato potrà decidere se rispondere o meno ai quesiti di natura “sensibile” che riguardano direttamente le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari (*). Le saremo comunque grati se, data l'importanza della ricerca, vorrà fornire tutte le informazioni che le verranno richieste.

Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero 06/59524610 (ore 9,00-13,00).

Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto Nazionale di Statistica, via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile dello stesso è il Direttore della Direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita.

Durante tutto il periodo in cui saranno in corso le operazioni di rilevazione sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs. 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita, via Adolfo Ravà, 150 - 00140 Roma.

(*) L'obbligo di fornire i dati richiesti sussiste solo per i quesiti di seguito indicati:

- questionario individuale: tutti i quesiti delle sezioni 1, 2, 3, 4; i quesiti 7.1 e 7.2; tutti i quesiti della sezione 16;
- questionario familiare: tutti i quesiti della parte seconda.
- questionario per autocompilazione: tutti i quesiti delle sezioni 6 e 7; i quesiti da 8.1 a 8.6, il quesito 8.8, i quesiti da 8.10 a 8.12, da 8.18 a 8.20, da 8.22 a 8.29; i quesiti da 9.1 a 9.4, da 9.6 a 9.7, da 9.10 a 9.15; tutti i quesiti della sezione 10 tranne il 10.3.

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322 e successive modificazioni ed integrazioni “Norme sul Sistema statistico nazionale e sull'organizzazione dell'Istituto Nazionale di Statistica” - articoli 6bis (trattamenti di dati personali), 7 (obbligo di fornire dati statistici), 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), 13 (programma statistico nazionale);
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” - articoli 2 (finalità), 4 (definizioni), 7-10 (diritti dell'interessato), 13 (informativa), 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale” (all. A3 al Codice in materia di protezione dei dati personali – d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2004 - Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004 - 2006 (Suppl.ord. n. 134 alla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2004 - serie generale – n.177);
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 luglio 2004 - Approvazione delle rilevazioni statistiche rientranti nel Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004 - 2006 che comportano l'obbligo di risposta, ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 6 settembre 1989 n. 322 (G.U. n. 188 del 12 agosto 2004).



ISTAT

SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**CONDIZIONI DI SALUTE
E RICORSO AI SERVIZI
SANITARI 2004 - 2005**

A	MESE <input type="text"/> <input type="text"/>
----------	--

1	Provincia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Comune <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Sezione di Censimento <input type="text"/>

2	<i>(a cura del Comune)</i> Numero d'ordine <u>definitivo</u> della famiglia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Da 0001 al totale dei modelli ISTAT/IMF-8/A compilati dal Comune nel trimestre

3	Numero d'ordine della famiglia nel Mod. ISTAT IMF-8/2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Da 00001 al totale delle famiglie del Mod. ISTAT IMF-8/2 nel trimestre

**Questionario per autocompilazione
(componente n.)**

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

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

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

Abbiamo, dunque, bisogno della sua collaborazione. Il questionario è articolato in 11 sezioni che si riferiscono ad argomenti diversi. Per aiutarci la preghiamo di osservare le seguenti indicazioni:

- legga con attenzione ogni singolo quesito, comprese le note evidenziate in rosso o riportate in parentesi e risponda mettendo una croce sul riquadro corrispondente alla risposta che ha scelto, così ;
- ove non è precisato che sono possibili più risposte, è necessario fornire una sola risposta;
- alcune volte troverà uno spazio per scrivere dei numeri. Scriva il numero all'interno dello spazio, così 6 o così ;
- via via che compilerà il questionario, troverà delle indicazioni su come proseguire. Controlli sempre a chi è rivolta la sezione o la domanda; se non la riguarda la salti e controlli se deve rispondere a quella successiva;
- presti attenzione al periodo di tempo cui si riferiscono le domande (ad es. ultime 4 settimane, ultimi 12 mesi, ecc.);
- utilizzi le modalità di risposta "altro specificare" solo se non riesce a collocarsi tra le risposte previste.

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

Le siamo molto grati per la sua gentile disponibilità

Data di nascita

Giorno

Mese

Anno

Sesso

Maschio1

Femmina2

1. STATO DI SALUTE PERCEPITO

(PER TUTTI)

1.1 Come va in generale la sua salute?

Molto bene 1

Bene 2

Discretamente 3

Male 4

Molto male 5

ATTENZIONE!

- Le persone con meno di 14 anni vanno alla Sezione 2.
- Continuare per TUTTI gli altri.

