

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

L'Istat svolge questa ricerca, che viene condotta in tutti gli Stati dell'Unione Europea, con l'obiettivo di confrontare la situazione nei diversi Paesi riguardo i principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione ed il ricorso ai servizi sanitari. I risultati derivanti da questo tipo di indagine sono di grande rilevanza sociale, poiché consentono di monitorare i principali indicatori di salute utili alla programmazione sanitaria nel Paese e contribuiscono a definire le politiche europee per soddisfare i bisogni dei cittadini.

L'Indagine europea sulla salute" (cod. IST – 02565) è disciplinata dal Regolamento (UE) n. 141/2013 ed è inserita nel Programma statistico nazionale 2014-2016 e nel Programma statistico nazionale 2014-2016 – Aggiornamento 2015-2016 (entrambi in corso di approvazione al momento della stampa del presente modello), che raccolgono l'insieme delle rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese. Sarà cura dell'intervistatore fornire indicazioni sul Programma statistico nazionale in vigore al momento dell'intervista. Il testo del Programma statistico nazionale è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere questa attività di ricerca. L'obbligo di risposta per questa rilevazione è disciplinato dall'art. 7 del d.lgs. n. 322/1989, e successive modifiche e integrazioni, e diventa effettivo con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto di approvazione del Programma statistico nazionale 2014-2016 - Aggiornamento 2015-2016 e del collegato elenco delle rilevazioni, in esso ricomprese, con obbligo di risposta per i soggetti privati.

L'obbligo di risposta tuttavia, come previsto dalla normativa vigente (art. 7, comma 2, del d.lgs. n. 322/1989), non riguarda in ogni caso i quesiti di natura sensibile, ai quali i cittadini potranno decidere se rispondere o meno. Sono di natura sensibile le domande presenti nelle sezioni 2, 3, 4 (eccetto domanda 4.4), 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 (solo domanda 14.3), 21 del questionario ISTAT/EHIS2/A.15 (questionario per intervista di colore giallo) e le domande presenti nelle sezioni 1 e 4 del questionario ISTAT/EHIS2/B.15 (questionario per autocompilazione di colore azzurro). I quesiti riguardanti i dati sensibili saranno segnalati dall'intervistatore nel corso dell'intervista.

Sarà cura dell'intervistatore fornire indicazioni sull'elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati in vigore al momento dell'intervista, il cui testo è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistiche, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

La invito, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 16.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e ad accogliere, con cortese disponibilità, l'incaricato del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari. L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003). Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero verde (gratuito) 800.811.177 il martedì e il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

Responsabile del trattamento statistico dei dati raccolti nell'ambito della presente indagine è il Direttore centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali. Per il trattamento dei dati personali il titolare è l'Istat - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, e il responsabile, per l'Istat, è il Direttore centrale sopra indicato al quale è possibile rivolgersi per avere l'elenco completo dei responsabili. Sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs. n. 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, viale Liegi, 13 – 00198 Roma.

SEGRETO STATISTICO, PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Regolamento (UE) n. 141/2013 della Commissione, del 19 febbraio 2013 (G.U.U.E. 20 febbraio 2013, n. L 47), e successive modifiche, che attua il regolamento (CE) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro per quanto riguarda le statistiche basate sull'indagine europea sulla salute (EHIS);
- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modifiche e integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" – art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166, "Regolamento recante il riordino dell'Istituto nazionale di statistica";
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche e integrazioni, "Codice in materia di protezione dei dati personali" – art. 4 (definizioni) artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196).

**INDAGINE
STATISTICA
SULLE FAMIGLIE****INDAGINE EUROPEA
SULLA SALUTE 2015**6 CODICE INTERVISTATORE

| | |
|---|--|
| 7 | Data di consegna all'ufficio del Comune <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> giorno mese anno |
| | L'INTERVISTATORE |
| | (Cognome e nome leggibili) |
| | Visto per la revisione IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE |

A MESE

| | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Provincia |
| | Comune |
| | Sezione di Censimento |

| | |
|---|---|
| 2 | (a cura del Comune) Numero <u>progressivo</u> della famiglia intervistata <input type="text"/> |
| | Da 0001 al totale delle famiglie intervistate |

| | |
|---|--|
| 3 | Numero d'ordine della famiglia nell'elenco <u>Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco</u> <input type="text"/> |
| | Da 00001 al totale delle famiglie nell'elenco |

| | |
|---|--|
| 4 | Numero dei componenti la famiglia <u>anagrafica</u> <input type="text"/> |
| | (Colonna 4 del Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco) |

| | |
|---|--|
| 5 | Numero dei componenti la famiglia <u>attuale</u> <input type="text"/> |
|---|--|

Questionario per intervista

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 Sesso

Maschio 1
Femmina 2

Col.3 Età (in anni compiuti)

Col. 4 Relazione di parentela con PR

PR (persona di riferimento del questionario)01
Coniuge di 0102
Convivente (coniugalmemente) di 0103
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 0104
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 0105
Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza06
Figlio di 01 o del coniuge convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a).....07
Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)08
Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)09
Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)10
Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)11
Fratello/sorella di 0112
Fratello/sorella del coniuge o convivente di 0113
Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)14
Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)15
Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01)16
Persona legata da amicizia17

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

Dimorante
- abitualmente presente1
- temporaneamente assente2

Col. 6 Anno di nascita

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

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

Celibe o nubile 1
Coniugato/a coabitante col coniuge 2
Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto) 3
Separato/a legalmente4
Divorziato/a5
Vedovo/a6

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

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

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

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

Col. 10 Fonte principale di reddito (15 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. 11 Anno matrimonio attuale

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

Col. 12 Stato civile precedente al matrimonio attuale

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

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

Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI *(PER TUTTI)*

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune di
residenza.....1 ☐

Altro Comune
italiano.....2 ☐

Prov.....

Specificare

CODICE PROVINCIA

Vedi Appendice C

Stato estero.....3 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

1.5 Cittadinanza

Italiana.....1 ☐

Straniera.....2 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

Apolide.....3 ☐

2. CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE

(PER TUTTI)

Adesso vorrei parlare con lei della sua salute.

2.1 Come va in generale la sua salute?

Molto bene 1 ☐

Bene 2 ☐

N  bene n  male..... 3 ☐

Male 4 ☐

Molto male 5 ☐

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

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

SI 1 ☐

NO 2 ☐

2.3 A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni, che durano da almeno 6 mesi, nelle attiv  che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere:

Limitazioni gravi..... 1 ☐

Limitazioni non gravi 2 ☐

Nessuna limitazione 3 ☐

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

3. MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE

(PER TUTTI)

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

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.1 Asma (compreso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.2 Bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.3 Infarto del miocardio (attacco cardiaco) o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.4 Malattia coronarica o angina pectoris | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.5 Ipertensione (pressione arteriosa alta) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.6 Altre malattie del cuore | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.7 Ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale) o conseguenze croniche dell'ictus | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.8 Artrosi (esclusa artrite) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.9 Patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.10 Patologia cervicale o altra affezione cronica del collo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

Segue Scheda Individuale del componente n. **011** (col. 1 della Scheda Generale)

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.11 Diabete | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.12 Allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura (escluso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.13 Cirrosi epatica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.14 Incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.15 Problemi renali | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| <i>(Se ha problemi renali)</i> 3.15.1 Insufficienza renale cronica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.16 Depressione | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.17 Ansietà cronica grave | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.18 Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.19 Alzheimer, demenze senili | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.20 Parkinsonismo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.21 Altra malattia o condizione patologica <div></div> <div></div> <i>(specificare)</i> | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

4. INFORTUNI E LESIONI

(PER TUTTI)

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

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

(una risposta per ogni riga)

- | | | | | | |
|--|----|---|--------------------------|-----------------|----------------------|
| 4.1.1 Incidente stradale | SI | 1 | <input type="checkbox"/> | N. di incidenti | <input type="text"/> |
| | NO | 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| 4.1.2 Infortunio domestico | SI | 1 | <input type="checkbox"/> | N. di infortuni | <input type="text"/> |
| | NO | 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| 4.1.3 Infortunio nel tempo libero | SI | 1 | <input type="checkbox"/> | N. di infortuni | <input type="text"/> |
| | NO | 2 | <input type="checkbox"/> | | |

ATTENZIONE!

