

SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

INDAGINE STATISTICA SULLE FAMIGLIE

INDAGINE EUROPEA
SULLA SALUTE 2019

A	MESE
----------	------------

1	Provincia
	Comune
	Sezione di Censimento

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

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

Questionario per autocompilazione
per le persone di 15 anni e più
(componente n. | | |)

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Stiamo conducendo una ricerca sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari delle famiglie in Italia. La rilevazione, condotta in tutti gli Stati dell'Unione europea, è disciplinata dal Regolamento (UE) n. 255/2018 ed è inserita nel Programma Statistico Nazionale (IST-02565). 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 7 sezioni che si riferiscono a: consumo di tabacco, consumo di bevande, stato di salute percepito, dolore cronico, partecipazione alla vita sociale, valutazione delle prestazioni sanitarie, allattamento al seno. Per aiutarci la preghiamo di osservare le seguenti indicazioni:

- legga con attenzione ogni singola domanda, compreso il testo in rosso e metta una croce sul riquadro corrispondente alla risposta che ha scelto, così* ;
- alcune volte troverà uno spazio per scrivere dei numeri. Scriva il numero all'interno dello spazio, così |2|6| o così |7|;*
- è necessario fornire una sola risposta, a meno che non sia precisato tra parentesi che sono possibili più risposte;*
- via via che compilerà il questionario, troverà le indicazioni su come proseguire, anche con l'ausilio grafico di frecce. Legga con attenzione tutte le parti del questionario, compreso il testo nei riquadri in rosso, che le daranno istruzioni su come proseguire nella compilazione;*
- in alcuni casi, a seconda della risposta scelta, dovrà saltare alcune domande seguendo le istruzioni filtro scritte in rosso.*

Se incontra delle difficoltà a rispondere si rivolga alla persona che le ha consegnato il questionario, che gentilmente le fornirà ogni utile spiegazione. In particolare il rilevatore ha ricevuto specifica formazione per aiutare nella compilazione i minori di età compresa tra i 15 e 17 anni.

Le siamo molto grati per la sua gentile disponibilità

INFORMATIVA AGLI INTERVISTATI

Come segnalato nella lettera che la sua famiglia ha ricevuto a firma del Presidente dell'Istat (di cui si prega di prendere visione), nonché nel retrocopertina del questionario per intervista (modello Giallo), le informazioni fornite saranno trattate nel rispetto della normativa in materia di segreto statistico e di protezione dei dati personali, i cui riferimenti normativi sono riportati nel retro del questionario.

Per i **“quesiti di natura sensibile”** (categorie particolari di dati personali, art.9 Reg.UE 2016/679), presenti in questo modello di rilevazione (Modello Azzurro, per autocompilazione), ovvero i quesiti della sezione 3 (Stato di salute percepito), sezione 4 (Dolore cronico), sezione 5 (Partecipazione alla vita sociale), sezione 6 (Valutazione delle prestazioni sanitarie), **non sussiste obbligo di risposta**. Tali quesiti (o anche le intere sezioni) sono segnalati con una **esse in rosso (S)**.

Scheda Individuale del componente n. [][] (col. 1 della Scheda Generale)

