

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI 1999 - 2000

7	CODICE INTERVISTATORE	
---	-----------------------	--

8	Data di consegna all'ufficio del Comune <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;"> giorno mese anno </div> </div>
	<h2 style="margin: 0;">L'INTERVISTATORE</h2> <hr style="border-top: 1px dashed black; margin: 10px 0;"/> <p style="margin: 0;">(Cognome e nome leggibili)</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Visto per la revisione</p> <p>IL CAPO DELL'UFFICIO</p> <p>ADDETTO ALLA RILEVAZIONE</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> </div>

1	MESE	
----------	------------	--

2 Provincia |_|_|_|_|

Comune |_|_|_|_|

Sezione di Censimento |_|_|_|_| I |_|_|_|_|

3	Numero generale progressivo
	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> </div>
Da 001 al totale dei modelli ISTAT/IMF-8/A compilati dal Comune nel trimestre	
<i>(a cura del Comune)</i>	

4	Numero d'ordine della famiglia nell'elenco di appartenenza (Mod. ISTAT/IMF/1)
	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> </div>
	Da 001 al totale delle famiglie dell'elenco IMF/1 nel trimestre

5	Numero dei componenti la famiglia anagrafica
	<div style="text-align: center;"> _ _ </div> (Da col. 4 del Mod. ISTAT/IMF/1)

6	Numero dei componenti la famiglia attuale <div style="text-align: center;"> _ _ </div>
----------	---

SCHEDA GENERALE

[illegible]

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 Residenza all'indirizzo

Dimorante abitualmente	
- presente	1
- temporaneamente assente	2

Col. 3 Relazione di parentela con PR

PR (persona di riferimento del questionario)	01
Coniuge di 01	02
Convivente (coniugalmente) di 01	03
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 01	04
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01	05
Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza	06
Figlio di 01 o del coniuge o convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a)	07
Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) ...	08
Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)	09
Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)	10
Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)	11
Fratello/sorella di 01	12
Fratello/sorella del coniuge o convivente di 01	13
Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)	14
Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)	15
Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01)	16
Persona legata da amicizia	17

Col. 4 Sesso

Maschio	1
Femmina	2

Col. 5 Data di nascita

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

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

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

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

Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea	1
Laurea	2
Diploma universitario	3
Diploma o qualifica di scuola media sup. (4-5 anni)	4
Diploma o qualifica di scuola media sup. (2-3 anni)	5
Licenza di scuola media inferiore	6
Licenza elementare	7
Nessun titolo - sa leggere e scrivere	8
Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere	9

Col. 8 Fonte di reddito principale (Per le persone di 14 anni e più)

Reddito da lavoro dipendente	1
Reddito da lavoro autonomo	2
Pensione	3

Indennità e provvidenze varie	4
Redditi patrimoniali	5
Mantenimento da parte dei familiari	6

Col. 9 Condizione (Per le persone di 14 anni e più)

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

Col. 10 Lavoro in passato

No	1
Sì	2

Col. 11 Professione

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

Col. 12 Numero di anni nella professione (b)

Col. 13 Posizione nella professione (b)

a) Alle dipendenze come:

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

b) Autonomo come:

Imprenditore	07
Libero professionista	08
Lavoratore in proprio	09
Socio di cooperativa di produzione di beni e/o prestazioni di servizio	10
Coadiuvante	11

Col. 14 Attività economica (b)

Agricoltura, caccia, pesca	1
Industria, estrazione, manifatturiera, energia	2
Costruzioni	3
Commercio all'ingrosso e al dettaglio, alberghi e ristoranti	4
Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni	5
Intermediazione, noleggio, altre attività professionali	6
Pubblica amministrazione e difesa	7
Istruzione, sanità ed altri servizi sociali	8
Altri servizi pubblici sociali	9

(a) A col. 3 il cod. 07 va utilizzato solo nel caso di due o più matrimoni (o convivenze). Nel caso di un solo matrimonio (o convivenza) anche se cessato utilizzare cod. 06.

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

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

2. CONDIZIONE DI SALUTE *(PER TUTTI)*

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

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite....) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi....). Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste 4 settimane

NO.....000 ☐

SI, specificare e codificare

..... | | | |
 | | | |
 | | | |
 | | | |
 | | | |

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

NO 1 ☐ SI 2 ☐

(Per le persone che hanno indicato almeno una risposta affermativa ad una delle domande 2.1 o 2.2)

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

NO 00 ☐

SI, per quanti giorni? N. | | |

Quanti a letto? N. | | |

(Per gli occupati che hanno risposto affermativamente alla domanda 2.3)

2.4 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute?

NO 00 ☐

SI, per quanti giorni? N. | | |

3. INVALIDITA' E RIDUZIONE DI AUTONOMIA

(PER TUTTI)

3.1 E' affetto da una malattia cronica o da una invalidità permanente che riduce l'autonomia personale fino a richiedere l'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa?

NO 1 ☐

SI, in modo saltuario, per alcune esigenze 2 ☐

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

3.2 E' affetto da una o più delle seguenti invalidità? Se sì, a che età è insorta? Quale ne è stata la causa? Usa la sedia a rotelle?
(una risposta per ogni riga)

		(Se Sì')					
INVALIDITA'	E' affetto?	A che età è insorta? (età in anni compiuti)	Quale ne è stata la causa? (una sola risposta)				Usa la sedia a rotelle? (solo per invalidità da insufficienza mentale o invalidità motoria)
			Condizioni precedenti o legate alla nascita	Traumi, incidenti	Malattie croniche progressive	Conseguenza di malattie acute	
	NO 1 <input type="checkbox"/>						
	SI 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	NO 1 <input type="checkbox"/>						
	SI 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	NO 1 <input type="checkbox"/>						
	SI 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	NO 1 <input type="checkbox"/>						
	SI 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	No 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/>
	NO 1 <input type="checkbox"/>						
	SI 2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	No 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/>

4. PESO, STATURA, DIETA (PER TUTTI)

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

Peso Kg

Statura Cm

4.2 Usa controllare frequentemente il suo peso?

Sì, tutti i giorni1 ☐

Sì, più di una volta a settimana2 ☐

Sì, una volta a settimana3 ☐

Sì, qualche volta al mese4 ☐

Sì, qualche volta durante l'anno5 ☐

No, mai6 ☐

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

NO 1 ☐ SI 2 ☐

→ Passare alla sezione 5

(Se Sì)

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

NO 1 ☐ SI 2 ☐

4.5 Che tipo di dieta alimentare osserva?

Ipocalorica1 ☐

Iposodica2 ☐

Macrobiotica3 ☐

Vegetariana4 ☐

Altro5 ☐

5. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)

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

NO 1 ☐

SI 2 ☐ → N. di volte

5.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso alla guardia medica pubblica?

NO 1 ☐

SI 2 ☐ → N. di volte

5.3 Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite mediche del medico di famiglia o di medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?
(Escludere le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero in un day hospital; includere le visite di lavoro e sportive)

NO 1 ☐ → passare alla sezione 6

SI 2 ☐ → N. di volte

(Se SÌ)

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

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

5.5 Indicare, per ciascun tipo di visita, il numero totale di visite, il numero delle visite a pagamento intero, il numero delle visite domiciliari.

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

(Facendo riferimento all'ultima visita medica, anche quando siano state effettuate più visite nello stesso giorno)
INDICARE:

5.6 Tipo di visita (utilizzare i codici del quesito 5.5)
 Codice

5.7 Spesa sostenuta

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

Oltre 500.000 lire 7 ☐
 Non so 8 ☐

5.8 Tipo di specialista e se per scelta o per necessità

	Per scelta	Per necessità
Privato accreditato (convenzionato)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Privato a pagamento intero	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Pubblico	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Pubblico, a pagamento intero	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Non so	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

5.9 Giorni intercorsi tra la richiesta e lo svolgimento della visita

Nessuno o a data fissa 999 ☐
 Giorni N.

6. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (PER TUTTI)

6.1 Nelle ultime 4 settimane ha effettuato accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?

NO 1 ☐ → passare a domanda 6.7

SI 2 ☐ → N. di volte

(Se SI)

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

Tipo di visita	Codice	Numero	
		Totale	a pagamento intero
Analisi del sangue	01	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Analisi delle urine	02	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Ecografia	03	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
TAC	04	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Risonanza magnetica nucleare	05	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Altri accertamenti radiografici	06	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Elettrocardiogramma	07	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Pap test, striscio vaginale	08	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Mammografia	09	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Gastrosopia	10	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Colon/rettoscopia	11	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Reazione alla tubercolina	12	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Altri accertamenti	13	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>

(Facendo riferimento all'ultimo accertamento, anche quando siano stati effettuati più accertamenti nello stesso giorno)
INDICARE:

6.3 Tipo di accertamento (utilizzare i codici del quesito 6.2)

Codice

6.4 Tipo di struttura utilizzata (e se per scelta o per necessità):

	Per scelta	Per necessità
Pubblica	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Privata accreditata		

(convenzionata) 2 ☐ 2 ☐
 Privata a pagamento intero 3 ☐ 3 ☐
 Centro donazione sangue 4 ☐ 4 ☐
 Non so 5 ☐ 5 ☐

6.5 Spesa sostenuta:

Nulla 1 ☐
 Fino a 50.000 lire 2 ☐
 Da 50.001 a 100.000 lire 3 ☐
 Da 100.001 a 200.000 lire 4 ☐
 Da 200.001 a 300.000 lire 5 ☐
 Da 300.001 a 500.000 lire 6 ☐
 Oltre 500.000 lire 7 ☐
 Non so 8 ☐

6.6 Quanti giorni sono intercorsi tra la richiesta alla struttura e l'effettuazione dell'accertamento?

Nessuno o a data fissa 999 ☐
 Giorni N.

(Per TUTTI indipendentemente dalle risposte fornite ai quesiti precedenti)

6.7 Nelle ultime 4 settimane le è stato prescritto qualche accertamento diagnostico che, per diversi motivi, ha deciso di non fare?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

7. SERVIZI OSPEDALIERI (PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato per almeno una notte in un ospedale pubblico o privato?

(considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

NO 1 ☐ → passare alla sezione 8
 SI 2 ☐ → N. di volte

(Se Sì)

7.2 Per quante notti complessivamente è stato ricoverato nei 3 mesi?

(considerare il numero complessivo di notti relativamente a tutti i ricoveri avvenuti nei tre mesi)

N. di notti

7.3 Facendo riferimento all'ultimo ricovero, da chi è stato disposto il ricovero?

Dal medico di famiglia (o pediatra per bambini)..... 1 ☐
 Da medico del pronto soccorso dell'ospedale 2 ☐
 Da un medico specialista
 dell'ospedale 3 ☐
 Da un medico specialista esterno
 all'ospedale 4 ☐
 Altro 5 ☐

7.4 Per quale motivo si è ricoverato?

Malattia..... 1 ☐
 Incidente 2 ☐
 Parto o nascite senza complicazioni 3 ☐
 Parti o nascite (anche cesarei)
 con complicazioni..... 4 ☐
 Complicazioni della gravidanza
 (escluso parto) 5 ☐
 Accertamenti per controllo dello stato
 di salute 6 ☐
 Altro 7 ☐

7.5 In quale tipo di struttura è avvenuto il ricovero?

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

7.6 La struttura era situata nel suo Comune di residenza?

Sì 1 ☐
 No, in un altro Comune della
 stessa Provincia 2 ☐
 No, in un'altra Provincia della
 stessa Regione 3 ☐
 No, in un'altra Regione 4 ☐
 No, all'Estero 5 ☐

} passare a domanda 7.8

(Se si è recato fuori dalla sua Provincia di residenza, codd. 3,4,5 al quesito 7.6)

7.7 Per quale motivo è stato ricoverato in una struttura al di fuori della sua Provincia di residenza?

(possibili più risposte)

Non c'è ospedale nella mia Provincia 1 ☐
 Non c'è reparto adatto negli ospedali
 della mia Provincia 2 ☐
 Non ero sicuro della qualità del
 Servizio 3 ☐
 Mi fidavo di più della struttura che ho
 scelto 4 ☐
 L'attesa era troppo lunga, non c'era posto
 negli ospedali della mia Provincia 5 ☐
 Per consiglio di esperti e/o conoscenti..... 6 ☐
 Altro 7 ☐

(Per tutte le persone che sono state ricoverate)

7.8 Per quante notti è stato ricoverato?

N.

7.9 Nel corso del ricovero ha subito interventi chirurgici?

NO 1 ☐ SÌ 2 ☐

7.10 Ha dovuto prenotare il ricovero?

Sì 1 ☐
 No, sono stato ricoverato tramite
 pronto soccorso 2 ☐
 No, l'ospedale mi ha fissato la data

} passare a

del ricovero 3 ☐ **domanda 7.12**
No, altro 4 ☐

(Se SI')

7.11 Quanti giorni sono trascorsi tra la prenotazione del ricovero e l'effettivo ricovero?

Giorni N.

(Per tutte le persone che sono state ricoverate)

7.12 Ha contribuito, direttamente o tramite un'assicurazione privata, al pagamento delle spese sanitarie e/o a quelle per altri servizi relativi al ricovero?

NO 1 ☐ → **passare a domanda 7.14**

SI' 2 ☐

(Se SI')

7.13 Il contribuito ha riguardato:

	Direttamente	Tramite Assicurazione privata
Spese sanitarie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altre spese (stanza, TV, ecc.)	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Entrambe	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone che sono state ricoverate)

7.14 Ha avuto bisogno di essere assistito durante le notti trascorse in ospedale da parte di persone esterne, familiari e non, gratuitamente o a pagamento?

NO 1 ☐ → **passare alla sezione 8**

SI 2 ☐

(Se SI')

7.15 Da quali persone?

(possibili più risposte)

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

SI..... 2 ☐ → N. volte

9. PRONTO SOCCORSO *(PER TUTTI)*

9.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso al pronto soccorso in un ospedale pubblico o privato?

(Escludere gli episodi seguiti dal ricovero)

NO 1 ☐

SI 2 ☐ → n. di volte

10. SERVIZI SANITARI-RIABILITAZIONE *(PER TUTTI)*

10.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a strutture ospedaliere, extraospedaliere o ambulatoriali per

prestazioni di riabilitazione, ovvero per recupero e rieducazione funzionale (fisioterapia, logoterapia, ecc.) ?

NO 1 ☐ → **passare alla sezione 11**

SI 2 ☐ → n. di volte

(Se SI')

10.2 Consideri l'ultimo ciclo di prestazioni effettuate:

Dove si sono svolte le prestazioni?

