


istat

Istituto Nazionale di Statistica

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

QUINTO CICLO

SEGRETEZZA DEI DATI FORNITI COL PRESENTE QUESTIONARIO

La legge tutela la segretezza dei dati raccolti con le indagini statistiche, essi sono resi anonimi e privi di ogni riferimento che permetta di collegarli con le persone che hanno risposto ai questionari. Tutte le notizie fornite possono essere utilizzate soltanto per scopi statistici.

1	Mese	
		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

2	Provincia	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	Comune	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>

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

4	Numero d'ordine della famiglia	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	Da 001 al totale delle famiglie dell'elenco (Mod. ISTAT/IMF/1)	

Col. 1	N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)	5	Seguire familiari assenti per motivi di salute	4	Separato a legalmente
Col. 2	Dimorante abitualmente — presente — non presente	6	Assistenza	5	Divorziato/a
Col. 3	CF	7	Altro (turismo, servizio di leva, ecc.)	6	Vadovato/a
Col. 4	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Per meno di una settimana indicare 01	Col. 5	
Col. 5	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Stesso Comune	Col. 6	
Col. 6	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Altro Comune stessa Provincia	Col. 7	
Col. 7	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Altro Provincia stessa Regione	Col. 8	
Col. 8	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Altro Regione	Col. 9	
Col. 9	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Estero	Col. 10	
Col. 10	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Lavoro	Col. 11	
Col. 11	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Studio	Col. 12	
Col. 12	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Assistenza	Col. 13	
Col. 13	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Seguire familiari	Col. 14	
Col. 14	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16		Altro motivo	Col. 15	
Col. 15	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 16	
Col. 16	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 17	
Col. 17	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 18	
Col. 18	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 19	
Col. 19	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 20	
Col. 20	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 21	
Col. 21	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 22	
Col. 22	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 23	
Col. 23	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 24	
Col. 24	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 25	
Col. 25	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 26	
Col. 26	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 27	
Col. 27	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 28	
Col. 28	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 29	
Col. 29	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 30	
Col. 30	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 31	
Col. 31	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 32	
Col. 32	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 33	
Col. 33	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 34	
Col. 34	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 35	
Col. 35	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 36	
Col. 36	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 37	
Col. 37	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 38	
Col. 38	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 39	
Col. 39	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 40	
Col. 40	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 41	
Col. 41	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 42	
Col. 42	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 43	
Col. 43	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 44	
Col. 44	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 45	
Col. 45	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 46	
Col. 46	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 47	
Col. 47	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 48	
Col. 48	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 49	
Col. 49	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 50	
Col. 50	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 51	
Col. 51	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 52	
Col. 52	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 53	
Col. 53	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 54	
Col. 54	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 55	
Col. 55	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 56	
Col. 56	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 57	
Col. 57	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 58	
Col. 58	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 59	
Col. 59	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 60	
Col. 60	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 61	
Col. 61	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 62	
Col. 62	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 63	
Col. 63	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 64	
Col. 64	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 65	
Col. 65	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 66	
Col. 66	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 67	
Col. 67	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 68	
Col. 68	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 69	
Col. 69	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 70	
Col. 70	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 71	
Col. 71	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 72	
Col. 72	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 73	
Col. 73	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 74	
Col. 74	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 75	
Col. 75	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 76	
Col. 76	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 77	
Col. 77	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 78	
Col. 78	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 79	
Col. 79	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 80	
Col. 80	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 81	
Col. 81	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 82	
Col. 82	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 83	
Col. 83	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 84	
Col. 84	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 85	
Col. 85	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 86	
Col. 86	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 87	
Col. 87	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 88	
Col. 88	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 89	
Col. 89	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 90	
Col. 90	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 91	
Col. 91	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 92	
Col. 92	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 93	
Col. 93	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 94	
Col. 94	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 95	
Col. 95	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 96	
Col. 96	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 97	
Col. 97	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 98	
Col. 98	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 99	
Col. 99	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 100	
Col. 100	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 101	
Col. 101	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 102	
Col. 102	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 103	
Col. 103	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 104	
Col. 104	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 105	
Col. 105	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 106	
Col. 106	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 107	
Col. 107	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 108	
Col. 108	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 109	
Col. 109	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 110	
Col. 110	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 111	
Col. 111	1 2 3 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16			Col. 112	
Col. 112	1 2 3 01 				

a) da utilizzare solo in caso di due o più matrimoni (o convivenze)

Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

DATI GENERALI

Per tutti

- 1.1 DATA DI NASCITA
- 1.2 ETÀ (in anni compiuti)
- 1.3 CITTADINANZA
- Italiana ☐ 000 ☐
- Altra

ISTRUZIONE

Per le persone in età di 6 anni o più

2.1 TITOLO DI STUDIO PIÙ ELEVATO CONSEGUITO

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

LAVORO

Per le persone in età di 14 anni o più

3.1 CONDIZIONE UNICA O PREVALENTE

a) Qual è attualmente la sua condizione?

