

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

L'Istituto nazionale di statistica sta conducendo una rilevazione campionaria per raccogliere informazioni sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Indagine europea sulla salute – EHIS). L'indagine è disciplinata dal Regolamento (UE) n. 255/2018 della Commissione europea del 19 febbraio 2018 ed è inserita nel Programma statistico nazionale.

Le informazioni raccolte riguardano le condizioni di salute, gli stili di vita e i comportamenti di prevenzione della salute, nonché il ricorso ai servizi sanitari. L'indagine ha l'obiettivo di fornire un contributo per la definizione, a livello nazionale ed europeo, delle politiche sanitarie volte a soddisfare i bisogni in tema di salute e migliorare l'accesso ai servizi sanitari. Le informazioni da Lei fornite saranno trattate nel rispetto della normativa in materia di tutela del segreto statistico e di protezione dei dati personali, richiamata nel box sottostante. Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico (art. 9 d.lgs. n. 322/1989) e sottoposte alla normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679, d.lgs. n. 196/2003, e s.m.i e d.lgs. n. 101/2018), potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale, esclusivamente per fini statistici, nonché essere comunicate per finalità di ricerca scientifica alle condizioni e secondo le modalità previste dall'art. 5 ter del d.lgs 33/2013.

Per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 24 del Regolamento (UE) 2016/679, il titolare è l'Istat - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 - 00184 Roma che, per le fasi della rilevazione di rispettiva competenza, ha attribuito specifici compiti e funzioni connessi al trattamento dei dati personali al Direttore centrale per le statistiche sociali e il Censimento della popolazione e al Direttore della Direzione centrale per la raccolta dati (art. 2-quaterdecies d.lgs. n. 196/2003). Ai Direttori è possibile rivolgersi per conoscere il nominativo dei Responsabili del trattamento che, ai sensi dell'art. 28 del medesimo Regolamento (UE) 2016/679, effettuano il trattamento dei dati personali per conto dell'Istat relativamente alla fase della raccolta dei dati e alla gestione del numero verde 800.188.847.

Per l'esercizio dei diritti dell'interessato è possibile scrivere all'indirizzo: responsabileprotezionedati@istat.it. L'esercizio dei predetti diritti sarà garantito in conformità a quanto previsto al capo III del Regolamento (UE) 2016/679, ferme restando le deroghe e i limiti previsti dall'art. 6-bis del decreto legislativo n. 322/1989 e dall'art. 11 delle Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale. L'interessato ha, inoltre, il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali o altra autorità di controllo competente, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento UE 2016/679.

L'obbligo di risposta per questa rilevazione è sancito dall'art. 7 del decreto legislativo n. 322/1989 e dal DPR 31 gennaio 2018 di approvazione del Programma statistico nazionale 2017-2019 e del collegato elenco delle rilevazioni che comportano l'obbligo di risposta per i soggetti privati. Successivamente alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Programma statistico nazionale 2017-2019 – Aggiornamento 2018-2019, il medesimo obbligo sarà sancito dal decreto di approvazione di tale atto e del collegato elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati.

L'elenco in vigore delle indagini con obbligo di risposta per i soggetti privati è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/organizzazione-e-attivita/organizzazione/normativa>. L'obbligo di risposta non riguarda i "quesiti di natura sensibile" (categorie particolari di dati personali, art. 9 Reg. UE 2016/679) ai quali i cittadini potranno decidere se rispondere o meno. I quesiti di natura sensibile, che saranno segnalati dal rilevatore nel corso dell'intervista, sono: per il questionario individuale (MOD. ISTAT/EHIS3/A.19 - Modello Giallo) tutti i quesiti della sez. 2; per la sez. 3 il quesito 3.1; tutti i quesiti delle sezioni 4,7,8,9,10,11,12,13,14,15; per la sez.16 i quesiti 16.1 e 16.2; per la sez. 17 il quesito 17.1; tutti i quesiti delle sezioni 18,19 e 20; per la sez. 21 il quesito 21.3 e tutti i quesiti della sez. 25; nonché per la parte "Riservato al rilevatore" alla fine di ciascuna scheda individuale, il quesito 2, per il quale il rilevatore per apporre la risposta consulterà l'interessato; per il questionario per autocompilazione (MOD. ISTAT/EHIS3/B.19 - Modello Azzurro): tutti i quesiti delle sezioni 3, 4; 5 e 6; per il questionario per autocompilazione per le donne di età tra 18 e 54 anni (MOD. ISTAT/EHIS3/C.19 - Modello Rosa): tutti i quesiti del modello. Inoltre l'obbligo di risposta non riguarda i quesiti per minori di 15 anni, per i quali un genitore (o un adulto della famiglia) potrà decidere di rispondere o meno.

I risultati della rilevazione saranno diffusi in forma aggregata e pertanto non sarà possibile risalire ai soggetti a cui si riferiscono i dati. La sua collaborazione e quella dei suoi familiari è fondamentale per la buona riuscita della rilevazione. Pertanto, come specificato nella lettera a firma del Presidente dell'Istat inviata alle famiglie campione, la invitiamo a collaborare con noi insieme alle altre 30.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e ad accogliere, con cortese disponibilità, il rilevatore del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, ha l'incarico di recarsi presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari.

Segreto statistico, protezione dei dati personali e diritti degli interessati

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modifiche e integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" – art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166, "Regolamento recante il riordino dell'Istituto nazionale di statistica";
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche e integrazioni, "Codice in materia di protezione dei dati personali" recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016;
- Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (Allegate al d.lgs. n. 196/2003);
- Decreto del Presidente della Repubblica 31 gennaio 2018, di approvazione del Programma statistico nazionale 2017-2019 e del collegato elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati (S.O. n. 12 alla Gazzetta Ufficiale 20 marzo 2018 - serie generale - n. 66).
- Regolamento (CE) del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2008, n.1338/2008, relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro;
- Regolamento (UE) 2018/255 della Commissione, del 19 febbraio 2018, che attua il Regolamento (CE) n.1338/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio per quanto riguarda le statistiche basate sull'indagine europea sulla salute condotta mediante interviste (EHIS).



MOD. ISTAT/EHIS3/A.19



A MESE [][]

1 Provincia [][][]
Comune [][][]
Sezione di Censimento [][][][] [][][]

2 **(a cura del Comune)**
Numero progressivo della famiglia intervistata
[][][][]
Da 0001 al totale delle famiglie intervistate

3 Numero d'ordine della famiglia nell'elenco Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco
[][][][][]
Da 00001 al totale delle famiglie nell'elenco

4 Numero dei componenti la famiglia anagrafica
[][]
(Colonna 4 del Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco)

5 Numero dei componenti la famiglia attuale
[][]

INDAGINE STATISTICA SULLE FAMIGLIE

INDAGINE EUROPEA SULLA SALUTE 2019

6 CODICE INTERVISTATORE [][][][]

7 Data di consegna all'ufficio del Comune [][] [][] [][]
giorno mese anno
L'INTERVISTATORE
.....
(Cognome e nome leggibili)

Visto per la revisione
IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE
.....