(Per le persone di 14 anni e più)

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

Sì, mi limita parecchio 1

Sì, mi limita parzialmente 2

NO, non mi limita per nulla 3

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

Sì, mi limita parecchio 1

Sì, mi limita parzialmente 2

NO, non mi limita per nulla 3

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

NO 1

Sì 2

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

NO 1

Sì 2

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

NO 1

Sì 2

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

NO 1

Sì 2

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

Per nulla 1

Poco 2

Moderatamente 3

Abbastanza 4

Molto 5

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

Sempre 1

Quasi sempre 2

Molto tempo 3

Una parte del tempo 4

Quasi mai 5

Mai 6

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

Sempre 1

Quasi sempre 2

Molto tempo 3

Una parte del tempo 4

Quasi mai 5

Mai 6

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

Sempre 1

Quasi sempre 2

Molto tempo 3

Una parte del tempo 4

Quasi mai 5

Mai 6

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

- Sempre 1
- Quasi sempre..... 2
- Una parte del tempo3
- Quasi mai..... 4
- Mai 5

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

- Sempre 1
- Quasi sempre..... 2
- Molto tempo3
- Una parte del tempo 4
- Quasi mai..... 5
- Mai6

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

- Sempre 1
- Quasi sempre..... 2
- Molto tempo3
- Una parte del tempo 4
- Quasi mai..... 5
- Mai6

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

- Sempre 1
- Quasi sempre..... 2
- Molto tempo3
- Una parte del tempo 4
- Quasi mai..... 5
- Mai6

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

- Sempre 1
- Quasi sempre..... 2
- Molto tempo3
- Una parte del tempo 4
- Quasi mai..... 5
- Mai6

1.17 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito sfinito?

- Sempre..... 1
- Quasi sempre2
- Molto tempo..... 3
- Una parte del tempo.....4
- Quasi mai 5
- Mai 6

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

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

1.19 Descriverebbe se stesso come una persona abitualmente:

- Felice e interessata alla vita1
- Abbastanza felice 2
- Abbastanza infelice3
- Infelice con poco interesse nella vita..... 4
- Così infelice che le sembra che la vita non abbia valore.....5

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

(Se Sì, possibili più risposte)

- NO..... 01
- Se Sì, quali:
 - Perdita del lavoro sua o di un suo familiare (periodo disoccupazione, licenziamento, fallimento, ecc.)..... 02
 - Gravi problemi economici (inclusi sfratto e indebitamento, ecc.)..... 03
 - Una sua grave malattia o incidente/infortunio 04
 - Una grave malattia o incidente/infortunio che ha colpito un suo familiare o persona cara..... 05
 - Grave rottura del rapporto di coppia (separazione, divorzio, ecc.) 06
 - Decesso di un familiare o di una persona cara..... 07
 - Gravi problemi familiari (problemi con figli o altri familiari)..... 08
 - Uscita dei figli dalla famiglia 09
 - Altro..... 10

(specificare)

2. MALATTIE CRONICHE O DI LUNGA DURATA (PER TUTTI)

È affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche?

Se Sì, indichi se è stata diagnosticata da un medico, a che età le è stata diagnosticata dal medico per la prima volta, se ne è stato affetto negli ultimi 12 mesi e se, per questa malattia, ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi (rispondere per ciascuna malattia).

È affetto o è stato affetto in passato da:	(Se Sì)			
	È stata diagnosticata da un medico?	A che età le è stata diagnosticata da un medico per la prima volta?	Ne è stato affetto negli ultimi 12 mesi?	Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi?

2.1 Asma						
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/>			
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	
<i>(Se soffre o ha sofferto di asma)</i> 2.1a È o è stato un asma di tipo allergico?		NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>				

2.2 Allergia (escludendo asma allergico)					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

2.3 Diabete					
NO	1 <input type="checkbox"/>				
Sì	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

2.4 Cataratta					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

2.5 Ipertensione (pressione arteriosa alta)					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

2.6 Infarto del miocardio					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ho avuto <u>un</u> episodio	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
Sì, ho avuto <u>più</u> episodi	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

2.7 Angina pectoris					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

<i>(Se Sì)</i>				
È affetto o è stato affetto in passato da:	È stata diagnosticata da un medico?	A che età le è stata diagnosticata da un medico <u>per la prima volta</u> ?	Ne è stato affetto negli <u>ultimi 12 mesi</u> ?	Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli <u>ultimi 12 mesi</u> ?