- Occupato ☐ 1 ☐
- In cerca di nuova occupazione ☐ 2 ☐
- In cerca di prima occupazione ☐ 3 ☐
- In servizio di leva ☐ 4 ☐
- Casalinga ☐ 5 ☐
- Studente ☐ 6 ☐
- Inabile al lavoro ☐ 7 ☐
- Persona ritirata dal lavoro ☐ 8 ☐
- In altre condizioni ☐ 9 ☐

b) Ha effettuato ore di lavoro nella settimana precedente l'intervista qualunque sia la condizione dichiarata al q. 3.1 a

NO ☐ 1 ☐ SI ☐ 2 ☐

Per chi non si è dichiarato occupato e ha risposto negativamente al q. 3.1 b

c) Ha lavorato in passato?

NO ☐ 1 ☐ SI ☐ 2 ☐

Per gli occupati (codice 1 al q. 3.1 a) e per tutte le altre persone che hanno risposto affermativamente al q. 3.1 b, porre il q. 3.2 ed il q. 3.3 con riferimento all'attività lavorativa principale o unica; per gli altri, se hanno risposto affermativamente al q. 3.1 c, porre il q. 3.2 ed il q. 3.3 con riferimento all'ultima attività lavorativa svolta.

3.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE

a) Alle dipendenze come:

- dirigente ☐ 01 ☐
- appartenente alla carriera direttiva ☐ 02 ☐
- impiegato ☐ 03 ☐
- appartenente alle categorie speciali (intermedi) ☐ 04 ☐
- capo operaio ☐ 05 ☐
- operaio specializzato o qualificato ☐ 06 ☐
- operaio comune (manovale, bracciante agricolo, ecc.) ☐ 07 ☐
- altro lavoratore dipendente (usciere, guardiano, bidello, ecc.) ☐ 08 ☐
- apprendista ☐ 09 ☐
- lavorante a domicilio per conto d'impresa ☐ 10 ☐
- graduato o militare di carriera delle FF.AA. o figura simile dei corpi di polizia e sicurezza interna ☐ 11 ☐

b) In conto proprio come:

- imprenditore ☐ 12 ☐
- libero professionista con lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze ☐ 13 ☐
- libero professionista senza lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze ☐ 14 ☐
- lavoratore in proprio (coltivatore diretto, mezzadro, esercente di negozio, artigiano, ecc.) con lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze ☐ 15 ☐
- lavoratore in proprio (coltivatore diretto, mezzadro, esercente di negozio, artigiano, ecc.) senza lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze ☐ 16 ☐
- coadiuvante ☐ 17 ☐

3.3 ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE DELL'UNITÀ LOCALE PRESSO CUI LA PERSONA ESERCITA LA PROPRIA PROFESSIONE

- Agricoltura ☐ 1 ☐
- Industria ☐ 2 ☐
- Pubblica amministrazione ☐ 3 ☐
- Altre attività ☐ 4 ☐

A coloro che non si sono dichiarati occupati o in cerca di occupazione (risposta da 4 a 9 al q. 3.1 a)

3.4 CERCA ATTIVAMENTE LAVORO?

NO ☐ 1 ☐ SI ☐ 2 ☐

- 5 -

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

FONTE INDIVIDUALE DI REDDITO

Per tutti

4.1 LA PERSONA HA AVUTO, NEGLI ULTIMI SEI MESI, LA DISPONIBILITÀ DI UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI FONTI DI SOSTENTAMENTO?

- Reddito da lavoro dipendente
- Reddito da lavoro autonomo
- Pensione
- Indennità e provvidenze varie
- Redditi patrimoniali
- Mantenimento da parte di familiari

COME FONTE PRINCIPALE (una sola risposta)	COME FONTE SECONDARIA (anche più risposte)
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

CONDIZIONI DI SALUTE

Per tutti

5.1 COME VA, IN GENERALE, LA SUA SALUTE?

Indichi un punteggio da 1 a 5 (dove 1 è lo stato peggiore e 5 lo stato migliore)

5.2 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA AVUTO QUALCHE MALATTIA O QUALCHE DISTURBO DI SALUTE?

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

NO 000 ☐

Sì, specificare e codificare

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

5.3 OLTRE A QUANTO EVENTUALMENTE INDICATO IN RISPOSTA AI QUESITI PRECEDENTI, NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE SONO STATE COMPROMESSE DA FERITE, FRATTURE, CONTUSIONI, LUSSAZIONI, DISTORSIONI, USTIONI O DA ALTRI DISTURBI DOVUTI A TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, SOFFOCAMENTI, ECC.?