Questionario per intervista

CODICI DA UTILIZZARE PER LA SCHEDA GENERALE

Col. 1 Numero d'ordine dei componenti

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

Col. 2 Sesso

Maschio 1
Femmina 2

Col.3 Età (in anni compiuti)

Col. 4 Relazione di parentela con PR

PR (persona di riferimento del questionario)01
Coniuge di 0102
Convivente (coniugamente o in unione civile) di 0103
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 0104
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01.....05
Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza06
Figlio di 01 o del coniuge convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a).....07
Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)08
Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)09
Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)10
Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)11
Fratello/sorella di 0112
Fratello/sorella del coniuge o convivente di 0113
Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)14
Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)15
Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01)16
Persona legata da amicizia17

Col. 5 Posizione con riferimento all'indirizzo della famiglia anagrafica

Dimorante
- abitualmente presente..... 1
- temporaneamente assente..... 2

Col. 6 Anno di nascita

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

Col. 7 Stato civile attuale (6 anni e più)

Celibe o nubile 01
Coniugato/a coabitante col coniuge 02
Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto) 03
Separato/a legalmente 04
Divorziato/a 05
Vedovo/a 06
Unito/a civilmente coabitante col partner 07
Già in unione civile (per interruzione unione; equiparato alla separazione di fatto)..... 08
Già in unione civile (per scioglimento unione; equiparato al divorzio)... 09
Già in unione civile (per decesso del partner)..... 10

(a) A colonna 4 il cod. 07 va utilizzato solo nel caso di due o più matrimoni (o convivenze). Nel caso di un solo matrimonio (o convivenza) anche se cessato utilizzare cod. 06.

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

Dottorato di ricerca / Diploma accademico di formazione alla ricerca AFAM 01
Laurea di 4-6 anni: laurea del vecchio ordinamento, compresi Master di II livello e Scuola di specializzazione post-laurea, o laurea specialistica/magistrale a ciclo unico 02
Laurea specialistica/magistrale biennale, Diploma accademico di alta formazione artistica, musicale e coreutica (AFAM) di II livello 03
Laurea di primo livello (triennale), compreso Master di I livello, Diploma accademico di alta formazione artistica, musicale e coreutica (AFAM) di I livello 04
Diploma universitario di 2-3 anni (incluso diploma di Scuola diretta a fini speciali o di Scuola parauniversitaria) 05
Diploma di Accademia (Belle Arti, Nazionale di Arte Drammatica, Nazionale di Danza), Istituto Superiore Industrie Artistiche, Conservatorio di Musica Statale, Istituto di Musica Pareggiato (vecchio ordinamento)..... 06
Diploma di tecnico superiore ITS (corsi biennali) 07
Certificato di specializzazione tecnica superiore IFTS, Diploma di qualifica professionale regionale di II livello (post diploma) 08
Diploma di maturità / Diploma di istruzione secondaria superiore (di II grado) di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'università 09
Attestato IFP di qualifica professionale triennale (operatore) / Diploma professionale IFP di tecnico (quarto anno), Diploma di qualifica professionale regionale di I livello (almeno biennale) 10
Diploma di qualifica professionale di scuola secondaria superiore (di II grado) di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'università (Maestro d'arte, Maestro d'asilo, Qualifiche di Istituto professionale, ecc.) 11
Licenza media / Diploma di istruzione secondaria di primo grado o Avviamento professionale 12
Licenza elementare / Attestato di valutazione finale 13
Nessun titolo - sa leggere e scrivere..... 14
Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere 15

Col. 9 Condizione attuale, unica o prevalente (15 anni e più)

Occupato1
In cerca di nuova occupazione2
In cerca di prima occupazione3
Casalinga4
Studente5
Inabile al lavoro6
Persona ritirata dal lavoro7
In altra condizione8

Col. 10 Fonte principale di reddito (15 anni e più)

Reddito da lavoro dipendente1
Reddito da lavoro autonomo2
Pensione3
Indennità e provvidenze varie4
Redditi patrimoniali5
Mantenimento da parte dei familiari6

Col. 11 Anno matrimonio attuale

Indicare l'anno di matrimonio con 4 cifre (es. 1972)

Col. 12 Stato civile precedente al matrimonio attuale

Celibe o nubile1
Divorziato/a5
Vedovo/a6

ATTENZIONE!

I "quesiti di natura sensibile" (categorie particolari di dati personali, art.9 Reg.UE 2016/679), per i quali non è previsto l'obbligo di risposta sono segnalati con un **esse in rosso (S)**, singolarmente o per l'intera sezione. Per i minori di 15 anni, non essendo previsto obbligo di risposta, un genitore (o un adulto della famiglia) ha facoltà di rispondere o meno alle sezioni da 1 a 6.

2. CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE (S)

(PER LE PERSONE DI 2 ANNI E PIÙ)

Adesso vorrei parlare con Lei della sua salute.

2.1 Come va in generale la sua salute?

- Molto bene 1
- Bene 2
- Né bene né male..... 3
- Male 4
- Molto male 5

2.2 È affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata?

Il termine "lunga durata" si riferisce a malattie o problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino per almeno 6 mesi.

- SI 1
- NO 2

2.3 A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni nelle attività che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere:

- Limitazioni gravi..... 1
- Limitazioni non gravi 2
- Nessuna limitazione 3

(Se ha limitazioni, gravi o non gravi, codici 1 o 2 a domanda 2.3)

2.4 Queste limitazioni durano da almeno 6 mesi?

- SI 1
- NO 2

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per i bambini fino a 2 anni. Continuare per gli altri!

3. SALUTE ORALE

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

Adesso vorrei parlare con Lei della salute dei suoi denti e gengive.

3.1 Come va la salute dei suoi denti e delle sue gengive? (S)

- Molto bene 1
- Bene 2
- Né bene né male..... 3
- Male 4
- Molto male 5

3.2 Con quale frequenza si lava i denti?

- Due o più volte al giorno..... 1
- Una volta al giorno..... 2
- Non tutti i giorni..... 3
- Quasi mai o mai..... 4

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita | | | | | | | | | | | |
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso
Maschio 1
Femmina 2

1.3 Età (in anni compiuti) | | | |

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune di residenza..... 1

Altro Comune italiano..... 2

Prov.....
Specificare

CODICE PROVINCIA | | | |
Vedi Appendice C

Stato estero..... 3

.....
Specificare
CODICE STATO | | | |
Vedi Appendice D

1.5 Cittadinanza

Italiana..... 1

Straniera..... 2

.....
Specificare
CODICE STATO | | | |
Vedi Appendice D

Apolide..... 3

1.6 Luogo di nascita del padre

Italia..... 1

Stato estero..... 2

.....
Specificare
CODICE STATO | | | |
Vedi Appendice D

1.7 Luogo di nascita della madre

Italia..... 1

Stato estero..... 2

.....
Specificare
CODICE STATO | | | |
Vedi Appendice D

Parliamo adesso di visite presso dentisti, ortodontisti o igienisti dentali.