2.8 Altre malattie del cuore				
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>			
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

2.9 Ictus, emorragia cerebrale				
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>			
Sì, ho avuto <u>un</u> episodio	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →
Sì, ho avuto <u>più</u> episodi	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

2.10 Bronchite cronica, enfisema				
NO	1 <input type="checkbox"/>			
Sì	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

2.11 Artrosi, artrite				
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>			
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

2.12 Osteoporosi				
NO	1 <input type="checkbox"/>			
Sì	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

2.13 Ulcera gastrica o duodenale				
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>			
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

2.14 Tumore maligno (<i>inclusi</i> linfoma / leucemia)				
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>			
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

2.15 Cefalea o emicrania ricorrente				
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>			
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →

<i>(Se Sì)</i>					
È affetto o è stato affetto in passato da:	È stata diagnosticata da un medico?	A che età le è stata diagnosticata da un medico <u>per la prima volta</u> ?	Ne è stato affetto negli <u>ultimi 12 mesi</u> ?	Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli <u>ultimi 12 mesi</u> ?	
2.16 Ansietà cronica e depressione					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.17 Alzheimer, demenze senili					
NO	1 <input type="checkbox"/>				
Sì	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.18 Parkinsonismo					
NO	1 <input type="checkbox"/>				
Sì	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.19 Altre malattie del sistema nervoso					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.20 Calcolosi del fegato o delle vie biliari / calcolosi renale					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.21 Cirrosi epatica					
NO	1 <input type="checkbox"/>				
Sì	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.22 Malattie della tiroide					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Sì	3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.23 Gravi malattie della pelle					
NO, mai	1 <input type="checkbox"/>				
Sì, <i>(specificare)</i>	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
2.24 Altra malattia o condizione patologica					
	 <i>(specificare indicando una sola malattia)</i>			
Sì, ne ho sofferto in passato	1 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Sì	2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> →	Età <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> → Sì 2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

3. APPARECCHI SANITARI (PER TUTTI)

3.1 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
- Apparecchi correttivi per denti 3
- Scarpe ortopediche 4
- Busti 5
- Altri apparecchi o protesi 6
-
- (specificare)*
- Nessun apparecchio 7

4. CONSUMO DI FARMACI (PER TUTTI)

4.1 Negli ultimi 2 giorni precedenti l'intervista ha fatto uso di farmaci?

- NO 1
- Sì 2 → passare a domanda 4.3

(Se NON ha fatto uso di farmaci negli ultimi 2 giorni)

4.2 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci?

- NO 1 → passare a domanda 4.4
- Sì 2

(Se ha fatto uso di farmaci)

4.3 Ha preso farmaci:

(possibili più risposte)

- Su prescrizione o consiglio di un medico 1
- Di propria iniziativa 2
- Su iniziativa dei genitori 3
- Su indicazione di altra persona (amico, familiare, ecc.) 4
- Non so/non ricordo 5

(PER TUTTI)

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

- Sì, tutti i giorni 1
- Sì, più di una volta la settimana (meno di 7 volte) 2 → passare a domanda 4.6
- Sì, ma più raramente 3
- NO 4

(Se assume tutti i giorni i farmaci prescritti)

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

Numero → passare alla Sezione 5

(Se non assume tutti i giorni i farmaci prescritti)

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

- NO 1
- Sì, per meno di un mese 2
- Sì, per circa un mese 3
- Sì, per circa due mesi 4
- Sì, per oltre 2 mesi 5

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per i bambini con meno di 3 anni.
- Continuare per TUTTI gli altri.

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

ATTENZIONE! Per i ragazzi minori di 18 anni la sezione deve essere compilata da un genitore o insieme ad un genitore

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

- Negli ultimi 6 mesi 1 → andare a domanda 5.2
- Oltre 6 mesi fa fino ad un anno ... 2
- Oltre un anno fa fino a 3 anni 3 → andare al riquadro
- Più di 3 anni fa 4
- NON è mai stato dal dentista 5

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le persone con meno di 14 anni che non sono state dal dentista / ortodontista nell'ultimo anno.
- Le persone di 14 anni e più vanno a domanda 5.8.

(Solo per chi è stato dal dentista nell'ultimo anno)

5.2 Quante volte è stato dal dentista/ortodontista negli ultimi 12 mesi:

N. di volte

5.3 Si è rivolto prevalentemente a:

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

5.4 Si può andare dal dentista per un'otturazione, per un'estrazione o per un altro trattamento. Negli **ultimi 12 mesi** per quali dei seguenti trattamenti è stato dal dentista e quanti ne ha fatti?