NO 1 ☐

SI 2 ☐

Per le persone che hanno indicato almeno una risposta affermativa ad uno dei quesiti 5.2 e 5.3.

5.4 LE MALATTIE O DISTURBI INDICATI HANNO COMPORTATO UNA LIMITAZIONE DELLE SUE ABITUALI ATTIVITÀ (DOMESTICHE, SCOLASTICHE, DI TEMPO LIBERO, DI LAVORO, ECC.) DURANTE LE ULTIME QUATTRO SETTIMANE?

NO 00 ☐

Sì, per quanti giorni? N.

Quanti a letto? N.

Per gli occupati (codice 1 al q. 3.1 a), che hanno indicato almeno una risposta affermativa ad uno dei quesiti 5.2 e 5.3.

5.5 DURANTE LE ULTIME QUATTRO SETTIMANE È STATO ASSENTE DAL LAVORO PER MOTIVI DI SALUTE?

NO 00 ☐

Sì, per quanti giorni? N.

Per tutti

5.6 È AFFETTO DA UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI MALATTIE CRONICHE?

(leggere l'elenco e barrare la o le caselle opportune)

- Diabete 01 ☐
- Ipertensione arteriosa 02 ☐
- Infarto del miocardio 03 ☐
- Angina pectoris 04 ☐
- Altre malattie del cuore 05 ☐
- Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria 06 ☐
- Asma bronchiale 07 ☐
- Malattie allergiche 08 ☐
- Tumore (inclusi linfoma e leucemia) 09 ☐
- Ulcera gastrica e duodenale 10 ☐
- Calcolosi del fegato o delle vie biliari 11 ☐
- Cirrosi epatica 12 ☐
- Calcolosi renale 13 ☐
- Artrosi, artrite 14 ☐
- Osteoporosi 15 ☐
- Disturbi nervosi 16 ☐
- Nessuna delle malattie elencate 00 ☐

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

VISITE MEDICHE

Per tutti

6.1 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA FATTO RICORSO A VISITE MEDICHE, DEL MEDICO DI FAMIGLIA O DI MEDICI SPECIALISTI, COME OCULISTA, DENTISTA, ECC? (escludere le eventuali visite della Guardia Medica, del Pronto Soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero o in un Day Hospital)

NO 00 ☐Sì, quante volte? N.

In caso di risposta affermativa al q. 6.1 (diversamente passare al q. 6.4)

6.2 INDICARE IL NUMERO DI VISITE SECONDO IL MOTIVO PREVALENTE

codice numero

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

6.3 PER CIASCUN TIPO DI VISITA, INDICARE IL NUMERO TOTALE DI VISITE, IL NUMERO DELLE VISITE DOMICILIARI, IL NUMERO DELLE VISITE A PAGAMENTO INTERO.

tipo di visita	codice	totale	numero		
			di cui	domiciliari	a pagamento intero
Generica	01	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Pediatrica	02	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Dermatologica	03	N. <input type="text"/>	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"/>	N. <input type="text"/>
Ostetrico-ginecologica	05	N. <input type="text"/>	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"/>	N. <input type="text"/>
Odontoiatrica	07	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Otorinolaringoiatrica	08	N. <input type="text"/>	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"/>	N. <input type="text"/>
Neurologica	10	N. <input type="text"/>	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"/>	N. <input type="text"/>
Urologica	12	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Gastroenterologica	13	N. <input type="text"/>	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"/>	N. <input type="text"/>
Geriatrica	15	N. <input type="text"/>	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"/>	N. <input type="text"/>

Per tutti, indipendentemente dalle risposte fornite ai quesiti precedenti

6.4 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA CHIESTO CONSIGLI TELEFONICI AD UN MEDICO?

NO 00 ☐Sì, quante volte? N.

6.5 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA FATTO RICORSO ALLA GUARDIA MEDICA PUBBLICA?

NO 0 ☐Sì, quante volte? N.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Per tutti

7.1 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA EFFETTUATO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (ESCLUDENDO QUELLI EFFETTUATI DURANTE UN EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO O IN UN DAY HOSPITAL)?

NO 00 ☐ (passare al q. 7.3)Sì, quanti? N.