(una sola risposta)

Ospedale (con pernottamento) 1 ☐ Ospedale (senza pernottamento)..... 2 ☐

Istituto di riabilitazione non ospedaliero
(con pernottamento)..... 3 ☐

Istituto di riabilitazione non ospedaliero
(senza pernottamento)..... 4 ☐

Ambulatorio..... 5 ☐

Altro..... 6 ☐

10.3 In quale tipo di struttura sono state effettuate le prestazioni?

Pubblica 1 ☐

Privata 2 ☐

10.4 Ha dovuto pagare le prestazioni?

Si, solo il ticket 1 ☐

Si, l'intera prestazione 2 ☐

Si, parte con ticket e parte a pagamento..... 3 ☐

No..... 4 ☐

11. ASSISTENZA DOMICILIARE *(PER TUTTI)*

11.1 Negli ultimi 3 mesi ha usufruito di assistenza

domiciliare? (Servizio offerto gratuitamente dall'ASL, ex USL, o dal Comune a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti nella propria abitazione)

NO 1 ☐ → **passare alla sezione 12**

SI' 2 ☐ → n. di volte

(Se SI')

11.2 Consideri l'ultima volta che ha usufruito dell'assistenza domiciliare: che tipo di assistenza ha ricevuto?

Esclusivamente sanitaria 1 ☐

Esclusivamente sociale 2 ☐

Sanitaria e sociale 3 ☐

11.3 Da chi ha ricevuto l'assistenza?

(possibili più risposte)

Medico generico ... 1 ☐

Medico specialista 2 ☐

Infermiere/a 3 ☐

Fisioterapista 4 ☐

Assistente sociale 5 ☐
 Assistente domiciliare 6 ☐

11.4 Per quale motivo ha richiesto l'assistenza domiciliare?
(una sola risposta)

Malattie cronico - degenerative (ad es. problemi cardio-respiratori, osteo-articolari, demenza senile, ecc.) 1 ☐
 Handicap psicofisico, sensoriale (ad es. insufficienza mentale, cecità, ecc.) 2 ☐
 Problemi dovuti a dimissione precoce dall'ospedale (ad es. cure post operatorie, ecc.).. 3 ☐
 Cure per pazienti terminali (ad es. malattie oncologiche, AIDS, ecc.)..... 4 ☐
 Trattamenti emodialitici 5 ☐
 Altro..... 6 ☐

12. ALTRI SERVIZI *(PER TUTTI)*

12.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:
(una risposta per ogni riga; se Sì, indicare il numero di volte)

	NO	SI	N. di volte
Consultorio familiare.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Centri di assistenza Psichiatrica (centri di igiene mentale)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

13. ASSISTENZA O ASSICURAZIONE INTEGRATIVA *(PER TUTTI)*

13.1 Lei è esente da ticket per l'acquisto di farmaci o per l'effettuazione di accertamenti diagnostici?

NO 1 ☐
 SI, per patologia (malattia cronica o invalidità) 2 ☐
 SI, per altro motivo 3 ☐

13.2 Attualmente è tutelato da una o più delle seguenti forme di assistenza o assicurazione?
(una risposta per ogni riga)

	NO	SI'	NON SO
Integrativa aziendale a contribuzione volontaria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Integrativa volontaria non aziendale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Polizza privata di assicurazione sanitaria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

14. MEDICINA ALTERNATIVA *(PER TUTTI)*

14.1 Si sente parlare spesso di alcuni tipi di medicina alternativa: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe), trattamenti manuali per l'apparato osteoarticolare (ad es. osteopatia, chiropratica). Ritieni che siano utili?
(una risposta per ogni riga)

	NO	SI	NON SO
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

(Se Sì, ad almeno un tipo di medicina alternativa, altrimenti passare a domanda 14.3)

14.2 Per quali dei seguenti motivi ritiene utili tali terapie:
(possibili più risposte)

Per la loro maggiore efficacia rispetto alle terapie convenzionali..... 1 ☐
 Per la loro minore tossicità..... 2 ☐
 Per convinzioni culturali..... 3 ☐
 Perché si basano su un migliore rapporto medico-paziente..... 4 ☐
☐ Perché per alcuni tipi di patologie sono l'unica alternativa possibile..... 5 ☐
 Non so/non ho un'opinione precisa..... 6 ☐

(Per TUTTI)

14.3 Ha mai fatto uso dei seguenti tipi di medicina alternativa?
(una risposta per ogni tipo di medicina alternativa. Considerare sia l'uso negli ultimi 3 anni che l'uso negli ultimi 12 mesi)

	Uso negli ultimi 3 anni		Uso negli ultimi 12 mesi	
	NO	SI	NO	SI
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Attenzione!
 Coloro che non hanno fatto uso di medicina alternativa passano alla Sezione 15.
 Continuare per TUTTI gli altri.

(Se ha fatto uso di almeno un tipo di medicina alternativa)

14.4 Per quale tipo di problemi/patologia ha utilizzato i seguenti tipi di medicina alternativa?
(una risposta per ogni riga)

	Non ne ha Fatto ricorso	Patologie- croniche	Patologie acute	Sindromi dolorose	Problemi psicologici	Per migliorare la qualità della vita
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Fitoterapia 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
 Trattamenti
 manuali 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
 Altro 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

14.5 Ritiene di averne avuto benefici?

(una risposta per ogni tipo di medicina alternativa utilizzata)

	Non ne ha fatto ricorso	No	Sì	Solo in parte	Non so
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

14.6 E' ricorso ad almeno un tipo di medicina alternativa:

(possibili più risposte)

Su consiglio di un medico..... 1 ☐
 Su consiglio di altro personale sanitario (farmacista, infermiere)...2 ☐
 Su indicazione di altre persone (familiari, amici).....3 ☐
 Di propria iniziativa4 ☐
 Su iniziativa dei genitori..... 5 ☐
 Sulla base di informazioni ricavate dai mass media (stampa, TV, radio)..... 6 ☐
 Non so/non ricordo.....7 ☐

14.7 Il suo medico di famiglia è al corrente del ricorso alla medicina alternativa?

NO..... 1 ☐
 SI'..... 2 ☐
 Non ricordo..... 3 ☐

Attenzione!

Le persone fino a 5 anni di età passano alla Sezione 16. Continuare per TUTTI gli altri.

15. ATTIVITA' FISICA (PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIU')

15.1 Nel suo tempo libero ha praticato negli ultimi 12 mesi con carattere di continuità una o più attività fisica o sportiva che ha richiesto ALLENAMENTI INTENSIVI (sport agonistici e non, palestra ecc..)?

NO 1 ☐
 SI, oltre 4 ore a settimana .. 2 ☐
 SI, 4 ore a settimana.....3 ☐
 SI, meno di 4 ore a settimana.....4 ☐

(Se NO)

passare a domanda 15.4

15.2 Nel suo tempo libero ha praticato negli ultimi 12 mesi regolarmente una o più attività fisica o motoria FINO AL PUNTO DI SUDARE UN PO' (jogging, palestra, passeggiate in bicicletta, giardinaggio, ecc..)?

NO 1 ☐
 SI, oltre 4 ore a settimana... 2 ☐
 SI, 4 ore a settimana..... 3 ☐
 SI, meno di 4 ore a settimana..... 4 ☐

passare a domanda 15.4

(Se NO)

15.3 Svolge abitualmente una attività fisica e motoria LEGGERA (passeggiate a piedi per almeno un chilometro, salire le scale ecc..)?

NO 1 ☐ → per le persone di 14 anni e più, passare a domanda 15.6, altrimenti passare alla sezione 16
 SI, oltre 4 ore a settimana..... 2 ☐
 SI, 4 ore a settimana..... 3 ☐
 SI, meno di 4 ore a settimana..... 4 ☐

(Se SI a domanda 15.1 o 15.2 o 15.3)

15.4 Qual è il motivo principale per cui pratica attività sportiva, motoria o fisica nel suo tempo libero?

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

Attenzione!

Le persone fino a 13 anni di età passano alla Sezione 16. Continuare per TUTTI gli altri.