3.3 Quando è andato l'ultima volta dal dentista/ortodontista/igienista dentale per trattamenti di cura o prevenzione?

- Meno di 6 mesi fa 1
 - Da 6 mesi a meno di 12 mesi fa ... 2
 - 12 mesi fa o più 3
 - Mai 4
- andare a sezione 4**

(Per le persone che sono andate dal dentista/ortodontista/igienista dentale negli ultimi 12 mesi, codici 1, 2 a domanda 3.3)

3.4 Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi, si è rivolto prevalentemente a:

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

3.5 Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi pensi ora all'ultimo trattamento cui si è sottoposto dal dentista/ortodontista/igienista dentale. Per il trattamento ha pagato?

(una sola risposta)

- SI, ho pagato/devo pagare interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) 1
- SI, ho pagato/devo pagare con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale 2
- SI, ho pagato il ticket (consegnando la ricetta del SSN)..... 3
- NO, non ho pagato/non devo pagare nulla..... 4

ATTENZIONE!
Qui finisce il questionario per i bambini fino a 4 anni.
Continuare per gli altri!

4. PESO E ALTEZZA (S) *(PER LE PERSONE DI 5 ANNI E PIÙ)*

4.1 Quanto è alto senza scarpe?

centimetri....|_|_|_|

4.2 Quanto pesa senza vestiti e senza scarpe? Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza.

chilogrammi....|_|_|_|

5. CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA *(PER LE PERSONE DI 5 ANNI E PIÙ)*

5.1 Quanto spesso mangia frutta? Escluda i succhi di frutta industriali, le spremute, i frullati e le centrifughe.

- Una o più volte al giorno..... 1
 - Da 4 a 6 volte a settimana..... 2
 - Da 1 a 3 volte a settimana 3
 - Meno di una volta a settimana 4
 - Mai 5
- andare a domanda 5.3**

(Per le persone che mangiano frutta una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 5.1)

5.2 Quante porzioni di frutta, di qualsiasi tipo, mangia ogni giorno? Escluda i succhi di frutta industriali, le spremute, i frullati e le centrifughe. Una porzione di frutta corrisponde ad esempio ad una mela, una pera, due mandarini, ecc.

N. porzioni N. |_|_|

5.3 Quanto spesso mangia verdura o insalata? Escluda le patate.

- Una o più volte al giorno..... 1
 - Da 4 a 6 volte a settimana..... 2
 - Da 1 a 3 volte a settimana 3
 - Meno di una volta a settimana 4
 - Mai 5
- andare a domanda 5.5**

(Per le persone che mangiano verdura o insalata una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 5.3)

5.4 Quante porzioni di verdura o insalata mangia ogni giorno? Escluda le patate. Una porzione di verdura o insalata corrisponde ad una quantità che ricopre il fondo del piatto.

N. porzioni N. |_|_|

5.5 Quanto spesso beve succhi fatti per il 100% di frutta o verdura? Escluda i succhi con aggiunta di zuccheri.

- Una o più volte al giorno..... 1
- Da 4 a 6 volte a settimana..... 2
- Da 1 a 3 volte a settimana 3
- Meno di una volta a settimana 4
- Mai 5

5.6 Quanto spesso consuma bevande analcoliche con aggiunta di zuccheri, come ad esempio cola, aranciata o limonata? Escluda le bevande light, dietetiche o con dolcificante.

- Una o più volte al giorno..... 1
- Da 4 a 6 volte a settimana..... 2
- Da 1 a 3 volte a settimana 3
- Meno di una volta a settimana 4
- Mai 5

6. ATTIVITÀ FISICA (PER LE PERSONE DI 5 ANNI E PIÙ)

Ora parleremo del tempo che di solito Lei dedica all'attività fisica. La preghiamo di rispondere anche se non si considera una persona sportiva.

Nelle domande successive consideri come si sposta di solito da un posto all'altro (ad es. per andare al lavoro, a scuola, a fare la spesa, ecc.). Non consideri l'ATTIVITÀ FISICA LEGATA AL SUO LAVORO e l'ATTIVITÀ SPORTIVA praticata nel tempo libero.

6.1 Abitualmente quanti giorni a settimana CAMMINA continuativamente per almeno 10 minuti per spostarsi da un posto ad un altro?

N. giorni...|_|

Non pratico mai

questa attività..0 → andare a domanda 6.3

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 6.1)

6.2 Abitualmente quanto tempo cammina al giorno per spostarsi da un posto all'altro?

10 - 29 minuti al giorno.....1

30 - 59 minuti al giorno.....2

Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno.....3

Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4

3 ore o più al giorno.....5

6.3 Abitualmente quanti giorni a settimana VA IN BICICLETTA continuativamente per almeno 10 minuti per spostarsi da un posto ad un altro?

N. giorni...|_|

Non pratico mai

questa attività..0 → andare a domanda 6.5

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 6.3)

6.4 Abitualmente quanto tempo va in bicicletta al giorno per spostarsi da un posto all'altro?

10 - 29 minuti al giorno.....1

30 - 59 minuti al giorno.....2

Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno.....3

Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4

3 ore o più al giorno.....5

Nelle domande successive consideri attività quali SPORT, FITNESS O ATTIVITÀ FISICA RICREATIVA (nel tempo libero) che comportano ALMENO un leggero aumento della frequenza respiratoria o cardiaca (ad es. camminare a passo sostenuto, giocare con il pallone, fare jogging, andare in bicicletta o nuotare). ESCLUDI gli SPOSTAMENTI di cui abbiamo appena parlato E L'ATTIVITÀ FISICA LEGATA AL SUO LAVORO.

6.5 Abitualmente quanti giorni a settimana partecipa sport, fitness o attività fisiche ricreative (nel tempo libero) continuativamente per almeno 10 minuti?

N. giorni...|_|

Non pratico mai

questa attività.....0 → andare a domanda 6.7

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 6.5)

6.6 Quanto tempo dedica complessivamente a settimana ad attività sportive, fitness o attività fisiche ricreative (nel tempo libero)?

|_|_|:|_|_| a settimana

Ore Minuti

6.7 Normalmente quanti giorni a settimana pratica attività specifiche per POTENZIARE i muscoli, con allenamenti di resistenza o rafforzamento? Consideri tutte le attività, anche quelle già incluse nelle domande precedenti.

N. giorni...|_|

Non pratico mai questa attività fisica0

La prossima domanda riguarda il tempo che Lei trascorre stando seduto a lavoro (es. seduto alla scrivania), a casa (es. a guardare la TV), con gli amici (es. a giocare a carte), in auto, in autobus, in treno ecc..

6.8 Escludendo il tempo dedicato al dormire, quanto tempo trascorre in una giornata normale stando a riposo o seduto? Dia una stima complessiva.

|_|_| al giorno

Ore

ATTENZIONE!
Qui finisce il questionario per i/le ragazzi/e fino a 14 anni. Continuare per gli altri!

(Per le persone di 15 anni e più)

Consideri ora le attività che Lei svolge al lavoro (retribuito e non retribuito), a casa (lavoro domestico e familiare), per studio o formazione.

6.9 Come svolge prevalentemente queste ATTIVITÀ?

(una sola risposta)

Seduto o in piedi.....1

In movimento o con moderato sforzo fisico.....2

Con impegno fisico pesante.....3

oppure

Non svolge alcuna di queste attività4

Segue Scheda Individuale del componente n. **01** (col. 1 della Scheda Generale)

7. MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Si propone di seguito una lista di malattie croniche o condizioni patologiche di lunga durata.