7.2 IN CASO DI RISPOSTA Affermativa INDICARE PER CIASCUN TIPO DI ACCERTAMENTO IL NUMERO TOTALE E QUELLO A PAGAMENTO INTERO.

tipo di accertamento	codice	numero		
		totale	di cui	a pagamento intero
Analisi del sangue	01	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Analisi delle urine	02	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Ecografia	03	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Termografia	04	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Pap test, striscio vaginale	05	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Risonanza magnetica nucleare	06	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Esami radiologici	07	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Xeroradiografia	08	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
TAC	09	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Scintigrafia	10	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Gastroscopia	11	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Colonscopia	12	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Reazione alla tubercolina	13	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Altri accertamenti	14	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

7.3 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE LE È STATO PRESCRITTO QUALCHE ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO CHE NON HA EFFETTUATO PERCHÉ, PER MOTIVI VARI, HA DECISO DI NON FARLO?

NO 1 SI 2

PESO E STATURA

Per tutti

8.1 PUÒ INDICARE IL SUO PESO E LA SUA STATURA ATTUALI?

Peso kg Non so 000

Statura cm Non so 000

8.2 QUANDO SI È PESATO L'ULTIMA VOLTA?

- durante gli ultimi due mesi o comunque non molto tempo fa 1
- più di due mesi fa o comunque parecchio tempo fa 2

Per chi ha detto di essersi pesato durante gli ultimi 2 mesi (codice 1 al quesito precedente)

8.3 USA CONTROLLARE FREQUENTEMENTE IL SUO PESO?

NO 1 SI 2

SERVIZI OSPEDALIERI

Per tutti

9.1 NEGLI ULTIMI DODICI MESI È STATO RICOVERATO IN UN OSPEDALE, IN UN ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO O IN UNA CASA DI CURA PRIVATA? (non considerare i ricoveri per parto o nascita, quando non si sono verificate complicazioni)

NO 1 SI 2

Per chi ha risposto affermativamente al quesito precedente (per gli altri passare al q. 9.5)

9.2 INDICARE IL NUMERO DI VOLTE IN CUI È STATO RICOVERATO NEGLI ULTIMI DODICI MESI

N.

9.3 INDICARE IL NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNATE IN CUI È STATO RICOVERATO NEGLI ULTIMI DODICI MESI

N.

9.4 FACENDO RIFERIMENTO ALL'ULTIMO RICOVERO INDICARE

a) dove è avvenuto

ospedale o istituto di cura pubblico 1

casa di cura privata:

- convenzionata 2

- a pagamento intero 3

b) giornate di degenza N.

c) nel corso del ricovero ha subito interventi chirurgici?

NO 1 SI 2

d) giorni intercorsi dalla richiesta di ricovero a quello dell'effettivo ricovero

N.

e) opinione sulle seguenti affermazioni relative all'esperienza durante il ricovero (una risposta per ogni riga)

	Molto	Alba stanza	Poco	Per niente	Non so
Assistenza medica soddisfacente	11	12	13	14	15
Assistenza infermieristica soddisfacente	21	22	23	24	25
Vitto gradevole	31	32	33	34	35
Servizi igienici soddisfacenti	41	42	43	44	45

f) durante il ricovero la persona ha ricevuto aiuto o assistenza (non di tipo solo economico) da una o più delle seguenti 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 retribuito 5

- Altre persone retribuite 6

- Non ha ricevuto aiuto 0

9.5 NEGLI ULTIMI DODICI MESI HA FATTO RICORSO AL SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO? (escludere i casi seguiti da ricovero)

NO 00

SI, quante volte? N.

9.6 NEGLI ULTIMI DODICI MESI HA USUFRUITO DEL DAY HOSPITAL?

NO 000

SI, per quanti giorni? N.

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

SERVIZI SOCIO-SANITARI

Per tutti

10.1 NEL CORSO DEGLI ULTIMI DODICI MESI HA FATTO RICORSO AD UNO O PIU' DEI SEGUENTI SERVIZI PUBBLICI O PRIVATI? (una risposta per ogni riga)

	Nessun ricorso	Ricorso a servizio		
		pubblico	privato	sia pubblico che privato
- Rieducazione, fisioterapia	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
- Consultori familiari	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
- Assistenza domiciliare	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
- Centri di igiene mentale (CIM)	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
- Centri diurni di assistenza	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
- Centri sociali d'incontro	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>

10.2 DURANTE GLI ULTIMI DODICI MESI SI È RECATO NEGLI UFFICI DELLA USL PER SE STESSO O PER ALTRE PERSONE? (possibili più risposte)

NO 1 ☐

SI:

- per se stesso 2 ☐

- per familiari conviventi 3 ☐

- per altri non conviventi 4 ☐

NON SO 5 ☐

Se la risposta al quesito precedente è negativa

10.3 PER QUALE MOTIVO? (una sola risposta)

Non ne ho avuto bisogno 1 ☐

Ne avrei avuto bisogno, ma non ho potuto:

- ho rinunciato 2 ☐

- è andata un'altra persona 3 ☐

- ho preferito rivolgermi ad una struttura privata 4 ☐

- ho rinviato 5 ☐

altro motivo 6 ☐

(specificare)