ATTENZIONE! Se Sì, indichi il numero di otturazioni, estrazioni, altro tipo di trattamenti, oppure, solo dove specificamente richiesto, il numero di sedute o visite.

(rispondere per ogni riga)

A) PER TUTTI

			<i>Se Sì</i>
	NO	Sì	N. trattamenti negli ultimi 12 mesi
Estrazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	N. estrazioni <input type="text"/> <input type="text"/>
Otturazione (cura della carie)	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	N. otturazioni <input type="text"/> <input type="text"/>
Pulizia dei denti (ablazione tartaro)	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	N. pulizie <input type="text"/> <input type="text"/>
Visita solo per controllo	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	N. visite solo per controllo <input type="text"/> <input type="text"/>
Apparecchio correttivo per denti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	N. sedute <input type="text"/> <input type="text"/>

B) PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ - GLI ALTRI PASSANO A DOMANDA 5.5

			<i>Se Sì</i>
	NO	Sì	N. trattamenti negli ultimi 12 mesi
Devitalizzazione / cura canalare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	N. denti curati o devitalizzati <input type="text"/> <input type="text"/>
Dentiera/ protesi mobile	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	N. protesi <input type="text"/> <input type="text"/>
Ponti, corone e/o capsule	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	N. ponti, corone e/o capsule <input type="text"/> <input type="text"/>
Impianti	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	N. denti impiantati <input type="text"/> <input type="text"/>
Cura di malattie parodontali (infiammazioni delle gengive e dell'osso di sostegno del dente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	N. sedute <input type="text"/> <input type="text"/>

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

5.5 Negli **ultimi 12 mesi** si è sottoposto ad altri trattamenti?

NO 1

Sì 2

Se Sì, quali:.....

.....
(specificare)

5.6 Prevalentemente i trattamenti cui si è sottoposto negli **ultimi 12 mesi**, sono stati:

Completamente gratuiti 1 → **andare al riquadro**

A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso :

- totale dalla assicurazione privata/aziendale (100%)..... 2

- parziale dalla assicurazione privata/aziendale fino al 50%..... 3

- parziale dalla assicurazione privata/aziendale oltre il 50%..... 4

Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket)..... 5

Completamente a sue spese o della sua famiglia 6

Altro..... 7

(specificare)

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

Ammontare in € . ,

oppure in Lire . .

ATTENZIONE!
- Qui finisce il questionario per tutti i minori di 14 anni
- Continuare per TUTTI gli altri.

5.8 **Quanti denti Le sono caduti o Le sono stati estratti? Escluda i denti del giudizio e quelli da latte**

Tutti 1

Alcuni 2 → N.

Nessuno 3 → **passare a Sezione 6**

(Solo per chi ha risposto che gli sono caduti o gli sono stati estratti alcuni denti o tutti i denti)

5.9 **Quanti dei denti caduti o estratti ha sostituito con ponti, dentiere o impianti fissi?**

Tutti i denti caduti o estratti 1

Solo alcuni denti caduti o estratti 2 → N.

Nessuno dei denti caduti o estratti 3

passare a Sezione 6

(Solo per le persone che non hanno denti propri e li hanno sostituiti tutti)

5.10 **Ha una dentiera mobile completa o un impianto fisso completo?**

Dentiera mobile completa..... 1

Impianto fisso completo..... 2

6. CONSUMO DI TABACCO

(PER LE PERSONE DI 14 ANNIE PIÙ)

6.1 Lei attualmente fuma?

- Sì 1
- NO, ma ho fumato in passato..... 2
- NO, non ho mai fumato 3 → andare al riquadro

(Per FUMATORI ed EX FUMATORI)

6.2 A che età ha iniziato a fumare?

Età in anni compiuti → gli ex fumatori passano a domanda 6.7

(Solo per i FUMATORI)

6.3 Con quale frequenza fuma attualmente?

- Tutti i giorni 1
- Occasionalmente 2 → passare a domanda 6.6

6.4 Prevalentemente che cosa fuma attualmente?

- Sigari 1 / passare a domanda 6.6
- Pipa 2 /
- Sigarette 3

(Solo per chi fuma tutti i giorni prevalentemente sigarette)

6.5 Quante sigarette fuma, in media, al giorno?

N.