Data di nascita [][] [][] [][][][]
Giorno Mese Anno

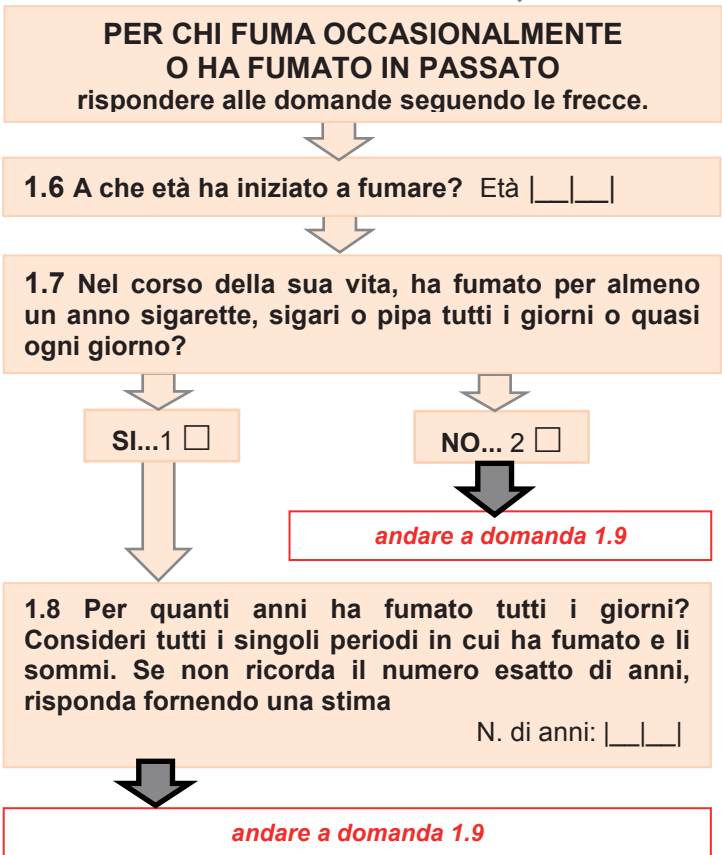
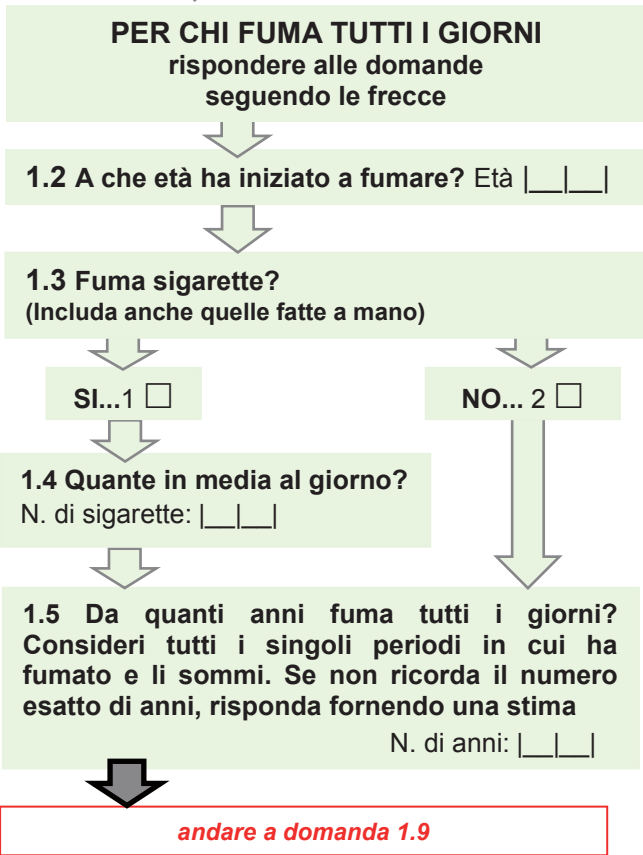
Sesso Maschio1
Femmina2

1. CONSUMO DI TABACCO

Questa sezione è relativa alla sua abitudine al fumo e all'esposizione al fumo di tabacco.

1.1 Lei attualmente fuma? Consideri sigarette, sigari o pipa ma escluda le sigarette elettroniche o altri strumenti elettronici che vaporizzano.

- SI, tutti i giorni..... 1 andare a domanda 1.2
- SI, occasionalmente 2 andare a domanda 1.6
- NO, ma ho fumato in passato.. 3 andare a domanda 1.6
- NO, non ho mai fumato.... 4 andare a domanda 1.9



PER TUTTI

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

- Tutti i giorni, 1 ora o più al giorno 1
- Tutti i giorni, meno di 1 ora al giorno 2
- Almeno una volta a settimana (ma non tutti i giorni) 3
- Meno di una volta a settimana 4
- Mai o quasi mai 5

1.10 Lei usa la sigaretta elettronica o altri strumenti elettronici che vaporizzano (pipa elettronica, narghilè elettronico, ecc.)?

- SÍ, tutti i giorni.....1
- SÍ, occasionalmente..... 2
- NO, ma l'ho usata in passato.....3
- NO, non l'ho mai usata.....4

2. CONSUMO DI BEVANDE

Questa sezione è relativa alle sue abitudini nel consumo di acqua e bevande alcoliche.

2.1 Abitualmente quanta acqua beve al giorno? Includa acqua di rubinetto e imbottigliata.

- 2 litri o più 1
- 1 litro e mezzo 2
- 1 litro 3
- Mezzo litro 4
- Meno di mezzo litro/ non bevo acqua 5

2.2 Negli ultimi 12 mesi quanto spesso ha consumato bevande alcoliche (birra, vino, superalcolici, liquori, amari, aperitivi alcolici, ecc.)?