CONSUMO DEI FARMACI

Per tutti

11.1 NEGLI ULTIMI DUE GIORNI HA FATTO USO DI FARMACI?

NO 1 ☐ SI 2 ☐ NON SO 3 ☐

11.2 IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA, SPECIFICARE (possibili più risposte)

Su prescrizione o consiglio di un medico 1 ☐

Su indicazione di altra persona 2 ☐

Di propria iniziativa 3 ☐

Non so 4 ☐

11.3 RICORRE SPESSO AD UNO O PIU' DEI SEGUENTI FARMACI? (Una risposta per ogni riga)

	Mai	Qualche volta	Abbastanza di frequente	Spesso	Non so
Antinevralgici o antidolorifici	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
Tranquillanti o antidepressivi	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>
Sonniferi, ipnotici	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>	35 <input type="checkbox"/>
Lassativi o purganti	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>	45 <input type="checkbox"/>
Gocce o spray nasali	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>	55 <input type="checkbox"/>
Digestivi	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>	65 <input type="checkbox"/>
Ricostituenti o vitaminici	71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/>	75 <input type="checkbox"/>
Altro	81 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>	85 <input type="checkbox"/>

11.4 PRIMA DI PRENDERE UN FARMACO CHE È GIÀ IN CASA, CONTROLLA LA DATA DI SCADENZA?

SI 1 ☐

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

NO, non la controlla nessuno 3 ☐

11.5 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 ☐

11.6 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE LE È STATO PRESCRITTO QUALCHE FARMACO DI CUI NON HA FATTO USO PERCHÉ, PER MOTIVI VARI, HA DECISO DI NON FARLO?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

MEDICINA ALTERNATIVA

Per tutti

12.1 SPESSO SI SENTE PARLARE DI ALCUNI TIPI DI MEDICINA ALTERNATIVA: AGOPUNTURA, OMEOPATIA, FITOTERAPIA (CURA CON PIANTE E ERBE). NE HA FATTO USO DURANTE GLI ULTIMI TRE ANNI? RITIENE CHE POSSANO AIUTARE A RISOLVERE O ALLEVIARE ALCUNI PROBLEMI DI SALUTE?

a) Uso negli ultimi 3 anni (una risposta per ogni colonna)

	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia
NO	11	41	71
SI	12	42	72

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

NO	21	51	81
SI	22	52	82
Non so	23	53	83

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

c) Utilità (una risposta per ogni colonna)

NO	31	61	91
SI	32	62	92
Non so	33	63	93

CONSUMO DI TABACCO

Per le persone in età di 14 anni o più

13.1 HA L'ABITUDINE DI FUMARE?

NO, non ho mai fumato 1

NO, ma fumavo in passato 2

SI 3

Per chi fumava in passato e per chi fuma attualmente (per questi ultimi fare riferimento alle abitudini attuali)

13.2 CHE COSA FUMA O FUMAVA PREVALENTEMENTE? (una sola risposta)

- sigarette 1
- sigari 2
- pipa 3

Per chi fuma (o fumava) prevalentemente sigarette, indicare il numero medio giornaliero di sigarette fumate.

N

13.3 A CHE ETÀ HA INIZIATO A FUMARE?

anni compiuti

Per chi fuma attualmente

13.4 HA PROVATO QUALCHE VOLTA A SMETTERE DI FUMARE?

NO 1 SI 2

Per chi fuma dal almeno 2 anni

13.5 NEL CORSO DEGLI ULTIMI 2 ANNI HA RIDOTTO O AUMENTATO IL CONSUMO DI TABACCO RISPETTO ALLE SUE PRECEDENTI ABITUDINI?

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

Per chi fumava in passato, ma non attualmente

13.6 DA QUANTO TEMPO HA SMESSO DI FUMARE?

ANNI N. MESI N.

13.7 QUAL'È IL MOTIVO PRINCIPALE PER CUI HA SMESSO DI FUMARE? (una sola risposta)

- per una malattia o disturbo da cui è (o è stato) affetto 1
- perché, pur non avendo alcuna malattia o disturbo, ritiene che il fumo sia dannoso alla salute 2
- perché non ha trovato più nessun piacere nel fumare 3
- perché ritiene che il fumo sia troppo costoso 4
- per altri motivi 5

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

AIUTI PRESTATI ALL'ESTERNOPer le persone
di 14 anni o più

14.1 IN RIFERIMENTO AI TIPI DI AIUTO O ASSISTENZA (NON RETRIBUITI) DI SEGUITO ELENCATI, INDICARE SE DURANTE LE ULTIME QUATTRO SETTIMANE LA PERSONA HA PRESTATO AIUTO A PERSONE NON APPARTENENTI ALLA FAMIGLIA, OSSIA NON COABITANTI (possibili più risposte)

- aiuto economico 1 ☐
- prestazioni sanitarie (iniezioni, medicinali, ecc.) 2 ☐
- compagnia, accudimento, assistenza 3 ☐
- aiuto in attività domestiche 4 ☐
- accompagnamento, ospitalità 5 ☐
- effettuazione di pratiche burocratiche 6 ☐
- aiuto nell'esecuzione di un'attività di lavoro o di studio 7 ☐
- non ha prestato alcun aiuto 0 ☐

Se sono stati prestati più tipi di aiuto (se l'aiuto è uno solo, passare al q. 14.3).