Se ha avuto almeno un incidente/infortunio (codice 1 a domanda 4.1.1 o 4.1.2 o 4.1.3) andare a domanda 4.2.

Altrimenti se NON ha avuto incidenti/infortuni (codice 2 a domande 4.1.1 e 4.1.2 e 4.1.3):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

4.2 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), ha avuto bisogno di cure mediche?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Se tra gli incidenti indicati a domanda 4.1 ha risposto di aver avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4.

Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

(Se ha avuto bisogno di cure mediche, codice 1 a domanda 4.2)

4.3 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), è stato ricoverato in un ospedale o in altra struttura sanitaria (es. casa di cura)?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

(una sola risposta)

SI, con pernottamento.....1 ☐

SI, senza pernottamento.....2 ☐

NO.....3 ☐

ATTENZIONE!

Se ha avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4. Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

Se ha subito più di un incidente stradale rispondere considerando quello più grave. Indicare i motivi che lo hanno causato indipendentemente da chi ha avuto la colpa.

4.4 Nell'incidente stradale lei era...

Conducente del veicolo.....1 ☐

Passeggero.....2 ☐

Pedone.....3 ☐

4.5 Sempre facendo riferimento all'incidente stradale più grave, quali sono i motivi che secondo lei lo hanno causato?

(una risposta per ogni riga)

1. Difetti o anomalie (avarie del veicolo, manto stradale sconnesso o sdruciolevole, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Infrazioni al codice stradale (eccesso di velocità, mancato rispetto della precedenza, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Distrazione SI 1 ☐ NO 2 ☐

4. Consumo di bevande alcoliche SI 1 ☐ NO 2 ☐

5. Consumo di sostanze stupefacenti o psicofarmaci SI 1 ☐ NO 2 ☐

6. Altro (specificare) SI 1 ☐ NO 2 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni. Continuare per gli altri!

5. LIMITAZIONI FUNZIONALI FISICHE E SENSORIALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

5.1 Utilizza occhiali o lenti a contatto?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.3**

NO.....2 ☐

NO, sono cieco, non sono in grado

di vedere affatto.....3 ☐ → **andare a domanda 5.4**

5.2 Ha difficoltà a vedere?

Nessuna difficoltà.....1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado.....4 ☐

(Se SI a domanda 5.1)

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

Nessuna difficoltà1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado4 ☐

5.4 Utilizza apparecchi acustici?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.7**

NO.....2 ☐

NO, sono affetto da sordità

completa.....3 ☐ → **andare a domanda 5.9**

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

Nessuna difficoltà.....1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado.....4 ☐

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

Nessuna difficoltà.....1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado.....4 ☐

(Se SI a domanda 5.4)

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

Nessuna difficoltà.....1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado.....4 ☐

(Se SI a domanda 5.4)

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

Nessuna difficoltà.....1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado.....4 ☐

5.9 Ha difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri (che corrispondono a circa 5 volte la lunghezza di un campo di calcio) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

Nessuna difficoltà.....1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado.....4 ☐

5.10 Ha difficoltà a salire o scendere una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

Nessuna difficoltà.....1 ☐

Qualche difficoltà2 ☐

Molta difficoltà3 ☐

Non sono in grado.....4 ☐

6. ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Questa sezione è relativa alle attività quotidiane di cura della persona. Non considerare problemi di tipo temporaneo (ingessature, stato influenzale, ecc.).

6.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere le seguenti attività senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6.1.1 Mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.2 Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.3 Vestirsi e spogliarsi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.4 Usare i servizi igienici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.5 Fare il bagno o la doccia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 a domanda 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5):

- per le persone di 50 anni e più andare a Sezione 7;
 - per le persone da 14 a 49 anni andare a Sezione 8.
- Altrimenti andare a domanda 6.2.

Considerare le attività di cura personale per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

6.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare a domanda 6.4**

(Se SI a domanda 6.2)

6.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

(Se NO a domanda 6.2)

6.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 14 a 49 anni vanno alla Sezione 8. Continuare per gli altri!

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

(col. 1 della Scheda Generale)

7. ATTIVITÀ DOMESTICHE

(PER LE PERSONE DI 50 ANNI E PIÙ)

7.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere qualcuna delle seguenti attività domestiche senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona o l'uso di ausili o adattamenti della sua abitazione. Non consideri problemi di tipo temporaneo, quali ingessature, stato influenzale, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado | Non ho mai provato a farlo o non ho alcuna necessità di farlo |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 7.1.1 Preparare i pasti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.2 Usare il telefono | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.3 Fare la spesa | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.4 Prendere le medicine (nel dosaggio corretto e al momento giusto) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.5 Svolgere attività domestiche leggere (lavare i piatti, stirare, rifare il letto, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.6 Svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti (pulire le finestre, spostare mobili pesanti per pulire, portare buste della spesa pesanti per più di 5 minuti, fare pulizie approfondite, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.7 Gestire le sue risorse economiche e le attività amministrative abituali (pagare il condominio, pagare le bollette, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere NESSUNA DIFFICOLTÀ in TUTTE le attività (codice 1 a domanda 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7) passare a Sezione 8, altrimenti proseguire.

Considerare le attività domestiche per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

7.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività...1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare a domanda 7.4**

(Se SI a domanda 7.2)

7.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

(Se NO a domanda 7.2)

7.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

8. DOLORE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

- Non ho avuto alcun dolore.....1 ☐ → **andare alla sezione 9**
- Molto lieve.....2 ☐
- Lieve.....3 ☐
- Moderato4 ☐
- Forte5 ☐
- Molto forte6 ☐

(Se ha provato dolore fisico nelle ultime 4 settimane, codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 a domanda 8.1)

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

- Nessuna.....1 ☐
- Lievemente.....2 ☐
- Moderatamente.....3 ☐
- Gravemente4 ☐
- Molto gravemente5 ☐

9. BENESSERE PSICOLOGICO

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

9.1 Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza ha avuto fastidi per i seguenti problemi? (una risposta per ogni riga)

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

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**10. ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

*(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)*

Questa sezione è relativa ai ricoveri ed ai giorni trascorsi in ospedale. Considerare qualsiasi tipo di ospedale o casa di cura.

ATTENZIONE!

Non considerare i ricoveri delle donne che si sono ricoverate per il parto.

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → andare a domanda 10.3

(Per le persone che sono state ricoverate per almeno una notte in ospedale, codice 1 a domanda 10.1)

10.2 Facendo riferimento a tutte le volte in cui è stato ricoverato, negli ultimi 12 mesi quante notti ha trascorso complessivamente in ospedale?

N. notti |__|__|__|

10.3 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un day hospital o day surgery, ossia è stato ricoverato per accertamenti, terapie o altro tipo di cure mediche che non hanno richiesto il pernottamento in ospedale?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → andare alla sezione 11

(Per le persone che si sono sottoposte a un day hospital o day surgery, codice 1 a domanda 10.3)

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

N. giorni |__|__|__|

**11. ASSISTENZA
AMBULATORIALE E
DOMICILIARE**

*(PER LE PERSONE DI
14 ANNI E PIÙ)*

Visite mediche presso dentisti, ortodontisti o igienisti dentali.

11.1 Quando è stata l'ultima volta che si è rivolto al dentista/ortodontista/igienista dentale per la cura o l'igiene dei suoi denti?