(Per le persone di 14 anni e più)

15.6 Svolge lavoro domestico? Se sì, quante ore dedica mediamente alla settimana al lavoro domestico e familiare?

No 1 ☐ → per gli occupati, passare a domanda 15.9, altrimenti passare alla sezione 16
 Si2 ☐

(Se SI' a domanda 15.6)

15.7 Il suo lavoro domestico è prevalentemente caratterizzato da attività fisica ?

Scarsa1 ☐
 Modesta2 ☐
 Pesante, fino al punto di sudare un po'3 ☐

(Solo per gli occupati [cod. 1 a col. 9 della Scheda Generale])

15.9 La sua attività lavorativa è prevalentemente caratterizzata da attività fisica?

Scarsa, la maggior parte del tempo è trascorsa stando seduti1 ☐
 Modesta, la maggior parte del tempo è trascorsa stando in piedi2 ☐
 Pesante, fino al punto di sudare per circa la metà delle ore di lavoro3 ☐

16. VACCINAZIONI NON OBBLIGATORIE (PER TUTTI)

16.1 Negli ultimi 12 mesi ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale?

NO.. 1 ☐
 SI' 2 ☐

(Per le persone di 14 anni e più, altrimenti passare a dom.16.3)

16.2 Quando ha effettuato l'ultima vaccinazione antitetanica ?

Da meno di 10 anni..... 1 ☐
 Da oltre 10 anni 2 ☐
 Non sono mai stato vaccinato.....3 ☐
 Non ricordo4 ☐

(Per i bambini fino a 13 anni)

**16.3 Ha mai eseguito una o più delle seguenti vaccinazioni?
 (una risposta per ogni riga)**

	NO	SI
Pertosse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Morbillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Rosolia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Parotite (orecchioni)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Vaccino contro la meningite <i>(Hemophilus influenzae)</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

17. PREVENZIONE (PER TUTTI)

**17.1 Negli ultimi 12 mesi ha effettuato i seguenti controlli per misurare il livello di colesterolo, il livello di glicemia (zucchero nel sangue) e la pressione del sangue?
 (una risposta per ogni colonna)**

	Colesterolo nel sangue	Glicemia zucchero nel sangue	Pressione del sangue
NO	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Non so, non ricordo	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Si, su prescrizione o consiglio del medico di famiglia	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Si, su prescrizione o consiglio di un medico specialista	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Si, su indicazione di altro personale sanitario	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Si, su indicazione di altra persona (familiare, ecc.)	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Si, di propria iniziativa	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Si, ma non ricordo/non so chi me li ha indicati	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Attenzione!

Qui finisce il questionario per TUTTI gli uomini e per le donne fino a 24 anni.

Continuare per le DONNE di 25 anni e più .

(per le donne di 25 anni e più)

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

NO.. 1 ☐ → **passare a domanda 17.6**
 SI'2 ☐

(Se SI)

17.3 A che età ha eseguito il primo pap-test?

Età (in anni compiuti)..... |__|

17.4 Ha eseguito altri pap-test dopo il primo?

NO.. 1 ☐ → **passare a domanda 17.6**
 SI 2 ☐

(Se SI)

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

Almeno una volta l'anno 1 ☐
 Ogni due anni 2 ☐
 Ogni tre anni3 ☐
 Oltre4 ☐

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

NO..... 1 ☐ → **passare a domanda 17.10**
 SI 2 ☐

(Se SI)

17.7 A che età ha eseguito la prima mammografia?

Età (in anni compiuti)..... |__|

17.8 Ha eseguito altre mammografie dopo la prima?

NO.. 1 ☐ → **passare a domanda 17.10**
 SI 2 ☐

(Se SI)

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

Almeno una volta l'anno 1 ☐
 Ogni due anni 2 ☐
 Ogni tre anni3 ☐
 Oltre4 ☐

17.10 Ha mai eseguito analisi per constatare l'eventuale presenza di osteoporosi (ad es. calcio, calciorinario, MOC), in assenza di disturbi o sintomi?

NO..1 ☐
 SI 2 ☐

(Se SI)

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

Età (in anni compiuti)..... |__|

17.12 Con quale frequenza ha eseguito i controlli successivi al primo accertamento per constatare la presenza di osteoporosi?

Almeno una volta l'anno 1 ☐
 Ogni due anni 2 ☐
 Ogni tre anni3 ☐
 Oltre4 ☐
 Non ha effettuato controlli successivi.....5 ☐

Attenzione!
Qui finisce il questionario individuale.

RISERVATO AL RILEVATORE

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

- SI, senza la presenza di altre persone... 1 ☐
SI, con la presenza di altre persone 2 ☐
NO, ma era presente3 ☐
NO, e non era presente4 ☐

QUESTIONARIO FAMILIARE -PARTE PRIMA-

1. DIFFICOLTA' NELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE

(PER TUTTI I COMPONENTI DI 6 ANNI E PIÙ)

Le chiedo ancora un po' di tempo per sottoporle alcuni quesiti che riguardano l'eventuale esistenza di difficoltà ad effettuare le attività della vita quotidiana. A volte, infatti, per problemi di salute legati a malattie croniche o a qualche forma di invalidità, può accadere che una persona trovi difficoltà ad effettuare azioni che fanno parte della vita di tutti i giorni.

Facendo riferimento distintamente a ciascun componente familiare, può indicare l'eventuale grado di difficoltà ad effettuare ciascuna delle seguenti attività della vita quotidiana?

Se utilizza bastoni, sedie a rotelle, protesi, occhiali o altri apparecchi, consideri il grado di difficoltà che incontra in ciascuna attività, **con l'aiuto degli apparecchi stessi**.

(Attenzione ! Controllare la corrispondenza con il numero d'ordine del componente nella Scheda Generale)

1.1 Numero d'ordine del componente

(col. 1 della Scheda Generale)

□□ □□ □□ □□ □□ □□

1.2 Anno di nascita

(col. 5 della Scheda Generale)

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

1.3 Sesso

(col. 4 della Scheda Generale)

Maschio

1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □

Femmina

2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □

1.4 E' costretto a rimanere sempre a letto anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per alzarsi?

NO (barrare e passare a dom. 1.5)

1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □

SI (barrare e passare a dom. 1.14)

2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □

1.5 E' costretto a rimanere sempre seduto su una sedia o una poltrona (non su una sedia a rotelle) anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per camminare?

NO (barrare e passare a dom. 1.6)

1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □

SI (barrare e passare a dom. 1.10)

2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □

1.6 E' costretto a rimanere sempre nella sua abitazione senza poter uscire per motivi fisici o psichici? (nell'abitazione sono compresi gli eventuali spazi all'aperto)

NO (barrare e passare alle domande successive)

1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □ 1 □

SI (barrare e passare alle domande successive)

2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □ 2 □

- Numero d'ordine del componente

□□ □□ □□ □□ □□ □□

(col. 1 della Scheda Generale)

- Anno di nascita

--	--	--	--	--	--	--

(col. 5 della Scheda Generale)

- Sesso

(col. 4 della Scheda Generale)

Maschio

1		1		1		1		1		1	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Femmina

2		2		2		2		2		2	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

1.7 Qual'è la distanza più lunga che può percorrere camminando da solo senza fermarsi e senza stancarsi troppo?

- 200 metri o più

1		1		1		1		1		1	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- più di qualche passo ma meno di 200 metri

2		2		2		2		2		2	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- qualche passo soltanto

3		3		3				3		3		3	
---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--

1.8 Può scendere o salire da solo una rampa di scale senza fermarsi?

- SI, senza difficoltà

1		1		1		1		1		1	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- SI, con qualche difficoltà

2		2		2		2		2		2	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- SI, con molta difficoltà

3		3		3				3		3		3	
---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--

- NO, non è in grado

4		4		4				4		4		4	
---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--

1.9 Quando sta in piedi è in grado di chinarsi per raccogliere una scarpa da terra ?

- SI, senza difficoltà

1		1		1		1		1		1	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- SI, con qualche difficoltà

2		2		2		2		2		2	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- SI, con molta difficoltà

3		3		3				3		3		3	
---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--

- NO, non è in grado

4		4		4				4		4		4	
---	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--

1.10 Può mettersi a letto e alzarsi dal letto da solo?

- senza difficoltà

1		1		1		1		1		1	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- con qualche difficoltà