(Per TUTTI I FUMATORI)

6.6 Negli ultimi 12 mesi ha provato a smettere di fumare?

(possibili più risposte)

- NO 1
- Sì, da solo senza aiuti 2
- Sì, con l'aiuto di un medico 3
- Sì, partecipando a gruppi di aiuto 4 → andare al riquadro
- Sì, con l'assunzione di farmaci tradizionali (inclusi cerotto e simili) 5
- Sì, ricorrendo a terapie non convenzionali (agopuntura, fitoterapia, ecc) 6
- Sì, con altro metodo 7

(specificare)

(Solo per gli EX FUMATORI)

6.7 Come è riuscito a smettere di fumare?

(possibili più risposte)

- Da solo senza aiuti 1
- Con l'aiuto di un medico 2
- Partecipando a gruppi di aiuto 3
- Con l'assunzione di farmaci tradizionali (inclusi cerotto e simili) 4
- Ricorrendo a terapie non convenzionali (agopuntura, fitoterapia, ecc) 5
- Con altro metodo 6

(specificare)

6.8 A che età ha smesso di fumare?

Età in anni compiuti

6.9 Con quale frequenza fumava in passato?

- Tutti i giorni 1
- Occasionalmente 2 → andare al riquadro

(Solo per chi fumava tutti i giorni in passato)

6.10 Prevalentemente che cosa fumava in passato?

- Sigari 1 / andare al riquadro
- Pipa 2 /
- Sigarette 3

(Solo per chi fumava prevalentemente sigarette)

6.11 Quante sigarette fumava, in media, al giorno in passato?

N.

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per i maschi con meno di 18 anni.
- Le donne dai 15 ai 17 anni passano a Sezione 8.
- Tutte le persone di 18 anni e più passano a Sezione 7

7. OPINIONI SU ALCUNI SERVIZI DI PUBBLICA UTILITÀ

(PER LE PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)

7.1 Quando è necessario prendere una decisione importante per la Sua salute, Lei solitamente a chi si rivolge?

(una sola risposta, la prevalente)

- Sente dei pareri ma poi sceglie Lei 1
- Si rivolge al medico di famiglia 2
- Si rivolge ad un medico specialista della ASL . 3
- Si rivolge ad un medico privato di Sua fiducia 4
- Altro 5

(specificare)

7.2 A suo parere, il Servizio Sanitario Pubblico in Italia, negli ultimi 12 mesi:

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

7.3 Che giudizio complessivo dà dei seguenti servizi di pubblica utilità? Esprima un voto da 1 a 10

(1 giudizio peggiore, 10 migliore)

Voto

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

7.4 In generale, di quale figura professionale tra le seguenti, ha più fiducia?

(possibili più risposte)

- Medico di famiglia 1
- Medico Ospedaliero 2
- Medico specialista privato 3
- Altro 4

(specificare)

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per tutti gli uomini.
- Le donne continuano.

8. GRAVIDANZA *(PER LE DONNE DI 15 ANNI E PIÙ)*

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

Numero di figli

Nessuno.....00 → qui finisce il questionario per tutte le donne che non hanno figli

8.2 A che età ha avuto il primo o unico figlio?

Età in anni compiuti

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le donne con l'ultimo figlio di 6 anni e più. Tutte le altre donne continuano.

(Solo per le donne con l'ultimo figlio con meno di 6 anni)

8.3 Qual è la data di nascita del suo ultimo figlio?

Giorno Mese Anno

Consideri ora la gravidanza per l'ultimo figlio che ha avuto.

8.4 Era stata informata circa la possibilità della diagnosi prenatale per sapere di eventuali malattie del feto?

NO 1

Sì 2

8.5 Ha fatto ricorso alle seguenti tecniche di diagnosi prenatale?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ	NON SO
Dosaggio alfa feto proteina.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Prelievo villi coriali (villocentesi).....	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Amniocentesi.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Ecografia morfologico-fetale (del 5° mese).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tri-test.....	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(specificare)

(Se ha fatto ricorso ad almeno una tecnica di diagnosi prenatale, le altre passano a domanda 8.7)

8.6 Per gli esami eseguiti è ricorso più frequentemente a:

- Una struttura pubblica 1
- Una struttura privata convenzionata..... 2
- Una struttura privata..... 3

(Per TUTTE)

8.7 Quante volte ha eseguito le analisi del sangue durante la gravidanza?

- Mai 1
- Una volta 2
- Due volte 3
- Tre volte 4
- Quattro volte o più 5

8.8 A quale mese di gravidanza ha effettuato la prima visita?

- Mai effettuata 0 → passare a domanda 8.11
- Mese

(Se ha eseguito almeno una visita)

8.9 Quante altre visite ha eseguito dopo la prima?

N. visite

8.10 Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza?