Meno di 6 mesi fa1 ☐

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

12 mesi o più.....3 ☐

Mai.....4 ☐

Visite presso il medico di famiglia. Considerare le visite presso lo studio del medico, le visite a domicilio, le consulenze telefoniche o per e-mail.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

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

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

} andare a
domanda 11.4

(Per le persone che si sono rivolte al medico di famiglia meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.2)

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

N. volte |__|__|

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

(col. 1 della Scheda Generale)

Visite specialistiche (escluse odontoiatriche). Considerare le visite in ambulatorio o in Pronto Soccorso, le consulenze telefoniche o per e-mail. Escludere le visite avvenute durante l'eventuale ricovero in ospedale.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

Da 6 mesi a meno

di 12 mesi fa2 ☐

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

**andare a
domanda 11.6**

(Per le persone che hanno effettuato una visita specialistica meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.4)

11.5 Nelle ultime 4 settimane, quante visite specialistiche ha effettuato per un problema che riguarda la sua salute?

N. volte

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

(una risposta per ogni riga)

1. Fisioterapista o
chinesiterapista SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Psicologo,
psicoterapeuta SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Psichiatra SI 1 ☐ NO 2 ☐

L'assistenza domiciliare include un'ampia gamma di servizi sociali e sanitari forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione. Rispondere considerando solo i servizi forniti da operatori professionisti socio-sanitari (sia pubblici che privati). Sono esclusi dalla lista delle persone che possono offrire assistenza domiciliare i familiari (conviventi e non), i parenti e gli amici.

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

(Assistenza domiciliare fornita da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, ecc., o da personale non sanitario, quali badanti, assistenti domiciliari, operatori sociali)

SI, sia da personale sanitario

che non sanitario.....1 ☐

SI, solo da personale sanitario.....2 ☐

SI, solo da personale NON sanitario.....3 ☐

NO.....4 ☐

12. CONSUMO DI FARMACI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

12.1 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

12.2 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che **NON** le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

13. PREVENZIONE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Vaccinazione antinfluenzale.

13.1 Ha mai fatto il vaccino contro l'influenza?

SI, meno di 2 anni fa.....1 ☐

SI, 2 anni fa o più.....2 ☐

NO, mai fatto.....3 ☐

**andare a
domanda 13.3**

(Per le persone che hanno fatto il vaccino contro l'influenza meno di 2 anni fa, codice 1 a domanda 13.1)

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

-

Mese Anno

Controllo della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia (zucchero nel sangue).

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

Meno di 12 mesi fa1 ☐

Da 1 anno a meno di 3 anni fa.....2 ☐

Da 3 anni a meno di 5 anni fa.....3 ☐

5 anni fa o più.....4 ☐

Mai.....5 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

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

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

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

Ricerca del sangue occulto nelle feci e colonscopia.

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

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

13.7 Quando ha fatto l'ultima volta la colonscopia?

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

ATTENZIONE!

Le **DONNE** di 14 anni e più rispondono alle domande 13.8 e 13.9 sulla mammografia ed il pap test.
 Gli **UOMINI** vanno alla Sezione 14.

13.8 Quando ha fatto l'ultima volta la mammografia?

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

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

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

14. DIFFICOLTÀ DI ACCESSO A PRESTAZIONI E CURE SANITARIE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

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

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

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

SI.....1 ☐
 NO, l'ho effettuate senza ritardi.....2 ☐
 NO, non ho avuto bisogno di prestazioni sanitarie.....3 ☐

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

(una risposta per ogni riga)

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

15. PESO E ALTEZZA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Quanto è alto senza scarpe? (*in centimetri*)

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

15.2 Quanto pesa senza vestiti e senza scarpe? (*in chilogrammi*)

(Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)

kg....|_|_|_|

16. ATTIVITÀ FISICA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

ATTENZIONE!

Le **DONNE** in attesa di un bambino devono rispondere a tutti i quesiti di questa sezione facendo riferimento alla situazione precedente alla gravidanza.

Questa sezione è relativa al tempo che di solito si dedica all'attività fisica. Rispondere alle domande anche se l'intervistato non si considera una persona sportiva.

Innanzitutto si richiede di considerare le **ATTIVITÀ LAVORATIVE** (lavoro retribuito e lavoro non retribuito, lavoro domestico e familiare, studio o attività di formazione).

16.1 Quando lei svolge le sue **ATTIVITÀ LAVORATIVE**, quale tra le seguenti situazioni descrive meglio ciò che fa? Lei direbbe che:

(una sola risposta)

Lavora prevalentemente seduto o in piedi...1 ☐
 Lavora prevalentemente in movimento o svolge mansioni che comportano un moderato sforzo fisico.....2 ☐
 Lavora prevalentemente facendo attività pesanti o fisicamente impegnative.....3 ☐
oppure
 Non svolge alcuna attività lavorativa.....4 ☐

Nelle domande successive **ESCLUDERE L'ATTIVITÀ FISICA LEGATA** alle **ATTIVITÀ LAVORATIVE** e considerare come l'intervistato si sposta di solito da un posto all'altro (ad es. per andare a lavoro, a scuola, a fare la spesa, al supermercato, ecc.).

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

N. giorni....|_|

Non pratico mai

questa attività fisica 1 ☐ → **andare a**

domanda 16.4

Segue Scheda Individuale del componente n. **011**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.2)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno.....3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → andare a domanda 16.6

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.4)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno...3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

Nelle domande successive **ESCLUDERE** gli **SPOSTAMENTI** descritti nelle domande precedenti e considerare attività quali **SPORT, ATTIVITÀ DI FITNESS O ATTIVITÀ FISICA RICREATIVA** (nel tempo libero) che comportano **ALMENO** un leggero aumento della frequenza respiratoria o cardiaca (ad es. camminare a passo sostenuto, giocare con il pallone, fare jogging, andare in bicicletta o nuotare).

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → andare a domanda 16.8

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.6)

16.7 Per quanto tempo pratica sport, attività di fitness o attività fisiche ricreative (nel tempo libero) in una settimana?

|_|_|:|_|_| a settimana
 Ore Minuti

16.8 Normalmente quanti giorni a settimana pratica attività specifiche per **POTENZIARE** i suoi muscoli, con qualsiasi allenamento o esercizio fisico? Consideri tutte le attività, anche quelle già incluse nelle domande precedenti.

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai questa attività fisica...1 ☐

17. CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

17.1 Quanto spesso mangia frutta, escludendo i succhi di frutta industriali?

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

andare a
 domanda
 17.3

(Per le persone che mangiano frutta una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.1)

17.2 Quante porzioni di frutta, di qualsiasi tipo, mangia ogni giorno? (*Escludere i succhi di frutta industriali*)

(Una porzione di frutta corrisponde ad esempio ad una mela, una pera, due mandarini, una spremuta, ecc.)

N. porzioniN. |_|_|

17.3 Quanto spesso mangia verdura o insalata, escludendo le patate?

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

andare a
 sezione 18

(Per le persone che mangiano verdure o insalata una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.3)

17.4 Quante porzioni di verdura o insalata mangia ogni giorno? (*Escludere le patate*)

(Una porzione di verdura o insalata corrisponde ad una quantità che ricopre il fondo del piatto)

N. porzioniN. |_|_|

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

(col. 1 della Scheda Generale)

18. SOSTEGNO SOCIALE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

Questa sezione è relativa alle relazioni sociali.

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

- Nessuna.....1 ☐
 1 o 2.....2 ☐
 Da 3 a 5.....3 ☐
 6 o più4 ☐

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

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

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

- Molto facile.....1 ☐
 Facile.....2 ☐
 Possibile.....3 ☐
 Difficile.....4 ☐
 Molto difficile5 ☐

19. CURE O ASSISTENZA FORNITE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

Questa sezione è relativa agli aiuti forniti ad altre persone con problemi di salute. Non considerare gli aiuti forniti nell'ambito della propria attività professionale.