2		2		2		2		2		2	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- può mettersi a letto e alzarsi dal letto solo con l'aiuto di qualcuno

3		3		3		3		3		3		3	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

1.11 Può sedersi e alzarsi da una sedia da solo?

- senza difficoltà

1		1		1		1		1		1	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- con qualche difficoltà

2		2		2		2		2		2	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- può sedersi e alzarsi da una sedia solo con l'aiuto di qualcuno

3		3		3		3		3		3	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

- Numero d'ordine del componente

--	--	--	--	--	--	--

(col. 1 della Scheda Generale)

- Anno di nascita

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

(col. 5 della Scheda Generale)

- Sesso

(col. 4 della Scheda Generale)

Maschio

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

Femmina

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

1.12 Può vestirsi e spogliarsi da solo?

- senza difficoltà

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

- con qualche difficoltà

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

- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno

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

1.13 Può farsi il bagno o la doccia da solo?

- senza difficoltà

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

- con qualche difficoltà

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

- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno

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

1.14 Può lavarsi le mani e il viso da solo?

- senza difficoltà

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

- con qualche difficoltà

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

-

- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno

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

1.15 Può mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo?

- senza difficoltà

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

- con qualche difficoltà

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

- può farlo solo con l'aiuto di qualcuno

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

1.16 Riesce a masticare senza difficoltà?

- SI, senza difficoltà

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

- SI, con qualche difficoltà

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

- SI, con molta difficoltà

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

- NO, non è in grado

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

1.17 Sente abbastanza per seguire una trasmissione televisiva ad un volume che non disturbi gli altri considerando l'uso eventuale di apparecchi acustici?

- SI

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

- NO

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

- Numero d'ordine del componente

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

(col. 1 della Scheda Generale)

- Anno di nascita

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

(col. 5 della Scheda Generale)

- Sesso

(col. 4 della Scheda Generale)

Maschio

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

Femmina

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

(Se NO:) riesce a seguire una trasmissione televisiva alzando il volume?

- SI

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

- NO

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

1.18 Vede abbastanza da riconoscere un amico a 4 metri di distanza (dall'altro lato della strada), considerando l'uso eventuale di occhiali o lenti a contatto?

- SI

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

- NO

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

(Se NO:) Vede abbastanza da riconoscere un amico a 1 metro di distanza (alla distanza di un braccio)?

- SI

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

- NO

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

1.19 Riesce a parlare senza difficoltà?

- SI, senza difficoltà

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

- SI, con qualche difficoltà

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

- SI, con molta difficoltà

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

- NO, non è in grado

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

2. SCALA DI ATTIVITA' QUOTIDIANE

(leggere le alternative) (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIU')

□ □ □ □ □ □

(col. 1 della Scheda Generale)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

(col. 5 della Scheda Generale)

- Sesso

(col. 4 della Scheda Generale)

1 1 1 1 1 1

2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐

2.1 Abitualmente, e' in grado di usare il telefono ?

1 1 1 1 1 1

2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4

9 9 9 9 9 9

2.2 Abitualmente, e' in grado di fare la spesa?

1 1 1 1 1 1

2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4

9 9 9 9 9 9

2.3 Abitualmente, e' in grado di preparare i pasti ?

2 2 2 2 2 2

3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4

9 9 9 9 9 9

(col. 1 della Scheda Generale)

- Anno di nascita

--	--	--	--	--	--

(col. 5 della Scheda Generale)

- Sesso

(col. 4 della Scheda Generale)

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

2.4 Abitualmente, e' in grado di curare la casa ?

- Si, sa tenere la casa in ordine da sola/o o con aiuto occasionale (per lavori più faticosi)	1	1	1	1	1	1
- Si, ma esegue solo i lavori quotidiani più semplici quali lavare i piatti e fare i letti	2	2	2	2	2	2
- Si, esegue i compiti quotidiani più semplici ma non riesce a mantenere livelli accettabili di pulizia	3	3	3	3	3	3
- Si, ma ha bisogno di aiuto in tutti i lavori domestici	4	4	4	4	4	4
- No, non partecipa ad alcuna attività di cura della casa	5	5	5	5	5	5
- Non applicabile (mai fatto o non possibile)	9	9	9	9	9	9

2.5 Abitualmente, e' in grado di fare il bucato ?

- Si, fa tutto il bucato personale autonomamente (anche utilizzando la lavatrice)	1	1	1	1	1	1
- Si, ma lava solo piccoli indumenti: risciacqua le calze ecc.	2	2	2	2	2	2
- No, tutto il bucato deve essere fatto da altri	3	3	3	3	3	3
- Non applicabile (mai fatto o non possibile)	9	9	9	9	9	9

2.6 Abitualmente, è in grado di utilizzare i mezzi di trasporto ?

- Si, viaggia autonomamente con mezzi pubblici e/o guida l'auto privata	1	1	1	1	1	1
- Si, organizza i propri spostamenti con il taxi, ma non usa trasporti pubblici	2	2	2	2	2	2
- Si, ma viaggia sui mezzi pubblici solo se è accompagnata/o da qualcuno	3	3	3	3	3	3
- Si, ma viaggia solo in taxi o auto con un accompagnatore	4	4	4	4	4	4
- No, non è più in grado di utilizzare mezzi di trasporto	5	5	5	5	5	5
- Non applicabile (mai fatto o non possibile)	9	9	9	9	9	9

- Numero d'ordine del componente

--	--	--	--	--	--

(col. 1 della Scheda Generale)

- Anno di nascita

--	--	--	--	--	--

- Sesso

Maschio	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □
Femmina	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □

- Sì, è capace di assumere le medicine in dosaggio corretto al momento giusto	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □
- Sì, è' capace di assumere farmaci se questi sono preparati in dosi separate	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □
- No, è incapace di assumere da solo le proprie medicine	3 □	3 □	3 □	3 □	4 □	3 □
Non applicabile (mai fatto o non possibile)	9 □	9 □	9 □	9 □	9 □	9 □

- Si, gestisce le proprie cose finanziarie (pianifica le spese, compila assegni, paga l'affitto ed i conti, va in banca), incassa e tiene la contabilità	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □
- Si, gestisce gli acquisti di tutti i giorni, ma necessita di aiuto per la banca, le spese più grandi, ecc.	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □
No, è incapace di gestire il denaro	3 □	3 □	3 □	3 □	3 □	3 □
Non applicabile (mai fatto o non possibile)	9 □	9 □	9 □	9 □	9 □	9 □

Il componente familiare ha risposto personalmente ai quesiti ?