- Ogni giorno 1
- 5-6 giorni a settimana 2
- 3-4 giorni a settimana 3
- 1-2 giorni a settimana 4

Per chi ha un consumo settimanale di bevande alcoliche

→ andare a domanda 2.3

- 2-3 giorni al mese 5
- Una volta al mese 6
- Meno di una volta al mese 7

Per chi ha un consumo mensile o annuale di bevande alcoliche

→ andare a domanda 2.7

- Mai negli ultimi 12 mesi
poiché ho smesso di bere alcolici ... 8
- Mai, o solo qualche sorso
o assaggio nella vita 9

Per chi non ha consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi o mai/quasi mai nella vita

→ andare a sezione 3



Per chi consuma bevande alcoliche almeno una volta a settimana con codice 1, 2, 3 o 4 a domanda 2.2.

2.3 Facendo riferimento ai giorni dal lunedì al giovedì, di solito per quanti di questi giorni consuma bevande alcoliche (birra, vino, superalcolici, liquori, amari, aperitivi alcolici, ecc.)?




- Tutti e 4 i giorni 1
- 3 giorni su 4 2
- 2 giorni su 4 3
- 1 giorno su 4 4

→ andare a domanda 2.4

In nessuno dei 4 giorni 5 **→ andare a domanda 2.5**

Per chi beve almeno un giorno dal lunedì al giovedì con codice 1, 2, 3 o 4 a domanda 2.3.

**2.4 Dal lunedì al giovedì, quanti bicchieri di bevande alcoliche beve mediamente al giorno?
Compili il suo diario per ogni bevanda.**

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE DAL LUNEDÌ AL GIOVEDÌ			
bevande	numero di bicchieri al giorno per ogni bevanda		
birra 330ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00
vino 125ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00
aperitivi alcolici 80ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00
amari/ superalcolici 40ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00





Per TUTTI coloro che consumano bevande alcoliche almeno una volta a settimana con codice 1, 2, 3 o 4 a domanda 2.2.

2.5 Facendo riferimento ai giorni dal venerdì alla domenica, di solito per quanti di questi giorni beve bevande alcoliche?

- Tutti e 3 i giorni 1
- 2 giorni su 3 2
- 1 giorno su 3 3
- In nessuno dei 3 giorni 4
- } → **andare a domanda 2.6**
- **andare a domanda 2.7**

Per chi beve almeno un giorno dal venerdì alla domenica con codice 1, 2 o 3 a domanda 2.5.

**2.6 Dal venerdì alla domenica, quanti bicchieri di bevande alcoliche beve mediamente al giorno?
Compili il suo diario per ogni bevanda.**

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE DA VENERDÌ A DOMENICA			
bevande	numero di bicchieri al giorno per ogni bevanda		
birra 330ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00
vino 125ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00
aperitivi alcolici 80ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00
amari/ superalcolici 40ml 	numero, se 1 o più bicchieri _ _	meno di un bicchiere <input type="checkbox"/> 99	nessun bicchiere <input type="checkbox"/> 00

Per chi ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nell'anno con codice 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 a domanda 2.2.

2.7 Negli ultimi 12 mesi, le è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (durante una festa, un pasto, una serata con amici, da solo a casa, ecc.)?

- Sì.....1
 Mai negli ultimi 12 mesi..... 2
 Mai in tutta la vita 3 } → **andare a sezione 3**

Per chi ha risposto Sí, codice 1 a domanda 2.7.

2.8 Quanto spesso le è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione?

- Ogni giorno 1
 5 - 6 giorni a settimana 2
 3 - 4 giorni a settimana..... 3
 1 - 2 giorni a settimana..... 4
 2 - 3 giorni al mese 5
 Una volta al mese 6
 Meno di una volta al mese 7

3. STATO DI SALUTE PERCEPITO (S)

Questa sezione riguarda la percezione del suo stato di salute.