- Medico di famiglia 1
- Ginecologo/a privato 2
- Ginecologo/a privato che lavora anche in ospedale 3
- Ginecologo/a di una struttura pubblica 4
- Ostetrica/o 5
- Nessuno 6

(Per TUTTE)

8.11 È stata assistita prevalentemente presso un consultorio pubblico?

- NO 1
- Sì 2

8.12 A quale mese di gravidanza ha effettuato la prima ecografia?

- Mai effettuata..... 0 → passare a domanda 8.14
- Mese

(Se ha eseguito almeno un'ecografia)

8.13 Quante altre ecografie ha eseguito dopo la prima?

N. ecografie.....

(Per TUTTE)

8.14 Ha avuto disturbi durante la gravidanza?

- NO 1 → passare a domanda 8.18
- Sì 2

(Se ha avuto disturbi durante la gravidanza)

8.15 Quali dei seguenti disturbi ha avuto in gravidanza?
(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Nausea/vomito.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Infezioni delle vie urinarie.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Patologia venosa (gonfiore degli arti inferiori, mani, vene varicose, ecc.).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Disturbi dovuti al diabete.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Disturbi dovuti all'ipertensione.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Gestosi.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Minaccia di parto pre-termine.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Minaccia d'aborto.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
.....		

(specificare)

8.16 Nel corso della gravidanza è dovuta stare a letto per più di una settimana per proteggere il bambino?

NO 1

Sì 2

8.17 È stata ricoverata durante la gravidanza per proteggere il bambino, escluda i giorni del parto?

NO 1

Sì, meno di 7 giorni..... 2

Sì, 7-14 giorni..... 3

Sì, 15-30 giorni..... 4

Sì, oltre un mese..... 5

(Per TUTTE)

8.18 Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto?

NO 1

Sì, presso un ospedale 2 *passare a*

Sì, presso un consultorio familiare ... 3 *domanda*

Sì, presso una struttura privata..... 4 *8.20*

(Se NON ha partecipato ad un corso di preparazione al parto)

8.19 Perché non ha seguito un corso di preparazione al parto?

(possibile una sola risposta)

Lo aveva già frequentato durante un'altra gravidanza..... 1

Non lo ritiene utile 2 *passare a*

Non ha trovato una struttura disponibile, o vicina alla propria abitazione..... 3 *domanda*

Per problemi di tempo..... 4 *8.21*

Non ne conoscevo l'esistenza..... 5

Dovevo stare a letto 6

Era già previsto che facessi un cesareo 7

Altro 8

.....

(specificare)

(Se ha partecipato ad un corso di preparazione al parto)

8.20 Il padre del bambino ha partecipato al corso di preparazione al parto?

NO..... 1

Sì, solo qualche volta 2

Sì, più volte 3

(Per TUTTE)

8.21 Durante la gravidanza ha fatto uso dei seguenti integratori?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Calcio o fluoro o ferro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Acido folico.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Preparati polivitaminici.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
.....		

(specificare)

8.22 Di quanti chili è aumentato il suo peso corporeo durante la gravidanza?

Meno di 10 Kg 1

10-15 Kg..... 2

16-20 Kg..... 3

Oltre 20 Kg..... 4

8.23 Fumava prima della gravidanza?

NO..... 1 → *passare a domanda 8.25*

Sì..... 2

(Se fumava prima della gravidanza)

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

Ha sospeso, ma poi ha ripreso dopo la nascita del bambino..... 1

Ha smesso definitivamente 2

Ha diminuito 3

Ha aumentato..... 4

Non ha modificato le sue abitudini..... 5

(Per TUTTE)

8.25 Svolgeva una attività lavorativa prima della gravidanza?

NO..... 1 → *passare alla Sezione 9*

Sì..... 2

(Se Sì)

8.26 A che mese di gravidanza ha smesso di lavorare?

Mese

8.27 Era addetta a mansioni pesanti o potenzialmente nocive?

NO..... 1 → *passare alla Sezione 9*

Sì..... 2

(Se Sì)

8.28 Esattamente quali mansioni nocive e che tipo di lavoro svolgeva (riporti per esteso)?

Specificare
.....