- NO	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □
- SI	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □	2 □

QUESTIONARIO FAMILIARE -PARTE SECONDA-

1. L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

(Con riferimento all'abitazione principale specificare:)

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

NO 1 ☐

SI.....2 ☐ → N. di bagni |__|

1.4 L'abitazione dispone di telefono?

NO..... 1 ☐

SI.....2 ☐ → N. di telefoni |__|

1.5 L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO1 ☐

SI 2 ☐

SI, ma inutilizzabile3 ☐

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

Seminterrato.....99 ☐

Piano.....|__| ☐

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

NO1 ☐

SI 2 ☐

1.8 Esiste un ascensore nell'edificio?

NO1 ☐

SI 2 ☐

1.9 L'abitazione dispone di acqua corrente?

NO1 ☐

SI, solo all'esterno dell'abitazione..... 2 ☐

SI, all'interno dell'abitazione.....3 ☐

1.10 L'acqua di cui dispone è potabile?

NO1 ☐

SI..... 2 ☐

Non so.....3 ☐

1.11 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"/>	
Irregolarità nell'erogazione dell'energia elettrica.....1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
L'abitazione è in cattive condizioni.....3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

2. SERVIZI PRIVATI ALLA FAMIGLIA

2.1 La famiglia si avvale (anche se saltuariamente) del servizio a pagamento di :

(una risposta per ogni riga)

	NO	SI Italiano	SI Straniero
Collaboratore/i, domestico/i	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Baby – sitter	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Persona/e che assiste ad un anziano o a un disabile	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Se c'è almeno un Sì alla domanda 2.1, altrimenti passare a sezione 3)

2.2 Con che frequenza?

Collaboratore/i, domestico/iI_I_I ore a settimana

00 ☐ saltuariamente

Baby – sitterI_I_I ore a settimana

00 ☐ saltuariamente

Persona/e che assiste ad un anziano o a un disabileI_I_I ore a settimana

00 ☐ saltuariamente

3. GIUDIZIO SULL'ADEGUATEZZA DELLE RISORSE ECONOMICHE DELLA FAMIGLIA

3.2 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 ☐

Scarse3 ☐

Assolutamente insufficienti.....4 ☐

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista -

1.1 Tipo di abitazione

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

NOTIZIE SULL'INTERVISTA

2.1 Contatti con la famiglia, avuti per ottenere l'intervista (compresa l'intervista stessa)

a) numero delle visite effettuate di persona dall'intervistatore N.

b) numero di telefonate effettuate N.

2.2 Dati sull'intervista (nel caso in cui le informazioni siano state raccolte durante più visite, fare riferimento alla prima)

a) **giorno**.....

b) **me**se.....

c) **ora di inizio**.....
(ore) (minuti)

d) **durata dell'intervista**

e) **disponibilità familiare verso l'intervista**

Meno di 30 minuti 1 ☐

Da 30 minuti a meno di 45 minuti.... 2 ☐

Da 45 minuti a meno di 1 ora 3 ☐

Da 1 ora a 1 ora e mezza..... 4 ☐

Oltre 1 ora e mezza 5 ☐

Sempre scarsa 1 ☐

Scarsa all'inizio, migliore in seguito.... 2 ☐

Buona all'inizio, scarsa in seguito 3 ☐

Sufficiente..... 4 ☐

Buona 5 ☐

Molto interessata 6 ☐

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO AI SENSI DELLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA

La ricerca è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 1997 - 1999. L'Istat è tenuto per legge a svolgere queste attività di ricerca e ad utilizzare le informazioni rilevate esclusivamente a fini statistici. Le informazioni ottenute non saranno comunicate a persone o istituzioni diverse dall'Istat se non in forma aggregata e in modo tale che non se ne possa fare alcun riferimento individuale. Inoltre, come prevede la legge, il cittadino potrà decidere se rispondere o no ad alcuni quesiti particolari.

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

Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero 06/59524610 (ore 9,00-13,00). Il titolare della rilevazione è l'Istituto Nazionale di Statistica, via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma. Responsabile della rilevazione è il dirigente del Servizio struttura e dinamica sociale. Per le fasi di rilevazione di loro competenza, sono altresì responsabili i dirigenti degli uffici dei Comuni e le persone da essi incaricate.

TUTELA DELLA RISERVATEZZA, DIRITTI DEGLI INTERESSATI E RIFERIMENTI NORMATIVI:

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322 “ Norme sul Sistema Statistico Nazionale e sull'organizzazione dell'Istituto Nazionale di Statistica “ -artt. 7 (obbligo di fornire i dati statistici), 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), 11 (sanzioni amministrative in caso di mancata risposta), 13 (Programma Statistico Nazionale)

- Legge 31 dicembre 1996, n. 675 “ Tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali “, art. 10 (informazioni rese al momento della raccolta)

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 18 Febbraio 1999 - Programma Statistico Nazionale per il triennio 1999-2001, (Suppl. Ord. G.U. n. 89 del 17/14/1999)

- Decreto del Presidente della Repubblica del 23 dicembre 1997 - Elenco delle indagini per le quali sussiste l'obbligo di risposta (G.U. n. 33 del 10/02/1998)

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**CONDIZIONI DI SALUTE
E RICORSO AI SERVIZI
SANITARI
1999 – 2000**

1	MESE
----------	------------

2	Provincia
	Comune
	Sezione di Censimento I

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

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

Questionario per autocompilazione
(componente n. | | |)

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

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

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

Abbiamo, dunque, bisogno della sua collaborazione.

La preghiamo di leggere con attenzione ogni singolo quesito, comprese le note evidenziate in rosso o riportate in parentesi, e di rispondere mettendo 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 o così .

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

Le siamo molto grati per la sua gentile disponibilità

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

Data di nascita
Giorno Mese Anno

Sesso Maschio 1 ☐

Femmina 2 ☐

1. CONDIZIONE DI SALUTE (PER TUTTI)

1.1 Come va in generale la sua salute?

Molto male 1 ☐

Male 2 ☐

Discretamente 3 ☐

Bene 4 ☐

Molto bene 5 ☐

ATTENZIONE!

Le persone fino a 13 anni vanno alla sezione 2.
Continuare per TUTTI gli altri

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

SI', mi limita parecchio..... 1 ☐

SI', mi limita parzialmente..... 2 ☐

NO, non mi limita per nulla..... 3 ☐

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

SI', mi limita parecchio..... 1 ☐

SI', mi limita parzialmente..... 2 ☐

NO, non mi limita per nulla..... 3 ☐

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

NO..... 1 ☐

Si..... 2 ☐

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

NO..... 1 ☐

Si..... 2 ☐

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

NO..... 1 ☐

Si..... 2 ☐

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

NO..... 1 ☐

SI'..... 2 ☐

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

Per nulla..... 1 ☐

Molto poco..... 2 ☐

Un po'..... 3 ☐

Una parte del tempo..... 4 ☐

Moltissimo..... 5 ☐

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

Sempre..... 1 ☐

Quasi sempre..... 2 ☐

Molto tempo..... 3 ☐

Una parte del tempo..... 4 ☐

Quasi mai... .. 5 ☐

Mai..... 6 ☐

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

Sempre..... 1 ☐

Quasi sempre..... 2 ☐

Molto tempo..... 3 ☐

Una parte del tempo..... 4 ☐

Quasi mai... .. 5 ☐

Mai..... 6 ☐

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

Sempre..... 1 ☐

Quasi sempre..... 2 ☐

Molto tempo..... 3 ☐

Una parte del tempo..... 4 ☐

Quasi mai... .. 5 ☐

Mai..... 6 ☐

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

Sempre..... 1 ☐

Quasi sempre..... 2 ☐

Una parte del tempo..... 3 ☐

Quasi mai... .. 4 ☐

Mai..... 5 ☐

2. MALATTIE CRONICHE (PER TUTTI)

2.1 E' affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche? Se sì, è stata diagnosticata da un medico? Prende farmaci o fa terapie? E' stato mai ricoverato per questo problema?
 (rispondere per ciascuna malattia)

MALATTIA	E' affetto?	(Se SI')					
		E' stata diagnosticata dal medico?		Prende farmaci o fa terapie?		E' stato ricoverato per questo problema?	
		NO	SI'	NO	SI'	NO	SI'

Malattie allergiche	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Diabete	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Cataratta	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Ipertensione	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Infarto del miocardio	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Angina pectoris	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Altre malattie del cuore	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Trombosi, embolia, emorragia cerebrale	NO, mai	1 <input type="checkbox"/>					
	NO, ma ne ho sofferto in passato	2 <input type="checkbox"/>					
	SI'	3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

(Se SI')

MALATTIA	E' affetto?	E' stata diagnostica- ta dal medico?	Prende farmaci o fa terapie?	E' stato ricoverato?
		No Si	No Si	No Si