14.2 INDICARE IL CODICE DEL TIPO DI AIUTO PRESTATO CHE È CONSIDERATO PIÙ IMPEGNATIVO (vedere codici al q. 14.1)

☐

Facendo riferimento all'unico aiuto prestato o a quello considerato più impegnativo

14.3 A QUALE DELLE PERSONE ELENCAATE È STATO PRESTATO? (una sola risposta)

- genitori-suoceri 1 ☐
- figli/coniugi dei figli 2 ☐
- fratelli/cognati 3 ☐
- nipoti 4 ☐
- nonni 5 ☐
- altri parenti anziani (65 anni e più) 6 ☐
- altri parenti non anziani (meno di 65 anni) 7 ☐
- altri non parenti anziani (65 anni e più) 8 ☐
- altri non parenti non anziani (meno di 65 anni) 9 ☐

14.4 QUAL È IL MOTIVO PRINCIPALE PER CUI LA PERSONA HA AVUTO BISOGNO DI AIUTO? (una sola risposta)

- problemi di salute senza invalidità 1 ☐
- problemi di salute con invalidità 2 ☐
- bisogno di compagnia 3 ☐
- bisogno economico 4 ☐
- problemi di lavoro o studio 5 ☐
- difficoltà ad organizzarsi (senza problemi di salute) 6 ☐
- altro motivo 7 ☐

14.5 LA PERSONA CHE HA RICEVUTO L'AUTO VIVE SOLA?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

14.6 QUAL È STATO IL CARATTERE DELL'AUTO DA LEI FORNITO? (una sola risposta)

- casuale 1 ☐
- saltuario 2 ☐
- regolare 3 ☐

14.7 LA PRESTAZIONE DI QUESTO AIUTO È STATA ORGANIZZATA INSIEME CON UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI PERSONE? (possibili più risposte)

- Altri componenti della famiglia 1 ☐
- Altri parenti non appartenenti alla famiglia intervistata 2 ☐
- Altre persone
- fuori da un gruppo di volontariato 3 ☐
- nell'ambito di un gruppo di volontariato laico 4 ☐
- nell'ambito di un gruppo di volontariato religioso 5 ☐
- Nessuna delle persone indicate 0 ☐

LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?

SI, senza la presenza di altre persone 1 ☐ NO, ma era presente 3 ☐

SI, con la presenza di altre persone 2 ☐ NO, e non era presente 4 ☐

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie (cfr. col. 13 della Scheda Generale) N. ☐

AIUTI RICEVUTI DALL'ESTERNO

TIPI DI AIUTO

(a) La relazione va riferita rispetto alla PR; considerare la persona che ha prodotto l'aiuto più impegnativo.

TIPI DI AIUTO

[illegible]

Segue **SCHEDA FAMILIARE****ABITAZIONE****2.1 CON RIFERIMENTO ALL'ABITAZIONE PRINCIPALE SPECIFICARE:**

a) A quale titolo la famiglia occupa l'abitazione?

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

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

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

Sì, all'interno dell'abitazione

- uno 1 ☐
- due o più 2 ☐

Sì, al di fuori dell'abitazione 3 ☐NO 4 ☐

d) L'abitazione dispone di bagno/vasca e/o doccia?

NO 1 ☐ SÌ 2 ☐

e) L'abitazione dispone di acqua corrente?

SÌ 1 ☐ NO 2 ☐

f) L'abitazione dispone di telefono?

NO 1 ☐ SÌ 2 ☐

g) L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO 1 ☐ SÌ 2 ☐**Se la risposta è affermativa, chiedere:**

1. Tipo di riscaldamento:

- centrale ad uso dell'intero fabbricato 1 ☐
- autonomo ad uso dell'abitazione 2 ☐
- apparecchi singoli (stufe, ecc.) 3 ☐

2. Il riscaldamento è presente nella maggior parte dell'abitazione?

NO 1 ☐ SÌ 2 ☐**PER LE FAMIGLIE CON PIÙ DI UN COMPONENTE**

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

Da un componente 1 ☐Da più componenti 2 ☐

Se le risposte sono state fornite da un solo componente, specificare:

Numero d'ordine del componente che ha fornito le risposte ai quesiti della Scheda familiare N.