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

NO 1
Sì 2

9. PARTO

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

Le informazioni devono fare riferimento all'ultimo o unico figlio

9.1 A quale mese di gestazione è avvenuto il parto?

Mese

9.2 Si è trattato di un parto gemellare?

NO 1
Sì 2

9.3 Dove ha partorito?

In una struttura pubblica..... 1
In una struttura privata convenzionata 2
In una struttura privata 3
A casa 4

9.4 C'è stata la fase di travaglio prima del parto?

NO 1 → *passare a domanda 9.8*
Sì 2

(Se c'è stata la fase di travaglio)

9.5 Il suo travaglio è stato provocato (indotto)?

NO 1
Sì, prima dell'inizio delle contrazioni.... 2
Sì, dopo che le contrazioni erano iniziate spontaneamente.... 3
Sì, ma non so se prima o dopo l'inizio delle contrazioni.... 4

9.6 Quanto è durato il travaglio?

N. ore

9.7 Chi è stato insieme a lei nella fase del travaglio? (Escluso il personale sanitario)

(possibili più risposte)

Padre del bambino..... 1
Madre..... 2
Altro parente 3
Amica 4
Altro 5
Nessuno 6

(Per TUTTE)

9.8 Prima del parto le è stata praticata un'anestesia?

NO 1
Sì, generale 2
Sì, epidurale 3
Sì, spinale 4
Sì, locale 5

9.9 Come è stato il parto?

Spontaneo 1
Cesareo programmato 2 *passare a*
Cesareo non programmato 3 *domanda 9.12*
È stata utilizzata la ventosa o forcipe 4

(Se il parto NON È STATO CESAREO)

9.10 Spesso si sente parlare di metodi alternativi al parto tradizionale sul lettino ostetrico. Ha avuto la possibilità di scegliere autonomamente la sua posizione di parto?

NO 1
Sì 2

9.11 Come è avvenuto il parto?

Sul lettino ostetrico 1
Sulla sedia ostetrica 2
Stesa sul fianco o in acqua oppure accovacciata..... 3
Altro 4
.....
(specificare)

(Per TUTTE)

9.12 Se avesse potuto scegliere avrebbe preferito partorire:

Con taglio cesareo 1
Con parto spontaneo 2
Con parto spontaneo con anestesia 3

9.13 Chi è stato insieme a lei nel momento in cui è avvenuto il parto? (Escluso il personale sanitario)

Padre del bambino 1
Madre 2 *passare a*
Altro parente 3 *domanda 9.15*
Amica 4
Altro 5
.....
(specificare)
Nessuno 6

(Se Nessuno le è stato vicino durante il parto)

9.14 Perché durante il parto nessuno le è stato vicino?

- Preferivo essere sola, motivi personali 1
Perché la struttura non lo permetteva 2
Perché non avevo nessuno che potesse assistermi 3
Perché nessuno si sentiva di assistermi 4
Altro 5
(specificare)

(Per TUTTE)

9.15 In sala parto Le è stato consentito di tenere vicino a sé suo figlio appena nato?

- NO 1
Sì, come desideravo 2
Sì, ma non come desideravo 3

9.16 Ha avuto uno o più dei seguenti disturbi dopo il parto?

(una risposta per ogni riga)

- Problemi ginecologici..... NO Sì 1 2
Problemi al seno (mastite, ecc.)..... 3 4
Problemi di cicatrizzazione di ferite..... 5 6
Problemi di depressione di breve durata (qualche giorno)..... 7 8
Problemi di depressione duraturi 1 2
Altro..... 3 4
(specificare)

(Se ha avuto in precedenza altri parti)

9.17 Come è stato il suo precedente parto?

- Spontaneo..... 1
Cesareo programmato 2
Cesareo non programmato 3
È stata utilizzata la ventosa o forcipe 4

10. ALLATTAMENTO

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

Le informazioni devono fare riferimento all'ultimo o unico figlio. Se ha avuto dei gemelli si riferisca ad uno solo.