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

- Sí, mi limita parecchio..... 1
- Sí, mi limita parzialmente.....2
- NO, non mi limita per nulla3

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

- Sí, mi limita parecchio..... 1
- Sí, mi limita parzialmente.....2
- NO, non mi limita per nulla3

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

- NO.....1
- Sí..... 2

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

- NO..... 1
- Sí..... 2

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

- NO..... 1
- Sí..... 2

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

- NO..... 1
- Sí..... 2

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

- Per nulla..... 1
- Poco.....2
- Moderatamente.....3
- Abbastanza4
- Molto 5

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

- Sempre 1
- Quasi sempre2
- Una parte del tempo 3
- Quasi mai.....4
- Mai5

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

- Sempre..... 1
- Quasi sempre..... 2
- Una parte del tempo..... 3
- Quasi mai4
- Mai.....5

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

- Sempre..... 1
- Quasi sempre..... 2
- Una parte del tempo..... 3
- Quasi mai4
- Mai.....5

3.11 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 tempo..... 3
- Quasi mai4
- Mai.....5

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

- Sempre..... 1
- Quasi sempre..... 2
- Una parte del tempo..... 3
- Quasi mai4
- Mai.....5

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

- Sempre..... 1
- Quasi sempre..... 2
- Una parte del tempo..... 3
- Quasi mai4
- Mai.....5

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

- Sempre..... 1
- Quasi sempre.....2
- Una parte del tempo..... 3
- Quasi mai4
- Mai.....5

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

- Sempre..... 1
- Quasi sempre2
- Una parte del tempo..... 3
- Quasi mai4
- Mai.....5

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

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

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

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

3.18 Negli ultimi 3 anni le è accaduto qualche evento doloroso o difficile da affrontare?

NO 1

Se SÌ, quale: (sono possibili più risposte)

- Perdita del lavoro suo o di un suo familiare (periodo di disoccupazione, licenziamento, fallimento, ecc.) 2
 Gravi problemi economici (inclusi sfratto e indebitamento, ecc.) 3
 Una sua grave malattia o incidente/infortunio.. 4
 Una grave malattia o incidente/infortunio che ha colpito un suo familiare o persona cara..... 5
 Grave rottura del rapporto di coppia (separazione, divorzio, ecc.)..... 6
 Decesso di un familiare o di una persona cara 7
 Problemi familiari (problemi con figli o altri familiari) 8
 Altro 9

4. DOLORE CRONICO (S)

Questa sezione riguarda il dolore fisico persistente.

4.1 Lei soffre da almeno 3 mesi di un dolore fisico persistente, in una o più parti del corpo?

- SÌ..... 1
 NO..... 2 → **andare a sezione 5**

Se Sì, codice 1 a domanda 4.1

4.2 Quanto è intenso questo dolore fisico persistente?

- Molto lieve..... 1
 Lieve..... 2
 Moderato 3
 Forte 4
 Molto forte 5

4.3 Lei ritiene che questo dolore fisico persistente sia iniziato dopo:

(una sola risposta, indicare la causa prevalente)

- Un intervento chirurgico 1
 Un trauma (da incidente stradale, domestico, sul lavoro o nel tempo libero) 2
 Un tumore 3
 Una malattia (inclusi reumatismi, artriti, artrosi, infezioni, ecc.) diagnosticata da un medico 4
 Una malattia non ben definita che non ha ancora ricevuto una diagnosi 5

4.4 A causa di questo dolore fisico persistente, Lei ha assunto/assume farmaci o ha effettuato/effettua terapie mediche, fisiatriche, riabilitative, ecc.?

- SÌ, con continuità 1
 SÌ, a cicli 2
 SÌ, al bisogno 3
 NO..... 4 → **andare a sezione 5**

Se SÌ, codice 1, 2 o 3 a domanda 4.4

4.5 Lei ritiene che questi trattamenti...

- Le permettano di tornare a star bene 1
 Le tolgano solo una parte del suo dolore 2
 Non abbiano alcun successo 3

5. PARTECIPAZIONE ALLA VITA SOCIALE (S)

I seguenti quesiti si riferiscono alla possibilità per ciascuno di partecipare alle attività della vita quotidiana tanto quanto vorrebbe.