RISERVATO AL RILEVATORE

TIPO DI ABITAZIONE	L'abitazione è situata in:
Villa o villino 1 <input type="checkbox"/>	Centro abitato 1 <input type="checkbox"/>
Signorile 2 <input type="checkbox"/>	Nucleo abitato 2 <input type="checkbox"/>
Civile 3 <input type="checkbox"/>	Case sparse 3 <input type="checkbox"/>
Economico o popolare 4 <input type="checkbox"/>	
Rurale 5 <input type="checkbox"/>	
Abitazione impropria (baracca, roulotte, ecc.) 6 <input type="checkbox"/>	

ANNOTAZIONI (difficoltà di risposta per qualche quesito, difficoltà o incertezze nella codifica, problemi particolari di qualche componente familiare, situazioni verificatesi durante l'intervista, ecc., giudizio complessivo)

NOTIZIE SULL'INTERVISTA

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

a) giorno b) mese c) ora di inizio

(ore e minuti)

d) durata dell'intervista

Meno di 30 minuti

1 ☐

Da 30 minuti a meno di 45 minuti

2 ☐

Da 45 minuti a meno di 1 ora

3 ☐

Da 1 ora a 1 ora e mezza

4 ☐

Oltre 1 ora e mezza

5 ☐

e) disponibilità familiare verso l'intervista

Sempre scarsa

1 ☐

Scarsa all'inizio, migliore in seguito

2 ☐

Buona all'inizio, scarsa in seguito

3 ☐

Sufficiente

4 ☐

Buona

5 ☐

Molto interessata

6 ☐

Codice del rilevatore nel Registro Comunale dei rilevatori

Cognome del rilevatore

(scrivere in stampatello partendo dalla prima casella a sinistra)

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

Visto per la revisione

IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA REVISIONE

(COGNOME E NOME LEGGIBILE)


istat

Istituto Nazionale di Statistica

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

QUINTO CICLO

SCHEDA RELATIVA ALLE MALATTIE CRONICHE

(solo per le persone che hanno risposto con i codici 01, 02 e 06 al q. 5.6 del Mod. ISTAT/IMF-5/A)

COMPONENTE FAMILIARE N.

SEGRETEZZA DEI DATI FORNITI COL PRESENTE QUESTIONARIO

La legge tutela la segretezza dei dati raccolti con le indagini statistiche; essi sono resi anonimi e privi di ogni riferimento che permetta di collegarli con le persone che hanno risposto ai questionari. Tutte le notizie fornite possono essere utilizzate soltanto per scopi statistici.

1	Mese	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2	Provincia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Comune	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

3	Numero generale progressivo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Da 001 al totale dei modelli ISTAT/IMF - 5/A compilati dal Comune (a cura del Comune)	

4	Numero d'ordine della famiglia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Da 001 al totale delle famiglie dell'elenco (Mod. ISTAT/IMF/1)	

DIABETE

Solo per le persone che hanno risposto con il codice 01 al q. 5.6 del Mod. ISTAT/IMF-5/A

1.1 DA QUANTO TEMPO SA DI ESSERE AFFETTO DA DIABETE?

(se meno di un anno codificare 00)

n. anni **1.2 A CHI È AFFIDATA ATTUALMENTE LA RESPONSABILITÀ PRINCIPALE DELLA CURA DELLA SUA MALATTIA?**

(fornire una sola risposta)

- ad un centro diabetico 1 ☐
- ad un diabetologo 2 ☐
- ad un medico generico 3 ☐

1.3 CONTROLLA CON REGOLARITÀ LA GLICEMIA E/O LA GLICOSURIA DA SOLO (O CON L'AIUTO DI FAMILIARI O DI ALTRE PERSONE NON SPECIALIZZATE)?

- NO, non faccio controlli regolari 1 ☐
- NO, faccio controlli regolari ma non da solo 2 ☐
- SI, faccio controlli regolari da solo 3 ☐

1.4 QUANTO TEMPO FA HA FATTO L'ULTIMO CONTROLLO DELLA GLICEMIA E/O DELLA GLICOSURIA PRESSO UN LABORATORIO DI ANALISI?

(se nell'ultimo mese indicare 01)

n. mesi **1.5 DURANTE GLI ULTIMI 12 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA, SI È SOTTOPOSTO AD UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI VISITE? SE SÌ, QUANTO TEMPO FA?**

(nel caso di più visite dello stesso tipo fare riferimento all'ultima)

	NO	SI	N. mesi
– visita oculistica	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
– visita neurologica	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
– visita cardiologica/angiologica	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