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

- SI.....1 ☐
 NO.....2 ☐ → andare a sezione 20

19.2 La persona o le persone che lei assiste sono prevalentemente...

- Suoi familiari (che vivono o non vivono con lei).....1 ☐
 Persone diverse dai suoi familiari.....2 ☐

19.3 Quante ore a settimana lei dedica complessivamente ad attività di assistenza?

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

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni. Continuare per gli altri!

20. SITUAZIONE LAVORATIVA

**(PER LE PERSONE
DI 15 ANNI E PIÙ)**

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

- Svolge un lavoro o una professione (incluso lavoro non retribuito per un'azienda familiare, apprendistato o tirocinio retribuito, ecc.).....1 ☐
 Disoccupato, in cerca di prima o nuova occupazione.....2 ☐
 Studente, in formazione, stagista o tirocinante non retribuito.....3 ☐
 Ritirato dal lavoro per pensione (di vecchiaia o di anzianità) o per cessazione di attività.....4 ☐
 Permanentemente inabile al lavoro.....5 ☐
 Casalinga/o.....6 ☐
 Altra condizione7 ☐

andare al riquadro

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone che NON svolgono un lavoro o una professione (codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 o 7 a domanda 20.1). Continuare per gli altri!

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se svolge un lavoro o una professione, codice 1 a domanda 20.1)

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

tempo pieno 1 ☐

tempo parziale 2 ☐

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

Un lavoro alle dipendenze.....1 ☐

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto)....2 ☐

Prestazione d'opera occasionale3 ☐

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore.....4 ☐

Libero professionista.....5 ☐

Lavoratore in proprio.....6 ☐

Coadiuvante nell'azienda di un familiare.....7 ☐

Socio di cooperativa.....8 ☐

andare a domanda 20.6

(Per le persone che lavorano alle dipendenze, codice 1 a domanda 20.3)

20.4 Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) 1 ☐

SI, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) 2 ☐

SI, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato)3 ☐

20.5 Lei è:

Dirigente.....1 ☐

Quadro2 ☐

Impiegato3 ☐

Operaio4 ☐

Apprendista.....5 ☐

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa.....6 ☐

20.6 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare

.....

.....

.....

CODICE.....

*vedi navigatore delle professioni
http://cp2011.istat.it/*

20.7 In quale settore di attività economica lavora?

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

A. Agricoltura, silvicoltura, caccia, pesca 01 ☐

B. Attività estrattive 02 ☐

C. Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature 03 ☐

D. Fornitura di energia elettrica, gas 04 ☐

E. Fornitura di acqua, gestione reti fognarie e rifiuti 05 ☐

F. Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati 06 ☐

G. Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto 07 ☐

H. Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri 08 ☐

I. Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) 09 ☐

J. Servizi di informazione e comunicazione ..10 ☐

K. Attività finanziarie e assicurative.....11 ☐

L. Attività immobiliari12 ☐

M. Attività professionali, scientifiche e tecniche13 ☐

N. Noleggio, agenzie viaggio, servizi di supporto alle imprese14 ☐

O. Pubblica amministrazione e difesa15 ☐

P. Istruzione e formazione.....16 ☐

Q. Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido).....17 ☐

R. Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento18 ☐

S. Altre attività di servizi19 ☐

T. Famiglie e convivenze datori di lavoro per personale domestico, produzione di beni e servizi per uso proprio da parte di famiglie e convivenze.....20 ☐

U. Organizzazioni ed organismi extra territoriali21 ☐

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

**21. ASSENZE DAL LAVORO
(PER MOTIVI DI SALUTE)**

**(PER LE PERSONE
OCCUPATE DI 15
ANNI E PIÙ, codice
1 a domanda 20.1)**

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **fine questionario
individuale!**

(Se SI a domanda 21.1)

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

N. di giorni|_|_|_|

ATTENZIONE!
Qui finisce il questionario individuale!

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista individuale-

1) La persona che ha risposto al questionario è:

L'interessato.....1 ☐

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

Altra persona che non vive in famiglia ...3 ☐

(Se codici 2 o 3)

2) Indicare il motivo:

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

(Specificare il tipo di problema di salute)

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

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

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

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

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

Altro (*specificare*).....4 ☐

Annotazioni.....
.....
.....
.....
.....

Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune di
residenza.....1 ☐

Altro Comune
italiano.....2 ☐

Prov.....

Specificare

CODICE PROVINCIA

Vedi Appendice C

Stato estero.....3 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

1.5 Cittadinanza

Italiana.....1 ☐

Straniera.....2 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

Apolide.....3 ☐

2. CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE

(PER TUTTI)

Adesso vorrei parlare con lei della sua salute.

2.1 Come va in generale la sua salute?

Molto bene 1 ☐

Bene 2 ☐

N  bene n  male..... 3 ☐

Male 4 ☐

Molto male 5 ☐

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

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

SI 1 ☐

NO 2 ☐

2.3 A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni, che durano da almeno 6 mesi, nelle attivit  che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere:

Limitazioni gravi..... 1 ☐

Limitazioni non gravi 2 ☐

Nessuna limitazione 3 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **02** (col. 1 della Scheda Generale)

3. MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE

(PER TUTTI)

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

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.1 Asma (compreso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.2 Bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.3 Infarto del miocardio (attacco cardiaco) o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.4 Malattia coronarica o angina pectoris | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.5 Ipertensione (pressione arteriosa alta) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.6 Altre malattie del cuore | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.7 Ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale) o conseguenze croniche dell'ictus | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.8 Artrosi (esclusa artrite) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.9 Patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.10 Patologia cervicale o altra affezione cronica del collo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

Segue Scheda Individuale del componente n. **02** (col. 1 della Scheda Generale)

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.11 Diabete | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.12 Allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura (escluso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.13 Cirrosi epatica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.14 Incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.15 Problemi renali | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| <i>(Se ha problemi renali)</i> 3.15.1 Insufficienza renale cronica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.16 Depressione | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.17 Ansietà cronica grave | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.18 Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.19 Alzheimer, demenze senili | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.20 Parkinsonismo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.21 Altra malattia o condizione patologica <div></div> <div></div> <i>(specificare)</i> | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

4. INFORTUNI E LESIONI

(PER TUTTI)

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

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

(una risposta per ogni riga)

- 4.1.1 Incidente stradale SI 1 ☐ N. di incidenti
NO 2 ☐
- 4.1.2 Infortunio domestico SI 1 ☐ N. di infortuni
NO 2 ☐
- 4.1.3 Infortunio nel tempo libero SI 1 ☐ N. di infortuni
NO 2 ☐

ATTENZIONE!

Se ha avuto almeno un incidente/infortunio (codice 1 a domanda 4.1.1 o 4.1.2 o 4.1.3) andare a domanda 4.2.

Altrimenti se NON ha avuto incidenti/infortuni (codice 2 a domande 4.1.1 e 4.1.2 e 4.1.3):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

4.2 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), ha avuto bisogno di cure mediche?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Se tra gli incidenti indicati a domanda 4.1 ha risposto di aver avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4.

Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

(Se ha avuto bisogno di cure mediche, codice 1 a domanda 4.2)

4.3 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), è stato ricoverato in un ospedale o in altra struttura sanitaria (es. casa di cura)?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

(una sola risposta)

SI, con pernottamento.....1 ☐

SI, senza pernottamento.....2 ☐

NO.....3 ☐

ATTENZIONE!

Se ha avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4. Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

Se ha subito più di un incidente stradale rispondere considerando quello più grave. Indicare i motivi che lo hanno causato indipendentemente da chi ha avuto la colpa.