Vene varicose, varicocele	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Emorroidi	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Asma bronchiale	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Malattie della pelle (psoriasi, vitiligine, ecc.)	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Malattie della tiroide	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Artrosi, artrite	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Lombosciatalgia	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Osteoporosi	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

	(Se SI')
--	----------

MALATTIA	E' affetto?	E' stata diagnostica- ta dal medico?	Prende farmaci o fa terapie?	E' stato ricoverato?
		No Si	No Si	No Si

Ernia addominale	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Ulcera gastrica o duodenale	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Calcolosi del fegato o delle vie biliari	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Cirrosi epatica	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Epatite cronica (esclusa epatite A)	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Calcolosi renale	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Ipertrofia della prostata	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Tumore (inclusi linfoma/leucemia)	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Cefalea o emicrania ricorrente	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

	(Se SI')
--	----------

MALATTIA	E' affetto?	E' stata diagnostica- ta dal medico?	Prende farmaci o fa terapie?	E' stato ricoverato?
		No Si	No Si	No Si

Parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Altri disturbi nervosi (depressione, anoressia, bulimia, ecc.)	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Altro	NO, mai 1 <input type="checkbox"/>			
	NO, ma ne ho sofferto in passato 2 <input type="checkbox"/>			
	SI' 3 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

3. APPARECCHI SANITARI (PER TUTTI)

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

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

4. CONSUMO DI FARMACI (PER TUTTI)

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

NO1 ☐ → passare a domanda 4.3
 SI2 ☐
 NON SO3 ☐ → passare a domanda 4.3

(Se SI')

4.2 Ha preso farmaci:
(possibili più risposte)

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

(Per TUTTI)

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

	Mai	Qualche volta l'anno	Qualche volta al mese	Qualche volta a setti- mana	Tutti i giorni	Non so
Antinevralgici o antidolorifici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Tranquillanti o ansiolitici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Sonniferi o ipnotici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Lassativi o purganti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Gocce o spray nasali...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Digestivi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ricostituenti o vitaminici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Se ricorre a farmaci almeno una volta l'anno, cod. 2,3,4,5 a
dom. 4.3, altrimenti passare a domanda 4.5)

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

NO 1 ☐
 SI 2 ☐

(Per TUTTI)

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

SI' 1 ☐
 NO, ma la controlla un familiare
o un'altra persona 2 ☐
 NO, non la controlla nessuno 3 ☐

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

SI' 1 ☐
NO, ma le legge un familiare
o un'altra persona 2 ☐
NO, non le legge nessuno 3 ☐

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

NO 1 ☐
SI' 2 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per i bambini fino a 5 anni. Continuare per TUTTI gli altri.

5. TEMPO LIBERO (PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIU')

5.1 Negli ultimi 3 mesi si è recato a:
(una risposta per ogni riga)

	NO	SI	NON SO
Cinema, teatro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Musei, mostre, siti			
archeologici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Concerti di musica.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Spettacoli sportivi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Discoteche, balere, night club, o altri luoghi			
dove ballare.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Visite o pellegrinaggi			
a luoghi di culto.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

5.2 Con che frequenza vede parenti ed amici?
(Senza considerare le persone che vivono con lei)
(Una risposta per ogni riga)

NE VEDE ALMENO UNO

	Non ne ho	Spes- so	Qualche volta	Rara- mente	Mai
Figli/e, generi/nuore.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fratelli/sorelle,					
cognati/e	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Nipoti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Genitori, suoceri	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altri parenti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Amici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

Qui il questionario finisce per le persone fino a 13 anni. Continuare per TUTTI gli altri.

6. CONSUMO DI TABACCO (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIU')

6.1 Lei attualmente fuma?

SÌ..... 1 ☐
NO, ma ho fumato
in passato 2 ☐
NO, non ho mai fumato.. 3 ☐

passare a
domanda 6.2

ATTENZIONE! Le donne NON FUMATRICI con l'ultimo figlio in età compresa tra zero e cinque anni passano alla sezione 7. Qui finisce il questionario per TUTTI GLI ALTRI NON FUMATORI.

(Per fumatori ed ex fumatori, cod. 1,2 al quesito 6.1)

6.2 Con che frequenza fuma attualmente o fumava in passato?

Tutti i giorni..... 1 ☐
Occasionalmente..... 2 ☐

6.3 A che età ha iniziato a fumare?

Età in anni compiutiI_I_I

6.4 Prevalentemente che cosa fuma attualmente o fumava in passato? (una sola risposta)

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

passare a
domanda 6.6

(Se prevalentemente fuma o fumava sigarette)

6.5 Quante sigarette in media al giorno fuma attualmente o fumava in passato?

N. |_|_|

(SOLO per gli ex fumatori, cod. 2 a domanda 6.1)

6.6 A che età ha smesso di fumare?

Età in anni compiutiI_I_I

ATTENZIONE!

Continuare SOLO PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO IN ETA' COMPRESA TRA ZERO E CINQUE ANNI. Qui finisce il questionario per TUTTI gli altri.

7. GRAVIDANZA (PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO IN ETA' COMPRESA TRA ZERO E 5 ANNI)

Le informazioni devono fare riferimento all'ultimo o unico figlio

7.1 Data di nascita del figlio:

|_|_| |_|_| |_|_|_|
Giorno Mese Anno

7.2 Ricorda quali dei seguenti esami ha eseguito prima e/o durante la gravidanza?
(una risposta per ogni riga)

	NO	SI	NON SO
Screening per microcitemia (anemia mediterranea)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Toxo-text (toxoplasmosi)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Rubeo-text (rosolia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
HIV	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Herpes virus 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Citomegalovirus 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Epatite B 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Fattore RH 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Altro..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

(Se ha eseguito almeno un esame)

7.3 Per gli esami eseguiti è ricorso più frequentemente ad:

Una struttura pubblica1 ☐
 Una struttura privata
 accreditata (convenzionata)2 ☐
 Una struttura privata3 ☐

(Per TUTTE)

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

No 1 ☐
 Si..... 2 ☐

7.5 Ha fatto ricorso alle seguenti tecniche di diagnosi prenatale? (una risposta per ogni riga)

NO SI NON SO

Dosaggio alfa fetoproteina 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Prelievo villi coriali 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Amniocentesi 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Ecografia morfologico-fetale (o del 5° mese) 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Tri-test 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
 Altro 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

(Se è ricorso ad almeno uno di questi esami)

7.6 Per gli esami eseguiti è ricorso più frequentemente ad:

Una struttura pubblica1 ☐
 Una struttura privata
 accreditata (convenzionata)2 ☐
 Una struttura privata3 ☐

(Per TUTTE)

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

Mai1 ☐
 Una volta2 ☐
 Due, tre volte3 ☐
 Quattro volte o più4 ☐

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

Mai effettuata0 I_I → **passare a domanda 7.12**
 MeseI_I

(Se ha effettuato almeno una visita, altrimenti andare a domanda 7.12)

7.9 Quante altre visite ha eseguito dopo la prima ?

N. visite I_I_I

7.10 Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza ?

Medico di base 1 ☐
 Ginecologo/a privato.....2 ☐
 Ginecologo/a privato che
 lavora anche in ospedale..... 3 ☐
 Ginecologo/a di una struttura
 pubblica 4 ☐
 Ostetrica/o 5 ☐
 Nessuno 6 ☐ → **passare a domanda 7.12**

7.11 Il medico o la persona che prevalentemente l'ha seguita durante la gravidanza era:

Un uomo 1 ☐
 Una donna 2 ☐

(Per TUTTE)

7.12 Durante la gravidanza si è mai rivolta ad un consultorio pubblico?

No 1 ☐
 Si..... 2 ☐

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

Mai effettuata0 I_I → **passare a domanda 7.15**
 Mese I_I

(Se ha eseguito almeno un'ecografia)

7.14 Quante altre ecografie ha eseguito dopo la prima?

N. ecografie I_I_I

(Per TUTTE)

7.15 Ha avuto disturbi durante la gravidanza ?

No1 ☐ → **passare a domanda 7.19**
 Si 2 ☐

(Se SI')

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

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

Altro..... 1 ☐ 2 ☐

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

No1 ☐

Si 2 ☐

**7.18 E' stata ricoverata durante la gravidanza ?
(Escluda i giorni del parto)**

No 1 ☐

Si, meno di 7 giorni..... 2 ☐

Si, 7-10 giorni..... 3 ☐

Si, 15-30 giorni..... 4 ☐

Si, oltre un mese..... 5 ☐

(Per TUTTE)

7.19 Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto ?