(rispondere per ciascuna malattia o condizione patologica)

	A. Negli ultimi 12 mesi, è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata?	B. È stata diagnosticata da un medico?
7.1 Asma (compreso asma di tipo allergico)	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.2 Bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.3 Infarto del miocardio (attacco cardiaco) o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.4 Malattia coronarica o angina pectoris	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.5 Altre malattie del cuore	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.6 Ipertensione (pressione arteriosa alta)	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.7 Ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale) o conseguenze croniche dell'ictus	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.8 Artrosi (esclusa artrite)	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.9 Patologia lombare o altra affezione <u>cronica</u> a carico della schiena	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.10 Patologia cervicale o altra affezione <u>cronica</u> del collo	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.11 Diabete	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>

Segue **Scheda Individuale** del componente n. **01** (col. 1 della Scheda Generale)

(rispondere per ciascuna malattia o condizione patologica)

	A. Negli <u>ultimi 12 mesi</u> , è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata?	B. È stata diagnosticata da un medico?
7.12 Allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura (escluso asma di tipo allergico)	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.13 Cirrosi epatica	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.14 Incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.15 Problemi renali	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
<i>(Se ha problemi renali)</i>	SI.....1 <input type="checkbox"/> →	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.15.1 Insufficienza renale cronica	NO.....2 <input type="checkbox"/>	
7.16 Iperlipidemia (colesterolo alto, valori elevati di grasso o trigliceridi nel sangue)	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.17 Depressione	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.18 Ansia cronica grave	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.19 Tumore maligno (inclusi linfoma / leucemia)	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.20 Alzheimer, demenze senili	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.21 Parkinsonismo	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
7.22 Altra malattia o condizione patologica <i>(specificare)</i>	SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/>	SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>

8. INFORTUNI E LESIONI (S) *(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)*

8.1 Negli ultimi 12 mesi ha avuto uno o più dei seguenti incidenti/infortuni che le hanno causato lesioni?

Per lesioni si intendono: ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni, ecc.. Considerare anche eventuali disturbi dovuti ad avvelenamento o lesioni causate da animali o insetti. Escludere lesioni causate da atti volontari da parte di altre persone oppure incidenti e infortuni subiti durante l'attività lavorativa.

(una risposta per ogni riga)

- 8.1.1 Incidente stradale SI.....1 N. di incidenti
NO...2
- 8.1.2 Infortunio domestico SI.....1 N. di infortuni
NO...2
- 8.1.3 Infortunio nel tempo libero SI.....1 N. di infortuni
NO...2

ATTENZIONE!

Se non ha avuto incidenti/infortuni (codice 2 a tutte e tre le domande 8.1.1, 8.1.2 e 8.1.3) andare a Sezione 9, altrimenti proseguire.

(Se ha avuto almeno un incidente/infortunio negli ultimi 12 mesi, codice 1 a domanda 8.1.1 o 8.1.2 o 8.1.3)

8.2 A seguito di questo incidente/infortunio, ha avuto bisogno di cure mediche? In caso di più incidenti/infortuni risponda considerando quello più grave, per cui si è fatto ricorso all'assistenza medica più importante.

- SI.....1
- NO.....2 → andare a sezione 9

(Se ha avuto bisogno di cure mediche, codice 1 a domanda 8.2)

8.3 A seguito di questo incidente/infortunio, è stato ricoverato in un ospedale o in altra struttura sanitaria (es. casa di cura)? In caso di più incidenti/infortuni risponda considerando quello più grave, per cui si è fatto ricorso all'assistenza medica più importante.

(una sola risposta)

- SI, con pernottamento.....1
- SI, senza pernottamento.....2
- NO3

9. LIMITAZIONI FUNZIONALI FISICHE E SENSORIALI (S) *(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)*

Questa sezione è relativa alle sue condizioni generali di salute fisica e mentale. I quesiti si riferiscono a eventuali difficoltà visive, uditive, motorie e cognitive. Non consideri problemi di tipo temporaneo (ingessature, stato influenzale, traumi, ecc.).

9.1 Utilizza occhiali o lenti a contatto?

- SI.....1 → andare a domanda 9.3
- NO.....2
- Sono cieco, non sono in grado di vedere affatto....3 → andare a domanda 9.4

9.2 Ha difficoltà a vedere?

- Nessuna difficoltà.....1
 - Qualche difficoltà2
 - Molta difficoltà3
 - Non sono in grado.....4
- andare a domanda 9.4**

(Per chi utilizza occhiali o lenti, codice 1 a domanda 9.1)

9.3 Anche utilizzando occhiali o lenti a contatto ha difficoltà a vedere?

- Nessuna difficoltà1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado4

(Per tutti)

9.4 Utilizza apparecchi acustici?

- SI.....1 → andare a domanda 9.7
- NO.....2
- Sono affetto da sordità completa.....3 → andare a domanda 9.9

9.5 Ha difficoltà a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza NON RUMOROSA?

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado.....4

9.6 Ha difficoltà a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza RUMOROSA?

- Nessuna difficoltà1
 - Qualche difficoltà2
 - Molta difficoltà3
 - Non sono in grado4
- andare a domanda 9.9**

(Per chi utilizza apparecchi acustici, codice 1 a domanda 9.4)

9.7 Anche usando apparecchi acustici ha difficoltà a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza **NON RUMOROSA**?

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado.....4

(Per chi utilizza apparecchi acustici, codice 1 a domanda 9.4)

9.8 Anche usando apparecchi acustici ha difficoltà a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza **RUMOROSA**?

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado.....4

(Per tutti)

9.9 Ha difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri (che corrispondono a circa 5 volte la lunghezza di un campo di calcio) senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili (bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)?

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado.....4

9.10 Ha difficoltà a salire o scendere una rampa di scale (circa 12 scalini) senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili (bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)?

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado.....4

9.11 Ha difficoltà a ricordare o a concentrarsi?

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado.....4

9.12 Ha difficoltà a mordere o masticare cibi duri come una mela dura?

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non sono in grado.....4

10. ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Le prossime domande riguardano le attività quotidiane essenziali di cura personale. Nel valutare le difficoltà non consideri eventuali problemi di salute di tipo temporaneo (ingessature, stato influenzale, ecc.).

10.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere le seguenti attività senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili (bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)?

(una risposta per ogni riga)

	Nessuna difficoltà	Qualche difficoltà	Molta difficoltà	Non sono in grado
10.1.1 Mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10.1.2 Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia da solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10.1.3 Vestirsi e spogliarsi da solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10.1.4 Usare i servizi igienici da solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10.1.5 Fare il bagno o la doccia da solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 alle 5 domande 10.1.1, 10.1.2, 10.1.3, 10.1.4 e 10.1.5):

- per le persone di 50 anni e più andare a Sezione 11;
- per le persone da 15 a 49 anni andare a Sezione 12.

Altrimenti andare a domanda 10.2.

Consideri le attività di cura personale che ha difficoltà a svolgere senza alcun aiuto.