4.4 Nell'incidente stradale lei era...

Conducente del veicolo.....1 ☐

Passeggero2 ☐

Pedone3 ☐

4.5 Sempre facendo riferimento all'incidente stradale più grave, quali sono i motivi che secondo lei lo hanno causato?

(una risposta per ogni riga)

1. Difetti o anomalie (avarie del veicolo, manto stradale sconnesso o sdruciolevole, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Infrazioni al codice stradale (eccesso di velocità, mancato rispetto della precedenza, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Distrazione SI 1 ☐ NO 2 ☐

4. Consumo di bevande alcoliche SI 1 ☐ NO 2 ☐

5. Consumo di sostanze stupefacenti o psicofarmaci SI 1 ☐ NO 2 ☐

6. Altro (specificare) SI 1 ☐ NO 2 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni. Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

5. LIMITAZIONI FUNZIONALI FISICHE E SENSORIALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

5.1 Utilizza occhiali o lenti a contatto?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.3**
NO.....2 ☐

NO, sono cieco, non sono in grado di vedere affatto.....3 ☐ → **andare a domanda 5.4**

5.2 Ha difficoltà a vedere?

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

(Se SI a domanda 5.1)

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

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

5.4 Utilizza apparecchi acustici?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.7**
NO.....2 ☐

NO, sono affetto da sordità completa.....3 ☐ → **andare a domanda 5.9**

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

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

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

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

(Se SI a domanda 5.4)

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

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

(Se SI a domanda 5.4)

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

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

5.9 Ha difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri (che corrispondono a circa 5 volte la lunghezza di un campo di calcio) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

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

5.10 Ha difficoltà a salire o scendere una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

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

| | | |
|-------|--|--------------------------------|
| Segue | Scheda Individuale del componente n. 02 | (col. 1 della Scheda Generale) |
|-------|--|--------------------------------|

6. ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Questa sezione è relativa alle attività quotidiane di cura della persona. Non considerare problemi di tipo temporaneo (ingessature, stato influenzale, ecc.).

6.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere le seguenti attività senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6.1.1 Mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.2 Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.3 Vestirsi e spogliarsi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.4 Usare i servizi igienici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.5 Fare il bagno o la doccia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 a domanda 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5):

- per le persone di 50 anni e più andare a Sezione 7;
 - per le persone da 14 a 49 anni andare a Sezione 8.
- Altrimenti andare a domanda 6.2.

Considerare le attività di cura personale per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

6.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare a domanda 6.4**

(Se SI a domanda 6.2)

6.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

(Se NO a domanda 6.2)

6.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 14 a 49 anni vanno alla Sezione 8. Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **02** (col. 1 della Scheda Generale)

7. ATTIVITÀ DOMESTICHE

(PER LE PERSONE DI 50 ANNI E PIÙ)

7.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere qualcuna delle seguenti attività domestiche senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona o l'uso di ausili o adattamenti della sua abitazione. Non consideri problemi di tipo temporaneo, quali ingessature, stato influenzale, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado | Non ho mai provato a farlo o non ho alcuna necessità di farlo |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 7.1.1 Preparare i pasti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.2 Usare il telefono | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.3 Fare la spesa | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.4 Prendere le medicine (nel dosaggio corretto e al momento giusto) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.5 Svolgere attività domestiche leggere (lavare i piatti, stirare, rifare il letto, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.6 Svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti (pulire le finestre, spostare mobili pesanti per pulire, portare buste della spesa pesanti per più di 5 minuti, fare pulizie approfondite, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.7 Gestire le sue risorse economiche e le attività amministrative abituali (pagare il condominio, pagare le bollette, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere NESSUNA DIFFICOLTÀ in TUTTE le attività (codice 1 a domanda 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7) passare a Sezione 8, altrimenti proseguire.

Considerare le attività domestiche per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

7.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività...1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare a domanda 7.4**

(Se SI a domanda 7.2)

7.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

(Se NO a domanda 7.2)

7.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **02** (col. 1 della Scheda Generale)

8. DOLORE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

- Non ho avuto alcun dolore.....1 ☐ → **andare alla sezione 9**
- Molto lieve.....2 ☐
- Lieve.....3 ☐
- Moderato4 ☐
- Forte5 ☐
- Molto forte6 ☐

(Se ha provato dolore fisico nelle ultime 4 settimane, codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 a domanda 8.1)

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

- Nessuna.....1 ☐
- Lievemente.....2 ☐
- Moderatamente.....3 ☐
- Gravemente4 ☐
- Molto gravemente5 ☐

9. BENESSERE PSICOLOGICO

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

9.1 Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza ha avuto fastidi per i seguenti problemi? (una risposta per ogni riga)

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

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

10. ASSISTENZA OSPEDALIERA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Questa sezione è relativa ai ricoveri ed ai giorni trascorsi in ospedale. Considerare qualsiasi tipo di ospedale o casa di cura.

ATTENZIONE!

Non considerare i ricoveri delle donne che si sono ricoverate per il parto.

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare a domanda 10.3**

(Per le persone che sono state ricoverate per almeno una notte in ospedale, codice 1 a domanda 10.1)

10.2 Facendo riferimento a tutte le volte in cui è stato ricoverato, negli ultimi 12 mesi quante notti ha trascorso complessivamente in ospedale?

N. notti

10.3 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un day hospital o day surgery, ossia è stato ricoverato per accertamenti, terapie o altro tipo di cure mediche che non hanno richiesto il pernottamento in ospedale?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare alla sezione 11**

(Per le persone che si sono sottoposte a un day hospital o day surgery, codice 1 a domanda 10.3)

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

N. giorni

11. ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Visite mediche presso dentisti, ortodontisti o igienisti dentali.

11.1 Quando è stata l'ultima volta che si è rivolto al dentista/ortodontista/igienista dentale per la cura o l'igiene dei suoi denti?

Meno di 6 mesi fa1 ☐

Da 6 mesi a meno di 12 mesi fa....2 ☐

12 mesi o più.....3 ☐

Mai.....4 ☐

Visite presso il medico di famiglia. Considerare le visite presso lo studio del medico, le visite a domicilio, le consulenze telefoniche o per e-mail.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

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

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

andare a domanda 11.4

(Per le persone che si sono rivolte al medico di famiglia meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.2)

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

N. volte

Segue Scheda Individuale del componente n. **02** (col. 1 della Scheda Generale)

Visite specialistiche (escluse odontoiatriche). Considerare le visite in ambulatorio o in Pronto Soccorso, le consulenze telefoniche o per e-mail. Escludere le visite avvenute durante l'eventuale ricovero in ospedale.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

Da 6 mesi a meno

di 12 mesi fa2 ☐

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

andare a domanda 11.6

(Per le persone che hanno effettuato una visita specialistica meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.4)

11.5 Nelle ultime 4 settimane, quante visite specialistiche ha effettuato per un problema che riguarda la sua salute?

N. volte

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

(una risposta per ogni riga)

1. Fisioterapista o chinesiterapista SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Psicologo, psicoterapeuta SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Psichiatra SI 1 ☐ NO 2 ☐

L'assistenza domiciliare include un'ampia gamma di servizi sociali e sanitari forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione. Rispondere considerando solo i servizi forniti da operatori professionisti socio-sanitari (sia pubblici che privati). Sono esclusi dalla lista delle persone che possono offrire assistenza domiciliare i familiari (conviventi e non), i parenti e gli amici.

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

(Assistenza domiciliare fornita da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, ecc., o da personale non sanitario, quali badanti, assistenti domiciliari, operatori sociali)

SI, sia da personale sanitario

che non sanitario.....1 ☐

SI, solo da personale sanitario.....2 ☐

SI, solo da personale NON sanitario.....3 ☐

NO.....4 ☐

12. CONSUMO DI FARMACI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

12.1 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

12.2 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che **NON** le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

13. PREVENZIONE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Vaccinazione antinfluenzale.

13.1 Ha mai fatto il vaccino contro l'influenza?

SI, meno di 2 anni fa.....1 ☐

SI, 2 anni fa o più.....2 ☐

NO, mai fatto.....3 ☐

andare a domanda 13.3

(Per le persone che hanno fatto il vaccino contro l'influenza meno di 2 anni fa, codice 1 a domanda 13.1)

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

-

Mese Anno

Controllo della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia (zucchero nel sangue).