Si propongono innanzitutto delle domande sulle eventuali difficoltà nella mobilità (uscire di casa, utilizzare trasporti, ecc.). Nel rispondere a ciascuna domanda consideri il livello di difficoltà nel muoversi anche utilizzando ausili (bastoni, sedia a rotelle, ecc.) o avvalendosi dell'aiuto di persone che la assistono

5.1 Abitualmente Lei ha difficoltà ad uscire di casa (uscendo per strada) quando vuole o quando ne ha necessità?

- Nessuna difficoltà 1
 Qualche difficoltà 2
 Molta difficoltà 3
 Non ci riesco affatto / Non posso 4
 Non mi interessa / Non voglio 5

5.2 Abitualmente Lei ha difficoltà a muoversi a bordo di un mezzo privato (auto, motorino, scooter, ecc.) sia come conducente che come passeggero, quando vuole o quando ne ha necessità?

- Nessuna difficoltà 1
 Qualche difficoltà 2
 Molta difficoltà 3
 Non ci riesco affatto/ Non posso 4
 Non mi interessa / Non voglio 5
 Non ho la disponibilità di un mezzo privato 6

5.3 Abitualmente Lei ha difficoltà ad utilizzare i trasporti pubblici (autobus, treno, pullman, taxi, ecc.) quando vuole o quando ne ha necessità?

- Nessuna difficoltà1
- Qualche difficoltà.....2
- Molta difficoltà3
- Non ci riesco affatto/ Non posso4
- Non mi interessa / Non ne ho bisogno.....5

5.4 Abitualmente Lei ha difficoltà ad accedere agli edifici quando vuole o quando ne ha necessità? Consideri anche le eventuali difficoltà a spostarsi all'interno dell'edificio e utilizzarne i servizi.

- Nessuna difficoltà1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non ci riesco affatto/ Non posso4

ATTENZIONE!

Le persone che hanno riferito "Nessuna difficoltà" o "Non mi interessa/Non voglio" o "Non ho la disponibilità di un mezzo privato" in tutte le domande da 5.1 a 5.4, vanno a domanda 5.9. Gli altri proseguono.

Per coloro che hanno risposto "Qualche difficoltà" o "Molta difficoltà" o "Non ci riesco affatto/non posso" ad almeno una delle domande da 5.1 a 5.4.

5.5 Le sue difficoltà sono causate da: *(una sola risposta)*

- Problemi di salute di lunga durata /malattia cronica.....1
- Limitazioni nelle funzioni essenziali (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, salire le scale, ecc.)2
- Sia problemi di salute di lunga durata/ malattia cronica, sia limitazioni nelle funzioni essenziali ..3
- Nessuno di questi motivi4

5.6 Quale dei seguenti motivi contribuisce alle difficoltà che incontra?

(sono possibili più risposte)

- Motivi economici1
- Mancanza di fiducia in se stessi2
- Atteggiamenti di sfiducia da parte degli altri3
- Mancanza di adeguati mezzi di trasporto4
- Difficoltà nell'uso dei trasporti (come ad esempio scendere dai mezzi di trasporto, mancanza di disponibilità di posti a sedere, scomodità dei mezzi di trasporto)5
- Difficoltà a parcheggiare (come ad esempio poco spazio).....6
- Scarsità di infrastrutture per l'accessibilità agli edifici (mancanza di ascensori, di rampe, di segnaletica, porte troppo strette, servizi igienici non adattati, ecc.)7
- Altre ragioni. Specificare quali8
-
-

ATTENZIONE!

Le persone che hanno riferito a domanda 5.5 "Nessuno di questi motivi" (codice 4) vanno a domanda 5.9. Gli altri proseguono.

5.7 L'eventuale mancanza di ausili (bastoni, sedia a rotelle, ecc.) peggiora queste difficoltà?

- Sì.....1
- NO.....2

5.8 L'eventuale mancanza di aiuto o di assistenza da parte di persone peggiora queste difficoltà?

- Sì.....1
- NO2

PER TUTTI

Di seguito è riportata una lista delle principali attività della vita quotidiana. Per ognuna di queste attività, dovrebbe dirmi se abitualmente ha difficoltà nello svolgerle.