10.2 Abitualmente per qualcuna di queste attività riceve aiuto da persone o ricorre ad ausili (bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)?

- SI, per almeno un'attività.....1
- NO.....2 → **andare a domanda 10.5**

Segue Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se riceve aiuto da persone o utilizza ausili per almeno un'attività, codice 1 a domanda 10.2)

10.3 Abitualmente lei riceve aiuto da:

(possibili più risposte)

- Familiari che vivono con lei.....1
- Familiari che non vivono con lei2
- Amici3
- Persone a pagamento4
- Associazioni di volontariato5
- Altre persone6

Oppure:

- Utilizza ausili7

10.4 Avrebbe bisogno di ulteriori ausili o di ricevere maggiore assistenza da persone?

- SI, di ulteriori ausili.....1
- SI, di assistenza da parte di persone.....2
- SI, sia di ulteriori ausili sia di assistenza da parte di persone.....3
- NO.....4

(Se non utilizza ausili o non riceve alcun aiuto da persone, codice 2 a domanda 10.2)

10.5 Avrebbe bisogno di usufruire di ausili o di ricevere assistenza da persone?

- SI, di ausili.....1
- SI, di assistenza da parte di persone.....2
- SI, sia di ausili sia di assistenza da parte di persone3
- NO.....4

ATTENZIONE!
Le persone da 15 a 49 anni vanno alla Sezione 12. Continuare per gli altri!

11. ATTIVITÀ DOMESTICHE (S) (PER LE PERSONE DI 50 ANNI E PIÙ)

Adesso parliamo di eventuali difficoltà a svolgere le attività domestiche. Non consideri le difficoltà dovute a problemi di tipo temporaneo (ingessature, stato influenzale, ecc.).

11.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere qualcuna delle seguenti attività domestiche senza l'aiuto di una persona, il ricorso ad ausili (bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.) o adattamenti della sua abitazione?

(una risposta per ogni riga)

	Nessuna difficoltà	Qualche difficoltà	Molta difficoltà	Non sono in grado	Non ho mai provato a farlo o non ho alcuna necessità di farlo
11.1.1 Preparare i pasti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.1.2 Usare il telefono	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.1.3 Fare la spesa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.1.4 Prendere le medicine (nel dosaggio corretto e al momento giusto)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.1.5 Svolgere lavori domestici leggeri (lavare i piatti, stirare, rifare il letto, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.1.6 Svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti (pulire le finestre, spostare mobili pesanti per pulire, portare buste della spesa pesanti per più di 5 minuti, fare pulizie approfondite, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.1.7 Gestire le sue risorse economiche e le attività amministrative abituali (pagare il condominio, pagare le bollette, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 alle 7 domande 11.1.1, 11.1.2, 11.1.3, 11.1.4, 11.1.5, 11.1.6 e 11.1.7) passare a Sezione 12, altrimenti proseguire.

Consideri le attività domestiche che ha difficoltà a svolgere senza alcun aiuto.

11.2 Abitualmente per qualcuna di queste attività riceve aiuto da persone o ricorre ad ausili (bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)?

- SI, per almeno un'attività....1
 NO2 → **andare a domanda 11.5**

(Se riceve aiuto da persone o utilizza ausili per almeno un'attività, codice 1 a domanda 11.2)

11.3 Abitualmente lei riceve aiuto da:
(possibili più risposte)

- Familiari che vivono con lei.....1
 Familiari che non vivono con lei2
 Amici3
 Persone a pagamento4
 Associazioni di volontariato5
 Altre persone6

Oppure:

- Utilizza ausili7

11.4 Avrebbe bisogno di ulteriori ausili o di ricevere maggiore assistenza da persone?

- SI, di ulteriori ausili.....1
 SI, di assistenza da parte di persone2
 SI, sia di ulteriori ausili sia di assistenza da parte di persone.....3
 NO.....4 → **andare a Sezione 12**

(Se non utilizza ausili o non riceve alcun aiuto da persone, codice 2 a domanda 11.2)

11.5 Avrebbe bisogno di usufruire di ausili o di ricevere assistenza da persone?

- SI, di ausili1
 SI, di assistenza da parte di persone2
 SI, sia di ausili sia di assistenza da parte di persone.....3
 NO.....4

12. DOLORE (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Questa sezione riguarda qualsiasi dolore fisico di cui ha sofferto nelle ultime 4 settimane.

12.1 Quanto è stato intenso l'eventuale dolore fisico che ha provato nelle ultime 4 settimane?

- Non ho avuto alcun dolore 1 → **andare a sez. 13**
 Molto lieve2
 Lieve3
 Moderato4
 Forte5
 Molto forte6

(Se ha provato dolore fisico nelle ultime 4 settimane, codice 2, 3, 4, 5 o 6 a domanda 12.1)

12.2 Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore fisico ha interferito con le attività che svolge abitualmente (in casa e fuori casa)?

- Per nulla.....1
 Lievemente.....2
 Moderatamente.....3
 Gravemente4
 Molto gravemente5

13. BENESSERE PSICOLOGICO (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Le domande successive riguardano il suo stato d'animo nelle ultime 2 settimane. Per ogni domanda fornisca la risposta che ritiene più vicina a come si è sentito.

13.1 Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza ha avuto i seguenti problemi?

(una risposta per ogni riga)

	Mai	Per alcuni giorni	Per oltre la metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Sentirsi giù, depresso o disperato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Avere problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o dormire troppo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Sentirsi stanco o avere poca energia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Scarso appetito o mangiare troppo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Provare una scarsa opinione di sé, sentirsi un fallimento oppure sentire di aver deluso se stesso o la sua famiglia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, ad esempio leggere il giornale o guardare la televisione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato da altre persone, oppure avvertire irrequietezza o agitazione insolita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

14. ASSISTENZA OSPEDALIERA (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Questa sezione è relativa ai ricoveri in qualsiasi tipo di ospedale o casa di cura. Le donne non devono considerare eventuali ricoveri per parto.

14.1 Negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato per almeno una notte in ospedale?

SI.....1

NO.....2 → andare a domanda 14.3

(Per le persone che sono state ricoverate per almeno una notte in ospedale, codice 1 a domanda 14.1)

14.2 Considerando tutti i ricoveri nei 12 mesi, quante notti ha trascorso complessivamente in ospedale?

N. notti

14.3 Negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato per accertamenti, terapie o altro tipo di cure mediche che non hanno richiesto il pernottamento in ospedale (day hospital o day surgery)?

SI.....1

NO.....2 → andare a sezione 15

(Per le persone che si sono sottoposte a un day hospital o day surgery, codice 1 a domanda 14.3)

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

N. giorni

15. VISITE MEDICHE DI MEDICINA GENERALE (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Le prossime domande riguardano le visite col suo medico di famiglia. Consideri le visite presso lo studio del medico, le visite a domicilio, le consulenze telefoniche o per e-mail.

15.1 Quando è stata l'ultima volta che si è rivolto al suo medico di famiglia per un problema che riguarda la sua salute?