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

Meno di 12 mesi fa1 ☐

Da 1 anno a meno di 3 anni fa.....2 ☐

Da 3 anni a meno di 5 anni fa.....3 ☐

5 anni fa o più.....4 ☐

Mai.....5 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

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

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

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

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

Ricerca del sangue occulto nelle feci e colonscopia.

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

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

13.7 Quando ha fatto l'ultima volta la colonscopia?

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

ATTENZIONE!

Le DONNE di 14 anni e più rispondono alle domande 13.8 e 13.9 sulla mammografia ed il pap test. Gli UOMINI vanno alla Sezione 14.

13.8 Quando ha fatto l'ultima volta la mammografia?

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

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

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

14. DIFFICOLTÀ DI ACCESSO A PRESTAZIONI E CURE SANITARIE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

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

Segue Scheda Individuale del componente n. **02** (col. 1 della Scheda Generale)

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

SI.....1 ☐
 NO, l'ho effettuate senza ritardi.....2 ☐
 NO, non ho avuto bisogno di prestazioni sanitarie.....3 ☐

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

(una risposta per ogni riga)

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

15. PESO E ALTEZZA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Quanto è alto senza scarpe? (*in centimetri*)

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

15.2 Quanto pesa senza vestiti e senza scarpe? (*in chilogrammi*)

(Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)

kg....|_|_|_|

16. ATTIVITÀ FISICA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

ATTENZIONE!

Le **DONNE** in attesa di un bambino devono rispondere a tutti i quesiti di questa sezione facendo riferimento alla situazione precedente alla gravidanza.

Questa sezione è relativa al tempo che di solito si dedica all'attività fisica. Rispondere alle domande anche se l'intervistato non si considera una persona sportiva.

Innanzitutto si richiede di considerare le **ATTIVITÀ LAVORATIVE** (lavoro retribuito e lavoro non retribuito, lavoro domestico e familiare, studio o attività di formazione).

16.1 Quando lei svolge le sue **ATTIVITÀ LAVORATIVE**, quale tra le seguenti situazioni descrive meglio ciò che fa? Lei direbbe che:

(una sola risposta)

Lavora prevalentemente seduto o in piedi...1 ☐
 Lavora prevalentemente in movimento o svolge mansioni che comportano un moderato sforzo fisico.....2 ☐
 Lavora prevalentemente facendo attività pesanti o fisicamente impegnative.....3 ☐
oppure
 Non svolge alcuna attività lavorativa.....4 ☐

Nelle domande successive **ESCLUDERE L'ATTIVITÀ FISICA LEGATA** alle **ATTIVITÀ LAVORATIVE** e considerare come l'intervistato si sposta di solito da un posto all'altro (ad es. per andare a lavoro, a scuola, a fare la spesa, al supermercato, ecc.).

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

N. giorni....|_|

Non pratico mai

questa attività fisica 1 ☐ → **andare a**

domanda 16.4

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.2)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno.....3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → andare a domanda 16.6

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.4)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno...3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

Nelle domande successive ESCLUDERE gli SPOSTAMENTI descritti nelle domande precedenti e considerare attività quali SPORT, ATTIVITÀ DI FITNESS O ATTIVITÀ FISICA RICREATIVA (nel tempo libero) che comportano ALMENO un leggero aumento della frequenza respiratoria o cardiaca (ad es. camminare a passo sostenuto, giocare con il pallone, fare jogging, andare in bicicletta o nuotare).

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → andare a domanda 16.8

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.6)

16.7 Per quanto tempo pratica sport, attività di fitness o attività fisiche ricreative (nel tempo libero) in una settimana?

|_|:|_| a settimana
 Ore Minuti

16.8 Normalmente quanti giorni a settimana pratica attività specifiche per POTENZIARE i suoi muscoli, con qualsiasi allenamento o esercizio fisico? Consideri tutte le attività, anche quelle già incluse nelle domande precedenti.

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai questa attività fisica...1 ☐

17. CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

17.1 Quanto spesso mangia frutta, escludendo i succhi di frutta industriali?

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

andare a
 domanda
 17.3

(Per le persone che mangiano frutta una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.1)

17.2 Quante porzioni di frutta, di qualsiasi tipo, mangia ogni giorno? (Escludere i succhi di frutta industriali)

(Una porzione di frutta corrisponde ad esempio ad una mela, una pera, due mandarini, una spremuta, ecc.)

N. porzioniN. |_|_|

17.3 Quanto spesso mangia verdura o insalata, escludendo le patate?

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

andare a
 sezione 18

(Per le persone che mangiano verdure o insalata una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.3)

17.4 Quante porzioni di verdura o insalata mangia ogni giorno? (Escludere le patate)

(Una porzione di verdura o insalata corrisponde ad una quantità che ricopre il fondo del piatto)

N. porzioniN. |_|_|

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

18. SOSTEGNO SOCIALE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

Questa sezione è relativa alle relazioni sociali.

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

- Nessuna.....1 ☐
 1 o 2.....2 ☐
 Da 3 a 5.....3 ☐
 6 o più4 ☐

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

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

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

- Molto facile.....1 ☐
 Facile.....2 ☐
 Possibile.....3 ☐
 Difficile.....4 ☐
 Molto difficile5 ☐

19. CURE O ASSISTENZA FORNITE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

Questa sezione è relativa agli aiuti forniti ad altre persone con problemi di salute. Non considerare gli aiuti forniti nell'ambito della propria attività professionale.

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

- SI.....1 ☐
 NO.....2 ☐ → **andare a sezione 20**

19.2 La persona o le persone che lei assiste sono prevalentemente...

- Suoi familiari (che vivono o non vivono con lei).....1 ☐
 Persone diverse dai suoi familiari.....2 ☐

19.3 Quante ore a settimana lei dedica complessivamente ad attività di assistenza?

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

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni. Continuare per gli altri!

20. SITUAZIONE LAVORATIVA

**(PER LE PERSONE
DI 15 ANNI E PIÙ)**

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

- Svolge un lavoro o una professione (incluso lavoro non retribuito per un'azienda familiare, apprendistato o tirocinio retribuito, ecc.).....1 ☐
 Disoccupato, in cerca di prima o nuova occupazione.....2 ☐
 Studente, in formazione, stagista o tirocinante non retribuito.....3 ☐
 Ritirato dal lavoro per pensione (di vecchiaia o di anzianità) o per cessazione di attività.....4 ☐
 Permanentemente inabile al lavoro.....5 ☐
 Casalinga/o.....6 ☐
 Altra condizione7 ☐

andare al riquadro

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone che NON svolgono un lavoro o una professione (codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 o 7 a domanda 20.1). Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se svolge un lavoro o una professione, codice 1 a domanda 20.1)

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

tempo pieno 1 ☐

tempo parziale 2 ☐

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

Un lavoro alle dipendenze.....1 ☐

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ... 2 ☐

Prestazione d'opera occasionale ... 3 ☐

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore 4 ☐

Libero professionista 5 ☐

Lavoratore in proprio 6 ☐

Coadiuvante nell'azienda di un familiare 7 ☐

Socio di cooperativa 8 ☐

andare a domanda 20.6

(Per le persone che lavorano alle dipendenze, codice 1 a domanda 20.3)

20.4 Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) 1 ☐

SI, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) 2 ☐

SI, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato) 3 ☐

20.5 Lei è:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa 6 ☐

20.6 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare

.....

.....

CODICE.....