10.1 Quanto pesava il bambino alla nascita?

- meno di 1 Kg 1
Kg [] , grammi [] [] [] Ad es. se pesava 3 chili e 400 gr., indichi Kg [3], grammi [4][0][0]

10.2 Il bambino è oppure è stato allattato al seno?

- NO 1
Sì 2 -> passare a dom. 10.4
Sì, l'allattamento è in corso ... 3 -> passare a dom. 10.5

(Se il bambino NON è stato allattato al seno)

10.3 Qual è il motivo principale per cui il bambino non è stato allattato al seno?

- Perché non avevo latte..... 1
Avevo problemi di salute 2 -> passare a domanda 10.9
Per problemi di salute del bambino 3
Per problemi pratici (ad es. impegni di lavoro, mancanza di tempo, ecc.)..... 4
Il bambino non si attaccava al seno 5
Altro 6
(specificare)

(Se il bambino è stato allattato al seno)

10.4 Che età in mesi aveva il bambino quando l'ha allattato al seno l'ultima volta?

Per indicare l'età in mesi del bambino quando l'ha allattato al seno l'ultima volta, utilizzi il N. mesi e settimane. Ad esempio per indicare 3 mesi e mezzo scriva: Mesi..... I_3] Settimane I_2]

Mesi..... [] [] Settimane..... [] []

10.5 C'è stato un periodo in cui Lei ha allattato il bambino SOLO con latte materno anche facendogli bere acqua o altri liquidi come tè, camomilla, ecc., ma senza aggiungere latte artificiale o latte di origine animale né liquidi nutritivi (succhi di frutta, spremute, ecc.) o cibi solidi o semisolidi?

- NO 1 -> passare a domanda 10.9
Sì 2

(Se Sì)

10.6 Quanto è durato questo tipo di allattamento solo con latte materno ed acqua o altri liquidi come tè, camomilla, ecc?

Per indicare la durata dell'allattamento utilizzi il N° mesi e settimane. Ad es. per una durata di 3 mesi e mezzo indichi: Mesi..... I_3] Settimane I_2]

Mesi [] [] Settimane..... [] []

10.7 C'è stato invece un periodo in cui Lei ha allattato il bambino solo con latte materno senza fargli bere acqua o altri liquidi come tè, camomilla, ecc. e senza aggiungere latte artificiale o latte di origine animale né liquidi nutritivi (succhi di frutta, spremute, ecc.) o cibi solidi o semisolidi?

- NO 1 -> passare a domanda 10.9
Sì 2

10.8 Quanto è durato questo tipo di allattamento solo ed esclusivamente con latte materno?

Per indicare la durata dell'allattamento utilizzi il N. mesi e settimane. Ad es. per una durata di 3 mesi e mezzo indichi:
 Mesi | 1 | 3 | Settimane | 1 | 2 |

Mesi | | | Settimane | | |

(Per TUTTE)

10.9 Dopo quanto tempo dalla nascita la struttura Le ha permesso di far attaccare al seno il suo bambino per provare ad allattarlo?

- Subito..... 1
- Dopo poche ore 2
- Entro il primo giorno..... 3
- Il giorno dopo 4
- Dopo più di due giorni 5

10.10 Cosa ha mangiato il bambino nelle ultime 24 ore?

(possibili più risposte)

- Latte materno 1
- Latte artificiale 2
- Latte di origine animale 3
- Acqua o altri liquidi (tè, succhi, camomilla)..... 4
- Cibi solidi e/o semisolidi 5

(Se ha avuto altri figli)

10.11 Ha allattato il suo precedente bambino?

- NO..... 1
- Sì..... 2

11. VACCINAZIONI RACCOMANDATE (PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO CON MENO DI 6 ANNI)

11.1 Sempre considerando il suo ultimo figlio, quali dei seguenti tipi di vaccinazione ha fatto il suo bambino?

(rispondere per ciascuna colonna)

	TIPI DI VACCINAZIONE				
	Vaccino per la pertosse	Vaccino per il morbillo	Vaccino per la rosolia	Vaccino per la parotite (orecchioni)	Vaccino per la meningite (<i>Hemophilus influenzae</i>)
Sì	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
NO	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Se NO, indicare i motivi (possibili più risposte)					
Il bambino non ha ancora raggiunto l'età raccomandata	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avevo timore di effetti indesiderati del vaccino	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mi è stato sconsigliato dal medico	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ritenevo che il vaccino non garantisse una protezione permanente dalla malattia	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Pensavo che il vaccino non fosse disponibile gratuitamente	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sono contraria e non ho intenzione di vaccinarlo	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro motivo	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
(specificare)

Il questionario finisce qui.

Grazie per la gentile collaborazione!

RISERVATO AL RILEVATORE - QUESTIONARIO AUTOCOMPILATO

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

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

NO.....1

Sì.....2

2. Quali delle seguenti situazioni si è verificata

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

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

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

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

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

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

(Se cod. 3 o 4 alla domanda 2)

Il questionario è stato compilato:

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

In modo completo con difficoltà.....2

In modo incompleto e lacunoso.....3