5.9 Abitualmente Lei ha difficoltà a studiare per imparare cose nuove o acquisire nuove capacità e competenze?

- Nessuna difficoltà1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non ci riesco affatto/ Non posso4
- Non mi interessa / Non voglio farlo5

5.10 Abitualmente Lei ha difficoltà a svolgere il tipo di lavoro retribuito che vorrebbe fare?

- Nessuna difficoltà1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà.....3
- Non ci riesco affatto/ Non posso4
- Non mi interessa / Non voglio farlo5

5.11 Abitualmente Lei ha difficoltà ad usare internet?

- Nessuna difficoltà1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non ci riesco affatto/ Non posso4
- Non mi interessa / Non voglio farlo5

5.12 Abitualmente Lei ha difficoltà a dedicarsi a hobby o a coltivare i suoi interessi (incluso fare sport?)

- Nessuna difficoltà.....1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non ci riesco affatto/ Non posso4
- Non mi interessa / Non voglio farlo5

5.13 Abitualmente Lei ha difficoltà a partecipare alla vita sociale con la famiglia o gli amici, come uscire insieme, andare a cena fuori, partecipare ad eventi (per esempio andare al cinema o assistere ad un evento sportivo?)

- Nessuna difficoltà1
- Qualche difficoltà2
- Molta difficoltà3
- Non ci riesco affatto/ Non posso4
- Non mi interessa / Non voglio farlo5

ATTENZIONE!

Le persone che a tutte le domande da 5.9 a 5.13 hanno risposto con i codici 1 o 5 vanno a sezione 6. Gli altri proseguono.

Per coloro che hanno risposto "Qualche difficoltà", "Molta difficoltà" o "Non ci riesco affatto/ Non posso" in almeno una delle precedenti domande da 5.9 a 5.13.

5.14 Le sue difficoltà sono causate da:
(una sola risposta)

- Problemi di salute di lunga durata/ malattia cronica.....1
- Limitazioni nelle funzioni essenziali (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, salire le scale, ecc.)2
- Sia problemi di salute di lunga durata /malattia cronica, che limitazioni nelle funzioni essenziali.....3
- Nessuno di questi motivi.....4

5.15 Quale dei seguenti motivi contribuisce alle difficoltà che incontra?

(sono possibili più risposte)

- Troppo impegnato/a (con il lavoro, la famiglia o per altre responsabilità) 1
- Motivi economici 2
- Mancanza di fiducia in se stessi3
- Atteggiamenti di sfiducia da parte degli altri 4
- Mancanza di conoscenza o di informazioni 5
- Barriere ambientali o ambiente poco confortevole (per esempio difficoltà di accesso e uso di trasporti pubblici, di accesso agli edifici o negozi, a muoversi per le strade, a parcheggiare, ecc.) 6
- Mancanza di opportunità (per es. la mancanza di un lavoro, di opportunità formative, ecc.) 7
- Altre ragioni. Specificare quali 8
-

ATTENZIONE!

Le persone che hanno riferito a domanda 5.14 "Nessuno di questi motivi" (codice 4) vanno a sezione 6. Gli altri proseguono.

5.16 L'eventuale mancanza di ausili (bastoni, sedia a rotelle, ecc.) peggiora queste difficoltà?

- Sí.....1
- NO.....2

5.17 L'eventuale mancanza di aiuto da parte di persone o di assistenza peggiora queste difficoltà?

- Sí.....1
- NO.....2

6. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE (S)

In questa sezione le chiediamo di esprimere un giudizio riguardo al servizio sanitario, alle visite presso il medico di famiglia e il medico specialista.

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

- Sta migliorando1
- E' più o meno come prima..... 2
- Sta peggiorando.....3
- Non so4

6.2 Negli ultimi 12 mesi si è rivolto al suo medico di famiglia per un problema che riguarda la sua salute? Consideri anche le consultazioni telefoniche o per e-mail.

- Sí.....1
- NO2 → andare a domanda 6.8

6.3 Durante l'ultima visita, il suo medico di famiglia le ha dedicato tempo a sufficienza per discutere dei suoi problemi di salute?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte.....2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto.....4

6.4 Durante l'ultima visita, le spiegazioni che le ha dato il suo medico di famiglia sono state chiare (riguardo la sua salute, le medicine da prendere, gli esami da effettuare, ecc.)?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte.....2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto.....4
- ?N, non avevo bisogno di spiegazioni.....5

6.5 Durante l'ultima visita, il suo medico di famiglia le ha dato la possibilità di porre domande o sollevare dubbi (riguardo la sua salute, le medicine da prendere, gli esami da effettuare, ecc.)?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte.....2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto4
- NO, non avevo bisogno di fare domande.....5