Meno di 6 mesi fa 1

Da 6 mesi a meno di 12 mesi fa... 2

12 mesi fa o più 3

Mai 4

} andare a sezione 16

(Per le persone che si sono rivolte al medico di famiglia meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 15.1)

15.2 Nelle ultime 4 settimane, quante volte si è rivolto al medico di famiglia per un problema che riguarda la sua salute? (S)

N. volte

Non si è rivolto al medico di famiglia nelle ultime 4 settimane..... 0

16. VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Le prossime domande riguardano le visite specialistiche (escluse odontoiatriche) avvenute in ambulatorio, a domicilio o in Pronto Soccorso e le consulenze telefoniche o per e-mail. Escluda le visite avvenute durante l'eventuale ricovero in ospedale.

16.1 Quando è stata l'ultima volta che ha effettuato una visita medica specialistica (oculistica, ortopedica, cardiologica, ginecologica, psichiatrica, ecc.) per un problema che riguarda la sua salute? (S)

Meno di 6 mesi fa.. 1

Da 6 mesi a meno di 12 mesi fa..... 2 → andare a domanda 16.3

12 mesi fa o più..... 3 } andare a sezione 17

Mai..... 4

(Per le persone che hanno effettuato una visita specialistica meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 16.1)

16.2 Nelle ultime 4 settimane, quante visite specialistiche ha effettuato per un problema che riguarda la sua salute? (S)

N. visite

Non ha fatto visite specialistiche nelle ultime 4 settimane..... 0

(Per le persone che hanno effettuato una visita specialistica meno di 12 mesi fa, codice 1 o 2 a domanda 16.1)

16.3 Pensando all'ultima visita specialistica nei 12 mesi, presso quale struttura lavorava il medico al quale si è rivolto?

Ambulatorio pubblico (Ospedaliero o della ASL).. 1

Ambulatorio privato convenzionato con SSN..... 2

Ambulatorio privato (studio privato)..... 3

16.4 Per quale motivo Lei ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

- Ha scelto la struttura più vicina.....1
- Per non pagare o pagare di meno2
- Ha più fiducia in questa struttura o le è stata consigliata.....3
- Avrebbe dovuto aspettare troppo tempo per prenotare in un'altra struttura del SSN4
- Ha scelto uno specialista che lavora in questa struttura.....5
- Non esistono altre strutture nella sua zona di residenza6
- Ha scelto questa struttura perché è più accogliente o è possibile fissare l'ora dell'appuntamento....7
- Altro.....8

16.5 Per effettuare l'ultima visita specialistica ha dovuto pagare?

- NO, non ho pagato nulla1
- SI, ho pagato il ticket (consegnando la ricetta del SSN).....2
- SI, ho pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione)3
- SI, ho pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale.....4

17. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

17.1 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto ad esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, ecodoppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, pap-test o altri accertamenti?

Escluda gli accertamenti effettuati durante un ricovero ospedaliero o in day hospital. **(S)**

- SI..... 1 → N. di esami specialistici
- NO..... 2 → **andare a sezione 18**

17.2 Pensando all'ultimo esame specialistico effettuato nei 12 mesi, presso quale tipo di struttura è stato effettuato?

- Ambulatorio pubblico (Ospedaliero o della ASL)..1
- Ambulatorio privato convenzionato con SSN.....2
- Ambulatorio privato (studio privato).....3

17.3 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

- Per non pagare o pagare di meno.....1
- Ha fiducia nella struttura scelta2
- La struttura scelta ha apparecchiature migliori..3
- Non esistono altre strutture nella mia zona di residenza4
- Avrebbe dovuto aspettare troppo tempo per prenotare in un'altra struttura del SSN5
- Ha scelto questa struttura perché è più accogliente o è possibile fissare l'ora dell'appuntamento6
- Altro7

17.4 Per effettuare l'ultimo esame specialistico ha dovuto pagare?

- NO, non ho pagato nulla1
- SI, ho pagato il ticket (consegnando la ricetta del SSN)2
- SI, ho pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione)3
- SI, ho pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale.....4

18. ASSISTENZA DOMICILIARE E ALTRI SERVIZI (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

L'assistenza domiciliare include un'ampia gamma di servizi sanitari e sociali forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione. Risponda considerando solo i servizi forniti gratuitamente o a pagamento da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, ecc., o da personale non sanitario, quali badanti, assistenti domiciliari, operatori sociali. NON consideri l'assistenza domiciliare da parte di familiari (conviventi e non), parenti, amici e colf.

18.1 Negli ultimi 12 mesi ha usufruito di assistenza domiciliare per un problema che riguarda la sua salute?

- SI, sia da personale sanitario che non sanitario.....1
- SI, solo da personale sanitario.....2
- SI, solo da personale NON sanitario.....3
- NO4

Segue Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

18.2 Negli ultimi 12 mesi per un problema che riguarda la sua salute si è rivolto a...

(una risposta per ogni riga)

18.2.1 Psicologo, psicoterapeuta SI 1 NO 2

18.2.2 Psichiatra SI 1 NO 2

18.2.3 Fisioterapista, chinesiterapista, chiropratico od osteopata SI 1 NO 2

18.2.4 Logopedista, ortottista, audiometrista, ecc. SI 1 NO 2

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di essersi rivolto al Fisioterapista, chinesiterapista, chiropratico od osteopata (codice 1 a domanda 18.2.3) o al Logopedista, ortottista, audiometrista (codice 1 a domanda 18.2.4) proseguire, altrimenti passare a Sezione 19.

(Per le persone che si sono rivolte negli ultimi 12 mesi ad un professionista della riabilitazione, codice 1 a domanda 18.2.3 o 18.2.4)

18.3 Per effettuare l'ultimo trattamento riabilitativo, ha dovuto pagare?

NO, non ho pagato nulla 1

SI, ho pagato il ticket (consegnando la ricetta del SSN) 2

SI, ho pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) 3

SI, ho pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale 4

19. CONSUMO DI FARMACI (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

19.1 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che le sono stati PRESCRITTI da un medico? Escluda pillole e ormoni assunti per contraccezione.

SI.....1

NO.....2

19.2 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine NON PRESCRITTI da un medico? Escluda pillole e ormoni assunti per contraccezione.

SI.....1

NO.....2

20. PREVENZIONE (S)

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

20.1 Ha mai fatto il vaccino contro l'influenza?

SI, meno di 2 anni fa 1

SI, 2 anni fa o più 2

NO, mai fatto 3

andare a domanda 20.3

(Per le persone che hanno fatto il vaccino contro l'influenza meno di 2 anni fa, codice 1 a domanda 20.1)

20.2 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il vaccino contro l'influenza?

____-____ andare a domanda 20.4
Mese Anno

(Se ha fatto il vaccino 2 anni fa o più o non lo ha mai fatto, codice 2 o 3 a domanda 20.1)

20.3 Per quale motivo non ha fatto il vaccino antinfluenzale?

(possibili più risposte)

Non penso di essere un soggetto a rischio 1

Nessun medico me l'ha consigliato 2

Per prudenza / per timore dei rischi 3

Ho dubbi sulla sua efficacia 4

Non mi sono adeguatamente informato 5

Lo farò solo se sarà erogato gratuitamente 6

Per altro motivo 7

(specificare)

20.4 Quando è stata l'ultima volta che le è stata misurata la pressione arteriosa da personale sanitario (medico, infermiere, farmacista, ecc.)?