1.6 CHE COSA FA PER CURARE LA SUA MALATTIA? (possibili più risposte)

- osservo una dieta 1 ☐
- assumo farmaci per via orale (pasticche) 2 ☐
- uso l'insulina 3 ☐
- non faccio nessuna delle tre cose 4 ☐

1.7 DI QUALI DISTURBI SOFFRE A CAUSA DEL DIABETE? (possibili più risposte)

- alla vista 1 ☐
- alle arterie degli arti inferiori 2 ☐
- ai reni 3 ☐
- nessuno dei disturbi indicati 4 ☐

1.8 NEGLI ULTIMI DODICI MESI È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE A CAUSA DEL DIABETE?NO 00 ☐SÌ N VOLTE

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Solo per le persone che hanno risposto con il codice 02 al q. 5.6 del Mod. ISTAT/IMF-5/A

2.1 DA QUANTO TEMPO SA DI ESSERE AFFETTO DA IPERTENSIONE ARTERIOSA?
(se meno di un anno codificare 00)

n. anni

2.2 A CHI È AFFIDATA ATTUALMENTE LA RESPONSABILITÀ PRINCIPALE DELLA CURA DELLA SUA MALATTIA?
(fornire una sola risposta)

- ad un cardiologo 1 ☐
- ad un medico generico 2 ☐

2.3 NEGLI ULTIMI 12 MESI PRECEDENTI L'INTERVISTA, SI È SOTTOPOSTO AD UNO O PIÙ DEI SEGUENTI ESAMI O VISITE? SE SÌ, QUANTO TEMPO FA? (nel caso di più esami o visite dello stesso tipo, fare riferimento all'ultimo esame o visita)

	NO	SÌ	N. mesi
— misurazione della pressione	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
— elettrocardiogramma	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
— visita oculistica	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
— visita cardiologica	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

2.4 ABITUALMENTE DA CHI VIENE EFFETTUATA LA MISURAZIONE DELLA SUA PRESSIONE? (possibili più risposte)

- da un medico 1 ☐
- da un infermiere 2 ☐
- in farmacia 3 ☐
- da altri (parenti, amici, ecc.) 4 ☐
- da solo 5 ☐

2.5 CHE COSA FA PER CURARE LA SUA MALATTIA? (possibili più risposte)

- osservo una dieta 1 ☐
- assumo diuretici 2 ☐
- assumo altri farmaci 3 ☐
- non faccio nessuna delle tre cose 4 ☐

2.6 DI QUALI DISTURBI SOFFRE A CAUSA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA? (possibili più risposte)

- alla vista 1 ☐
- al cuore 2 ☐
- ai reni 3 ☐
- nessuno dei disturbi indicati 4 ☐

2.7 NEGLI ULTIMI DODICI MESI È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE A CAUSA DELL'IPERTENSIONE?

NO 00 ☐SÌ N. VOLTE

BRONCHITE CRONICA, ENFISEMA, INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Solo per le persone che hanno risposto con il codice 06 al q. 5.6 del Mod. ISTAT/IMF-5/A

- 3.1 DA QUANTO TEMPO SA DI ESSERE AFFETTO DA BRONCHITE CRONICA E/O ENFISEMA E/O INSUFFICIENZA RESPIRATORIA?
(NEL CASO DI PIU' MALATTIE, FARE RIFERIMENTO A QUELLA DI CUI SI È VENUTI A CONOSCENZA PRIMA)
(se meno di un anno codificare 00)

n. anni

- 3.2 A CAUSA DELLA SUA MALATTIA DI QUALI DISTURBI SOFFRE ABITUALMENTE?
(possibili più risposte)

- tosse 1 ☐
- affanno sotto sforzo (nel salire una scala, portare un peso, ecc.) 2 ☐
- affanno a riposo (seduto o a letto) 3 ☐
- catarro 4 ☐
- nessuno dei disturbi indicati 5 ☐

- 3.3 NEGLI ULTIMI DODICI MESI HA SOFFERTO DI EPISODI DI RIACUTIZZAZIONE DELLA SUA MALATTIA?

NO 00 ☐

SI N VOLTE

- 3.4 SE SÌ, DA QUALI DISTURBI È STATO CARATTERIZZATO L'ULTIMO EPISODIO DI RIACUTIZZAZIONE?
(possibili più risposte)

- febbre 1 ☐
- tosse insistente 2 ☐
- affanno 3 ☐
- catarro 4 ☐
- nessuno dei disturbi indicati 5 ☐

- 3.5 È STATO MAI RICOVERATO IN OSPEDALE A CAUSA DELLA SUA MALATTIA?

NO 00 ☐

SI N VOLTE

di cui negli ultimi 12 mesi N