*vedi navigatore delle professioni
http://cp2011.istat.it/*

20.7 In quale settore di attività economica lavora?

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

A. Agricoltura, silvicoltura, caccia, pesca 01 ☐

B. Attività estrattive 02 ☐

C. Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature 03 ☐

D. Fornitura di energia elettrica, gas 04 ☐

E. Fornitura di acqua, gestione reti fognarie e rifiuti 05 ☐

F. Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati 06 ☐

G. Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto 07 ☐

H. Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri 08 ☐

I. Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) 09 ☐

J. Servizi di informazione e comunicazione .. 10 ☐

K. Attività finanziarie e assicurative 11 ☐

L. Attività immobiliari 12 ☐

M. Attività professionali, scientifiche e tecniche 13 ☐

N. Noleggio, agenzie viaggio, servizi di supporto alle imprese 14 ☐

O. Pubblica amministrazione e difesa 15 ☐

P. Istruzione e formazione 16 ☐

Q. Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) 17 ☐

R. Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento 18 ☐

S. Altre attività di servizi 19 ☐

T. Famiglie e convivenze datori di lavoro per personale domestico, produzione di beni e servizi per uso proprio da parte di famiglie e convivenze 20 ☐

U. Organizzazioni ed organismi extra territoriali 21 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **02** (col. 1 della Scheda Generale)

**21. ASSENZE DAL LAVORO
(PER MOTIVI DI SALUTE)**

**(PER LE PERSONE
OCCUPATE DI 15
ANNI E PIÙ, codice
1 a domanda 20.1)**

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

→ **fine questionario
individuale!**

(Se SI a domanda 21.1)

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

N. di giorni|_|_|_|

ATTENZIONE!
Qui finisce il questionario individuale!

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista individuale-

1) La persona che ha risposto al questionario è:

L'interessato.....1 ☐

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

Altra persona che non vive in famiglia ... 3 ☐

(Se codici 2 o 3)

2) Indicare il motivo:

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

(Specificare il tipo di problema di salute)

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

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

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

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

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

Altro (*specificare*).....4 ☐

Annotazioni.....
.....
.....
.....
.....

Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune di
residenza.....1 ☐

Altro Comune
italiano.....2 ☐

Prov.....

Specificare

CODICE PROVINCIA

Vedi Appendice C

Stato estero.....3 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

1.5 Cittadinanza

Italiana.....1 ☐

Straniera.....2 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

Apolide.....3 ☐

2. CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE

(PER TUTTI)

Adesso vorrei parlare con lei della sua salute.

2.1 Come va in generale la sua salute?

Molto bene 1 ☐

Bene 2 ☐

N  bene n  male..... 3 ☐

Male 4 ☐

Molto male 5 ☐

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

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

SI 1 ☐

NO 2 ☐

2.3 A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni, che durano da almeno 6 mesi, nelle attiv  che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere:

Limitazioni gravi..... 1 ☐

Limitazioni non gravi 2 ☐

Nessuna limitazione 3 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **03** (col. 1 della Scheda Generale)

3. MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE

(PER TUTTI)

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

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.1 Asma (compreso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.2 Bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.3 Infarto del miocardio (attacco cardiaco) o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.4 Malattia coronarica o angina pectoris | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.5 Ipertensione (pressione arteriosa alta) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.6 Altre malattie del cuore | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.7 Ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale) o conseguenze croniche dell'ictus | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.8 Artrosi (esclusa artrite) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.9 Patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.10 Patologia cervicale o altra affezione cronica del collo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

Segue Scheda Individuale del componente n. **03** (col. 1 della Scheda Generale)

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.11 Diabete | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.12 Allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura (escluso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.13 Cirrosi epatica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.14 Incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.15 Problemi renali | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| <i>(Se ha problemi renali)</i> 3.15.1 Insufficienza renale cronica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.16 Depressione | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.17 Ansietà cronica grave | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.18 Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.19 Alzheimer, demenze senili | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.20 Parkinsonismo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.21 Altra malattia o condizione patologica <div></div> <div></div> <i>(specificare)</i> | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

4. INFORTUNI E LESIONI

(PER TUTTI)

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

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

(una risposta per ogni riga)

- 4.1.1 Incidente stradale SI 1 ☐ N. di incidenti
NO 2 ☐
- 4.1.2 Infortunio domestico SI 1 ☐ N. di infortuni
NO 2 ☐
- 4.1.3 Infortunio nel tempo libero SI 1 ☐ N. di infortuni
NO 2 ☐

ATTENZIONE!

Se ha avuto almeno un incidente/infortunio (codice 1 a domanda 4.1.1 o 4.1.2 o 4.1.3) andare a domanda 4.2.

Altrimenti se NON ha avuto incidenti/infortuni (codice 2 a domande 4.1.1 e 4.1.2 e 4.1.3):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

4.2 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), ha avuto bisogno di cure mediche?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Se tra gli incidenti indicati a domanda 4.1 ha risposto di aver avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4.

Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

(Se ha avuto bisogno di cure mediche, codice 1 a domanda 4.2)

4.3 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), è stato ricoverato in un ospedale o in altra struttura sanitaria (es. casa di cura)?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

(una sola risposta)

SI, con pernottamento.....1 ☐

SI, senza pernottamento.....2 ☐

NO.....3 ☐

ATTENZIONE!

Se ha avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4. Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

Se ha subito più di un incidente stradale rispondere considerando quello più grave. Indicare i motivi che lo hanno causato indipendentemente da chi ha avuto la colpa.

4.4 Nell'incidente stradale lei era...

Conducente del veicolo.....1 ☐

Passeggero.....2 ☐

Pedone.....3 ☐

4.5 Sempre facendo riferimento all'incidente stradale più grave, quali sono i motivi che secondo lei lo hanno causato?

(una risposta per ogni riga)

1. Difetti o anomalie (avarie del veicolo, manto stradale sconnesso o sdruciolevole, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Infrazioni al codice stradale (eccesso di velocità, mancato rispetto della precedenza, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Distrazione SI 1 ☐ NO 2 ☐

4. Consumo di bevande alcoliche SI 1 ☐ NO 2 ☐

5. Consumo di sostanze stupefacenti o psicofarmaci SI 1 ☐ NO 2 ☐

6. Altro (specificare) SI 1 ☐ NO 2 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni. Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

5. LIMITAZIONI FUNZIONALI FISICHE E SENSORIALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

5.1 Utilizza occhiali o lenti a contatto?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.3**
NO.....2 ☐

NO, sono cieco, non sono in grado di vedere affatto.....3 ☐ → **andare a domanda 5.4**

5.2 Ha difficoltà a vedere?

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

(Se SI a domanda 5.1)

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

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

5.4 Utilizza apparecchi acustici?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.7**
NO.....2 ☐
NO, sono affetto da sordità completa.....3 ☐ → **andare a domanda 5.9**

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

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

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

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

(Se SI a domanda 5.4)

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

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

(Se SI a domanda 5.4)

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

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

5.9 Ha difficoltà a camminare su una superficie piana per 500 metri (che corrispondono a circa 5 volte la lunghezza di un campo di calcio) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

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

5.10 Ha difficoltà a salire o scendere una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

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

| | | |
|-------|--|--------------------------------|
| Segue | Scheda Individuale del componente n. 03 | (col. 1 della Scheda Generale) |
|-------|--|--------------------------------|

6. ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Questa sezione è relativa alle attività quotidiane di cura della persona. Non considerare problemi di tipo temporaneo (ingessature, stato influenzale, ecc.).

6.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere le seguenti attività senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6.1.1 Mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.2 Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.3 Vestirsi e spogliarsi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.4 Usare i servizi igienici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.5 Fare il bagno o la doccia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 a domanda 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5):

- per le persone di 50 anni e più andare a Sezione 7;
 - per le persone da 14 a 49 anni andare a Sezione 8.
- Altrimenti andare a domanda 6.2.