No1 ☐ → **passare a domanda 7.21**

Si, presso un ospedale..... 2 ☐

Si, presso un consultorio familiare.... 3 ☐

Si, presso una struttura privata4 ☐

(Se SI')

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

No1 ☐

Si, qualche volta 2 ☐

Si, spesso 3 ☐

Si, sempre4 ☐

(Se NON ha partecipato ad un corso di preparazione al parto, altrimenti passare a domanda 7.22)

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

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

Non lo ritiene utile 2 ☐

Non ha trovato una struttura
disponibile, o vicina alla propria

abitazione 3 ☐

Per problemi di tempo 4 ☐

Non ne conoscevo l'esistenza 5 ☐

Altro 6 ☐

(Per TUTTE)

7.22 Durante la gravidanza ha fatto uso dei seguenti integratori ? (una risposta per ogni riga)

	NO	SI
Calcio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Fluoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Acido folico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Ferro 1 ☐ 2 ☐

Preparati polivitaminici 1 ☐ 2 ☐

Altro 1 ☐ 2 ☐

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

Meno di 10 Kg. 1 ☐

10-15 Kg. 2 ☐

16-20 Kg. 3 ☐

Oltre 20 Kg. 4 ☐

7.24 Fumava prima della gravidanza ?

No..... 1 ☐ → **passare a domanda 7.26**

Si..... 2 ☐

(Se SI')

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

Ha sospeso o arrestato.....1 ☐

Ha diminuito 2 ☐

Ha aumentato 3 ☐

Non ha modificato le sue abitudini4 ☐

(Per TUTTE)

7.26 Svolgeva una attività lavorativa prima della gravidanza ?

NO1 ☐ → **passare alla sezione 8**

SI' 2 ☐

(Se SI')

7.27 A che mese ha smesso di lavorare?

MeseI_I

7.28 Era addetta a mansioni pesanti o potenzialmente nocive?

NO1 ☐ → **passare alla sezione 8**

SI' 2 ☐

(Se SI')

7.29 E' stata trasferita ad un ruolo adeguato alla sua situazione?

NO1 ☐

SI' 2 ☐

8. PARTO *(PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO DI ETA' COMPRESA TRA ZERO E 5 ANNI)*

Le informazioni devono fare riferimento all'ultimo o unico figlio

8.1 A quale mese di gestazione è avvenuto il parto ?

Mese.....I_I

8.2 Si è trattato di un parto gemellare ?

NO.....1 ☐

SI'.....2 ☐

8.3 Dove ha partorito ?

In una struttura pubblica.....1 ☐

In una struttura accreditata

(ex convenzionata)2 ☐

In una struttura privata3 ☐

A casa.....4 ☐

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

NO.....1 ☐ → **passare a domanda 8.7**

SI'.....2 ☐

(Se SI')

8.5 Il suo travaglio è stato provocato (indotto) ?

NO.....1 ☐

SI', con farmaci locali o

generali (iniezioni, ecc.).....2 ☐

SI', con amniorexis (rottura

del sacco amniotico).....3 ☐

SI', da altro.....4 ☐

Non so.....5 ☐

8.6 Quanto è durato il travaglio ?

N. ore.....I_I_I

(Per TUTTE)

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

NO.....1 ☐

SI, locale.....2 ☐

SI, generale.....3 ☐

SI, epidurale.....4 ☐

8.8 Come è stato il parto?

Cesareo1 ☐ → **passare a domanda 8.11**

Spontaneo.....2 ☐

E' stata utilizzata

la ventosa.....3 ☐

E' stato utilizzato

il forcipe.....4 ☐

(Se il parto NON ERA CESAREO)

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

NO1 ☐

SI'2 ☐

8.10 Come è avvenuto il parto?

Sul lettino ostetrico.....1 ☐

Sulla sedia ostetrica.....2 ☐

Stesa sul fianco.....3 ☐

In acqua.....4 ☐

Accovacciata.....5 ☐

Altro.....6 ☐

(Per TUTTE)

8.11 Chi le è stato principalmente vicino nel momento in cui è avvenuto il parto? (Escluso il personale sanitario)

Padre del bambino...1 ☐

Madre.....2 ☐

Suocera.....3 ☐

Amica.....4 ☐

Altro parente.....5 ☐

Altro.....6 ☐

Nessuno.....7 ☐

**passare a
domanda 8.13**

(Se Nessuno le è stato vicino durante il parto)

8.12 Perché durante il parto nessuno le è stato vicino?

Preferivo essere sola,

motivi personali.....1 ☐

Per esigenze imposte dalla

struttura.....2 ☐

Per esigenze imposte dalla

situazione.....3 ☐

Perché non avevo nessuno

che poteva assistermi.....4 ☐

Perché nessuno si

sentiva di assistermi.....5 ☐

(Per TUTTE)

8.13 Ha avuto uno o più dei seguenti disturbi dopo il parto? *(una risposta per ogni riga)*

	NO	SI
Problemi ginecologici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Problemi al seno		
(mastite, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Problemi di cicatrizzazione		
di ferite	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Problemi di depressione di		
breve durata (qualche giorno)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Problemi di depressione		
duraturi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

9. ALLATTAMENTO *(PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO IN ETA' COMPRESA TRA ZERO E 5 ANNI)*

Le informazioni devono fare riferimento all'ultimo o unico figlio

9.1 Quanto pesava il bambino alla nascita ?

Kg. I_I grammi I_I_I_I

9.2 Il bambino è oppure è stato allattato al seno ?

NO.....1 ☐ → **passare a domanda 9.6**

SI'..... 2 ☐

(Se Si)

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

(N.B: se l'allattamento è in corso indicare l'età del bambino al momento dell'intervista)

(un anno = 12 mesi)

Mesi. I_I_I

9.4 C'è oppure c'è stato un periodo di esclusivo allattamento al seno, senza integrazione di latte artificiale o latte vaccino o senza somministrazione di acqua o altri liquidi come tè, camomilla o senza l'aggiunta di cibi solidi o semisolidi?

No..... 1 ☐

Si..... 2 ☐

(Per TUTTE)

9.6 Cosa ha mangiato il bambino nelle ultime 24 ore ?

(possibili più risposte)

Latte materno 1 ☐

Latte artificiale 2 ☐

Latte vaccino..... 3 ☐

Acqua o altri liquidi (tè,

succhi, camomilla)..... 4 ☐

Cibi solidi e/o semisolidi 5 ☐

***Grazie
per la gentile collaborazion***

RISERVATO AL RILEVATORE - QUESTIONARIO AUTOCOMPILATO

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

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

NO 1 ☐

SÌ 2 ☐

2. Quali delle seguenti situazioni si è verificata?

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

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

Il questionario è stato compilato personalmente dal componente 3 ☐

Il questionario è stato compilato da un familiare 4 ☐

Il questionario non è stato compilato per rifiuto 5 ☐

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

(Se cod. 3 o 4 alla domanda 2)

3. Il questionario è stato compilato

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

In modo completo con difficoltà..... 2 ☐

In modo incompleto e lacunoso..... 3 ☐