6.6 Durante l'ultima visita, Lei è stato coinvolto quanto avrebbe voluto nelle decisioni prese dal suo medico di famiglia (riguardo la sua salute, le medicine da prendere, gli esami da effettuare, ecc.)?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte.....2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto4
- NO, non ritengo che dovessi essere coinvolto . 5
- NO, non vi erano decisioni da prendere.....6

6.7 Nel complesso, che giudizio dà riguardo la qualità dell'ultima visita del suo medico di famiglia?

- Molto positivo.....1
- Positivo.....2
- Né positivo, né negativo.....3
- Negativo.....4
- Molto negativo.....5

6.8 Negli ultimi 12 mesi ha effettuato una visita medica specialistica (oculistica, ortopedica, cardiologica, ginecologica, psichiatrica, ecc.) per un problema che riguarda la sua salute? Consideri anche le consultazioni telefoniche o per e-mail.

- Sí...1
- NO ...2 **andare a riquadro prima di sezione 7**

6.9 Durante l'ultima visita, il medico specialista le ha dedicato tempo a sufficienza per discutere dei suoi problemi di salute?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte.....2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto.....4

6.10 Durante l'ultima visita, le spiegazioni che le ha dato il medico specialista sono state chiare (riguardo la sua salute, le medicine da prendere, gli esami da effettuare, ecc.)?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto.....4
- NO, non avevo bisogno di spiegazioni.....5

6.11 Durante l'ultima visita, il medico specialista le ha dato l'opportunità di porre domande o sollevare dubbi (riguardo la sua salute, le medicine da prendere, gli esami da effettuare, ecc.)?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto4
- NO, non avevo bisogno di fare domande5

6.12 Durante l'ultima visita, Lei è stato coinvolto quanto avrebbe voluto nelle decisioni prese dal medico specialista (riguardo la sua salute, le medicine da prendere, gli esami da effettuare, ecc.)?

- Sí, decisamente.....1
- Sí, in parte.....2
- NO, non abbastanza.....3
- NO, nel modo più assoluto4
- NO, non ritengo che dovessi essere coinvolto...5
- NO, non vi erano decisioni da prendere.....6

6.13 Nel complesso, che giudizio dà riguardo la qualità dell'ultima visita presso il medico specialista?

- Molto positivo.....1
- Positivo.....2
- Né positivo, né negativo.....3
- Negativo.....4
- Molto negativo.....5

ATTENZIONE!

Proseguono solo le donne di 18 - 54 anni. Per le altre persone il questionario finisce qui.

7. ALLATTAMENTO AL SENO

PER LE DONNE DI 18-54 ANNI

7.1 Lei ha figli naturali (ovvero figli non adottati, né in affidamento) di età fino a 36 mesi (compiuti)?

- Sí.....1
- NO..... 2 **→ il questionario finisce qui**

Per le donne con figli naturali fino a 36 mesi.

Se ci sono più figli di età tra i 0-36 mesi rispondere alle domande successive solo per il figlio più grande.

7.2 Che età aveva il bambino quando lo ha allattato al seno l'ultima volta?

- E' ancora allattato al seno..1
- E' stato allattato al seno.....2
Mesi del bambino ultima volta che è stato allattato

Non è mai stato allattato al seno.....3 **→ il questionario finisce qui**

Se 1 o 2 alla domanda 7.2.

7.3 A che età (in mesi) il bambino ha cominciato a prendere con regolarità acqua, tisane, succhi, latte di origine animale o ad assumere altri alimenti diversi dal latte materno?

- Mesi compiuti
- Mai, è ancora allattato esclusivamente al seno...99

**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 l'interessato 1

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando una persona che vive in famiglia 2
numero d'ordine del componente |_|_|

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando una persona che NON vive in famiglia..... 3

Il questionario è stato compilato personalmente dall'interessato 4

Il questionario è stato compilato da una persona che vive in famiglia 5
numero d'ordine del componente |_|_|

Il questionario è stato compilato da una persona che NON vive in famiglia 6

Il questionario non è stato compilato per rifiuto 7

Il questionario non è stato compilato per assenza del rispondente 8

(Se il questionario è stato compilato personalmente o da altra persona, codici 4, 5 o 6 a domanda 2)

3) Il questionario è stato compilato:

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

In modo completo con difficoltà.....2

In modo incompleto e lacunoso.....3

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

(NOME E COGNOME LEGGIBILI)

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).



MISTO
Carta da fonti gestite
in maniera responsabile
FSC® C014316