Meno di 12 mesi fa 1

Da 1 anno a meno di 3 anni fa 2

Da 3 anni a meno di 5 anni fa 3

5 anni fa o più 4

Mai 5

20.5 Quando è stata l'ultima volta che le è stato misurato il colesterolo nel sangue da personale sanitario (medico, infermiere, farmacista, ecc.)?

- Meno di 12 mesi fa1
- Da 1 anno a meno di 3 anni fa.....2
- Da 3 anni a meno di 5 anni fa.....3
- 5 anni fa o più.....4
- Mai.....5

20.6 Quando è stata l'ultima volta che le è stata misurata la glicemia (zucchero nel sangue) da personale sanitario (medico, infermiere, farmacista, ecc.)?

- Meno di 12 mesi fa1
- Da 1 anno a meno di 3 anni fa.....2
- Da 3 anni a meno di 5 anni fa.....3
- 5 anni fa o più.....4
- Mai.....5

20.7 Quando ha fatto l'ultima volta il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci?

- Meno di 12 mesi fa.....1
- Da 1 anno a meno di 2 anni fa.....2
- Da 2 anni a meno di 3 anni fa.....3
- 3 anni fa o più.....4
- Mai.....5

20.8 Quando ha fatto l'ultima volta la colonscopia?

- Meno di 12 mesi fa1
- Da 1 anno a meno di 5 anni fa.....2
- Da 5 anni a meno di 10 anni fa.....3
- 10 anni fa o più.....4
- Mai.....5

ATTENZIONE!

Le **DONNE** di 15 anni e più rispondono alle domande da 20.9 a 20.17 sulla mammografia, il pap test e il test HPV. Gli **UOMINI** vanno alla Sezione 21.

20.9 Quando ha fatto l'ultima volta la mammografia?

- Meno di 12 mesi fa.....1
- Da 1 anno a meno di 2 anni fa.....2
- Da 2 anni a meno di 3 anni fa.....3
- 3 anni fa o più.....4
- Mai.....5 → **andare a domanda 20.14**

20.10 Ha fatto l'ultima mammografia in assenza di disturbi o sintomi?

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

20.11 Facendo riferimento all'ultima mammografia è stata fatta:

- Su invito di una struttura sanitaria pubblica (programma di screening)1
- Di propria iniziativa2
- Su consiglio di un medico generico.....3
- Su consiglio di un medico specialista.....4
- Altro5

(specificare)

20.12 A che età ha fatto la prima mammografia? (S)

Età (in anni compiuti).....|_|_|

20.13 Con quale frequenza ha fatto i controlli successivi alla prima mammografia?

- Almeno 1 volta l'anno.....1
- Ogni 2 anni.....2
- Ogni 3 anni.....3
- Oltre i 3 anni.....4

20.14 Quando ha fatto l'ultima volta il pap test?

- Meno di 12 mesi fa1
- Da 1 anno a meno di 2 anni fa.....2
- Da 2 anni a meno di 3 anni fa.....3
- 3 anni fa o più.....4
- Mai.....5

20.15 Quando ha fatto l'ultima volta il test per la ricerca del Papilloma virus (HPV)?

- Meno di 12 mesi fa1
- Da 1 anno a meno di 2 anni fa.....2
- Da 2 anni a meno di 3 anni fa.....3
- 3 anni fa o più.....4
- Mai.....5

ATTENZIONE!

Le **DONNE** di 15 anni e più che non hanno mai fatto il pap-test o il test HPV (codici 5 a domanda 20.14 e 20.15) vanno alla Sezione 21. Le altre continuano.

20.16 A che età ha fatto il primo pap test o il test HPV? Se li ha fatti entrambi indichi l'età che aveva al primo test. (S)

Età (in anni compiuti)|_|_|

20.17 Con quale frequenza ha fatto i controlli successivi al primo pap test o test HPV?

- Almeno 1 volta l'anno.....1
- Ogni 2 anni.....2
- Ogni 3 anni.....3
- Oltre i 3 anni4

21. DIFFICOLTÀ DI ACCESSO A PRESTAZIONI E CURE SANITARIE

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

A volte, le persone hanno problemi ad ottenere prestazioni e cure mediche quando ne hanno bisogno. Le prossime domande sono relative a questi problemi.

21.1 Negli ultimi 12 mesi ha effettuato qualche prestazione sanitaria (visite mediche, analisi cliniche, accertamenti diagnostici, ecc.) in ritardo perché la lista d'attesa era troppo lunga?

- SI.....1
- NO, l'ho effettuate senza ritardi2
- NO, non ho avuto bisogno di prestazioni sanitarie.....3

21.2 Negli ultimi 12 mesi ha effettuato qualche prestazione sanitaria (visite mediche, analisi cliniche, accertamenti diagnostici, ecc.) in ritardo per difficoltà dovute alla distanza o alla disponibilità di mezzi di trasporto?

- SI.....1
- NO, l'ho effettuate senza ritardi2
- NO, non ho avuto bisogno di prestazioni sanitarie.....3

21.3 Negli ultimi 12 mesi le è mai successo di avere bisogno delle seguenti prestazioni o cure sanitarie che poi NON ha più fatto perché non poteva pagarle o costavano troppo? (S)

(una risposta per ogni riga)

	SI	NO	Non ho avuto bisogno
1. Esami o cure mediche (escluse odontoiatriche o ortodontistiche)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Esami o trattamenti dentistici od ortodontistici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Farmaci prescritti da un medico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Terapie da uno psicologo, uno psichiatra o uno psicoterapeuta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

22. SOSTEGNO SOCIALE

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Questa sezione è relativa alle sue relazioni sociali.

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

- Nessuna1
- 1 o 2.....2
- Da 3 a 5.....3
- 6 o più.....4

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

- Molta attenzione e molto interesse...1
- Abbastanza attenzione e interesse2
- Né poco, né molto.....3
- Scarsa attenzione e scarso interesse4
- Nessuna attenzione e nessun interesse5

22.3 In caso di bisogno, quanto le risulterebbe facile ricevere un aiuto pratico da parte dei suoi vicini di casa?

- Molto facile1
- Facile.....2
- Possibile.....3
- Difficile.....4
- Molto difficile5

23. CURE O ASSISTENZA FORNITE

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

Le prossime domande si riferiscono agli aiuti che lei fornisce ad altre persone con problemi di salute. **Non consideri** gli aiuti forniti nell'ambito della propria attività professionale o di volontariato.

23.1 Lei si prende cura o assiste, almeno una volta a settimana, una o più persone con problemi di salute dovuti all'invecchiamento o a patologie croniche?

- SI..... 1
- NO..... 2 → **andare a sezione 24**

23.2 La persona o le persone che Lei assiste sono prevalentemente...

- Familiari che vivono con Lei..... 1
- Familiari che non vivono con Lei 2
- Altre persone 3

23.3 Quante ore a settimana Lei dedica complessivamente ad assistere queste persone?

- Meno di 10 ore a settimana 1
- Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana 2
- 20 ore o più a settimana 3

24. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

24.1 Quale delle seguenti definizioni rappresenta meglio la sua condizione lavorativa attuale?

- Svolge un lavoro o una professione (incluso lavoro non retribuito per un'azienda familiare, apprendistato o tirocinio retribuito, ecc.) 1
- Disoccupato, in cerca di prima o nuova occupazione..... 2
- Studente, in formazione, stagista o tirocinante non retribuito 3
- Ritirato dal lavoro per pensione (di vecchiaia o di anzianità) o per cessazione di attività..... 4
- Casalinga/o 6
- Altra persona inattiva 7

andare al riquadro

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone che NON svolgono un lavoro o una professione (codice 2, 3, 4, 5, 6 o 7 a domanda 24.1). Continuare per gli altri!

(Se svolge un lavoro o una professione, codice 1 a domanda 24.1)

24.2 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei lavora a tempo pieno o a tempo parziale (part-time)?

- Tempo pieno..... 1
- Tempo parziale..... 2

24.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze 1

Un lavoro di:

- Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto)..... 2
 - Prestazione d'opera occasionale 3
- andare a domanda 24.7**

Un lavoro autonomo come:

- Imprenditore 4
 - Libero professionista 5
 - Lavoratore in proprio 6
- andare a domanda 24.6**

Coadiuvante nell'azienda

- di un familiare..... 7
 - Socio di cooperativa..... 8
- andare a domanda 24.7**

(Per le persone che lavorano alle dipendenze, codice 1 a domanda 24.3)

24.4 Si tratta di un lavoro a termine?

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

24.5 Lei è:

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

(Per gli imprenditori, liberi professionisti o lavoratori in proprio, codici 4, 5 e 6 a domanda 24.3)

24.6 Ha dei dipendenti?

Se l'aiutano dei familiari senza essere pagati non li consideri.

- SI 1 → N.
- NO..... 2

24.7 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare
.....
.....
CODICE.....|_|_|_|_|_|_|_|

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

24.8 In quale settore di attività economica lavora?

Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale.

- A. Agricoltura, silvicoltura, caccia, pesca 01
- B. Attività estrattive 02
- C. Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature 03
- D. Fornitura di energia elettrica, gas 04
- E. Fornitura di acqua, gestione reti fognarie e rifiuti 05
- F. Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati 06
- G. Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto 07
- H. Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri 08
- I. Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) 09
- J. Servizi di informazione e comunicazione 10
- K. Attività finanziarie e assicurative 11
- L. Attività immobiliari 12
- M. Attività professionali, scientifiche e tecniche 13
- N. Noleggio, agenzie viaggio, servizi di supporto alle imprese 14
- O. Pubblica amministrazione e difesa 15
- P. Istruzione e formazione 16
- Q. Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido)..... 17
- R. Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento 18
- S. Altre attività di servizi 19
- T. Famiglie e convivenze datori di lavoro per personale domestico, produzione di beni e servizi per uso proprio da parte di famiglie e convivenze 20
- U. Organizzazioni ed organismi extra territoriali 21

25. ASSENZE DAL LAVORO (PER MOTIVI DI SALUTE)(S)

(PER LE PERSONE OCCUPATE DI 15 ANNI E PIÙ, codice 1 a domanda 24.1)

25.1 Negli ultimi 12 mesi, ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute? Consideri ogni tipo di malattia, disturbo, lesione o altro problema di salute per cui si è assentato dal lavoro.

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

(Per le persone che hanno fatto assenze dal lavoro per motivi di salute, codice 1 a domanda 25.1)

25.2 Negli ultimi 12 mesi complessivamente per quanti giorni è stato assente dal lavoro per motivi di salute?

N. di giorni|_|_|_|

ATTENZIONE!
Qui finisce il questionario individuale!

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista individuale -

1) La persona che ha risposto al questionario è:

L'interessato.....1

Altra persona che vive in famiglia ...2 → specificare il numero d'ordine del componente

Altra persona che non vive in famiglia3

(Se al questionario ha risposto un'altra persona, codice 2 o 3 al punto 1)

2) Indicare il motivo: (S)

L'interessato soffre di un grave problema di salute permanente (non temporaneo)1

(Specificare il tipo di problema di salute)

Deterioramento cognitivo (*disabilità mentale, demenza, ecc.*)1

Debilizzazione grave (*malato terminale, persona sottoposta a cure intensive, ecc.*)2

Compromissione organi dei sensi (*problemi di udito, parola, ecc.*)3

L'interessato è ricoverato in ospedale o in altra struttura socio-sanitaria per tutto il periodo di rilevazione.....2

L'interessato è assente dall'abitazione per tutto il periodo di rilevazione (per studio o lavoro).....3

Altro (*specificare*).....4
.....

ANNOTAZIONI.....
.....
.....
.....
.....
.....

QUESTIONARIO FAMILIARE

1. L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

(Con riferimento all'abitazione principale)

1.1 A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

- Affitto e subaffitto... 1
- Proprietà 2
- Usufrutto 3
- Titolo gratuito 4
- Altro 5

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

N. di stanze |_|_|

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

- Seminterrato 1
- Pianterreno 2
- Numero di piano |_|_|

1.4 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
- SI 2

1.5 Esiste un ascensore nell'edificio?

- NO 1
- SI 2

1.6 Si verificano uno o più dei seguenti problemi?

(una risposta per ogni riga)

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

2. AIUTI E SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

2.1 La famiglia ha un'assicurazione sanitaria (per visite, accertamenti o ricoveri)?

- NO..... 1
- SI, per tutti i componenti..... 2
- SI, solo per alcuni componenti..... 3

2.2 La famiglia si avvale del servizio a pagamento di:

(possibili più risposte per ogni riga)

- | | NO | Sì,
italiano | Sì,
straniero |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Collaboratore/
collaboratrice domestico/a ... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Baby-sitter..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Persona che assiste un
anziano o un disabile | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

(Se Sì ad almeno una delle modalità della domanda 2.2, altrimenti andare alla domanda 2.4)

2.3 Per quante ore a settimana?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|
| Collaboratore/
collaboratrice domestico/a... | _ _ | ore a settimana |
| | 00 <input type="checkbox"/> | saltuariamente |
| Baby-sitter..... | _ _ | ore a settimana |
| | 00 <input type="checkbox"/> | saltuariamente |
| Persona che assiste un
anziano o un disabile | _ _ | ore a settimana |
| | 00 <input type="checkbox"/> | saltuariamente |

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

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

2.5 Nel 2018, a quanto ammontava il reddito netto mensile complessivo della sua famiglia?

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

- |_|_|_|_|_|_|_|,|0|0| Euro → **andare a sezione 3**
- Non so..... 9

QUESTIONARIO FAMILIARE

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista -

1) Tipo di abitazione

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

Annotazioni

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

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

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

- Da un componente 1
- Da più componenti 2

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

specificare il numero d'ordine del componente che ha fornito risposte ai quesiti della Scheda Familiare
(cfr. col. 1 della Scheda generale).....

N

DATI SULL'INTERVISTA

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

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

3) Durata dell'intervista

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

4) Disponibilità familiare verso l'intervista

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

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

(COGNOME E NOME LEGGIBILI)