Considerare le attività di cura personale per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

6.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare a domanda 6.4**

(Se SI a domanda 6.2)

6.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

(Se NO a domanda 6.2)

6.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 14 a 49 anni vanno alla Sezione 8. Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

7. ATTIVITÀ DOMESTICHE

(PER LE PERSONE DI 50 ANNI E PIÙ)

7.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere qualcuna delle seguenti attività domestiche senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona o l'uso di ausili o adattamenti della sua abitazione. Non consideri problemi di tipo temporaneo, quali ingessature, stato influenzale, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado | Non ho mai provato a farlo o non ho alcuna necessità di farlo |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 7.1.1 Preparare i pasti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.2 Usare il telefono | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.3 Fare la spesa | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.4 Prendere le medicine (nel dosaggio corretto e al momento giusto) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.5 Svolgere attività domestiche leggere (lavare i piatti, stirare, rifare il letto, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.6 Svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti (pulire le finestre, spostare mobili pesanti per pulire, portare buste della spesa pesanti per più di 5 minuti, fare pulizie approfondite, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.7 Gestire le sue risorse economiche e le attività amministrative abituali (pagare il condominio, pagare le bollette, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 a domanda 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7) passare a Sezione 8, altrimenti proseguire.

Considerare le attività domestiche per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

7.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività... 1 ☐

NO..... 2 ☐ → **andare a domanda 7.4**

(Se SI a domanda 7.2)

7.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI..... 1 ☐

NO..... 2 ☐

(Se NO a domanda 7.2)

7.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI..... 1 ☐

NO..... 2 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **03** (col. 1 della Scheda Generale)

8. DOLORE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

- Non ho avuto alcun dolore.....1 ☐ → **andare alla sezione 9**
- Molto lieve.....2 ☐
- Lieve.....3 ☐
- Moderato4 ☐
- Forte5 ☐
- Molto forte6 ☐

(Se ha provato dolore fisico nelle ultime 4 settimane, codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 a domanda 8.1)

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

- Nessuna.....1 ☐
- Lievemente.....2 ☐
- Moderatamente.....3 ☐
- Gravemente4 ☐
- Molto gravemente5 ☐

9. BENESSERE PSICOLOGICO

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

9.1 Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza ha avuto fastidi per i seguenti problemi? *(una risposta per ogni riga)*

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

Segue Scheda Individuale del componente n. **03** (col. 1 della Scheda Generale)

**10. ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

*(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)*

Questa sezione è relativa ai ricoveri ed ai giorni trascorsi in ospedale. Considerare qualsiasi tipo di ospedale o casa di cura.

ATTENZIONE!
Non considerare i ricoveri delle donne che si sono ricoverate per il parto.

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → andare a domanda 10.3

(Per le persone che sono state ricoverate per almeno una notte in ospedale, codice 1 a domanda 10.1)

10.2 Facendo riferimento a tutte le volte in cui è stato ricoverato, negli ultimi 12 mesi quante notti ha trascorso complessivamente in ospedale?

N. notti |__|__|__|

10.3 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un day hospital o day surgery, ossia è stato ricoverato per accertamenti, terapie o altro tipo di cure mediche che non hanno richiesto il pernottamento in ospedale?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → andare alla sezione 11

(Per le persone che si sono sottoposte a un day hospital o day surgery, codice 1 a domanda 10.3)

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

N. giorni |__|__|__|

**11. ASSISTENZA
AMBULATORIALE E
DOMICILIARE**

*(PER LE PERSONE DI
14 ANNI E PIÙ)*

Visite mediche presso dentisti, ortodontisti o igienisti dentali.

11.1 Quando è stata l'ultima volta che si è rivolto al dentista/ortodontista/igienista dentale per la cura o l'igiene dei suoi denti?

Meno di 6 mesi fa1 ☐

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

12 mesi o più.....3 ☐

Mai.....4 ☐

Visite presso il medico di famiglia. Considerare le visite presso lo studio del medico, le visite a domicilio, le consulenze telefoniche o per e-mail.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

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

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

} andare a
domanda 11.4

(Per le persone che si sono rivolte al medico di famiglia meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.2)

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

N. volte |__|__|

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

Visite specialistiche (escluse odontoiatriche). Considerare le visite in ambulatorio o in Pronto Soccorso, le consulenze telefoniche o per e-mail. Escludere le visite avvenute durante l'eventuale ricovero in ospedale.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

Da 6 mesi a meno

di 12 mesi fa2 ☐

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

**andare a
domanda 11.6**

(Per le persone che hanno effettuato una visita specialistica meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.4)

11.5 Nelle ultime 4 settimane, quante visite specialistiche ha effettuato per un problema che riguarda la sua salute?

N. volte

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

(una risposta per ogni riga)

1. Fisioterapista o
chinesiterapista SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Psicologo,
psicoterapeuta SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Psichiatra SI 1 ☐ NO 2 ☐

L'assistenza domiciliare include un'ampia gamma di servizi sociali e sanitari forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione. Rispondere considerando solo i servizi forniti da operatori professionisti socio-sanitari (sia pubblici che privati). Sono esclusi dalla lista delle persone che possono offrire assistenza domiciliare i familiari (conviventi e non), i parenti e gli amici.

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

(Assistenza domiciliare fornita da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, ecc., o da personale non sanitario, quali badanti, assistenti domiciliari, operatori sociali)

SI, sia da personale sanitario

che non sanitario.....1 ☐

SI, solo da personale sanitario.....2 ☐

SI, solo da personale NON sanitario.....3 ☐

NO.....4 ☐

12. CONSUMO DI FARMACI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

12.1 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

12.2 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che **NON** le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

13. PREVENZIONE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Vaccinazione antinfluenzale.

13.1 Ha mai fatto il vaccino contro l'influenza?

SI, meno di 2 anni fa.....1 ☐

SI, 2 anni fa o più.....2 ☐

NO, mai fatto.....3 ☐

**andare a
domanda 13.3**

(Per le persone che hanno fatto il vaccino contro l'influenza meno di 2 anni fa, codice 1 a domanda 13.1)

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

-

Mese Anno

Controllo della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia (zucchero nel sangue).

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

Meno di 12 mesi fa1 ☐

Da 1 anno a meno di 3 anni fa.....2 ☐

Da 3 anni a meno di 5 anni fa.....3 ☐

5 anni fa o più.....4 ☐

Mai.....5 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

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

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

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

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

Ricerca del sangue occulto nelle feci e colonscopia.

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

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

13.7 Quando ha fatto l'ultima volta la colonscopia?

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

ATTENZIONE!

Le DONNE di 14 anni e più rispondono alle domande 13.8 e 13.9 sulla mammografia ed il pap test. Gli UOMINI vanno alla Sezione 14.

13.8 Quando ha fatto l'ultima volta la mammografia?

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

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

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

14. DIFFICOLTÀ DI ACCESSO A PRESTAZIONI E CURE SANITARIE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

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

Segue Scheda Individuale del componente n. **03** (col. 1 della Scheda Generale)

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

SI.....1 ☐
 NO, l'ho effettuate senza ritardi.....2 ☐
 NO, non ho avuto bisogno di prestazioni sanitarie.....3 ☐

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

(una risposta per ogni riga)

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

15. PESO E ALTEZZA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Quanto è alto senza scarpe? (*in centimetri*)

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

15.2 Quanto pesa senza vestiti e senza scarpe? (*in chilogrammi*)

(Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)

kg....|_|_|_|

16. ATTIVITÀ FISICA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

ATTENZIONE!

Le DONNE in attesa di un bambino devono rispondere a tutti i quesiti di questa sezione facendo riferimento alla situazione precedente alla gravidanza.

Questa sezione è relativa al tempo che di solito si dedica all'attività fisica. Rispondere alle domande anche se l'intervistato non si considera una persona sportiva.

Innanzitutto si richiede di considerare le **ATTIVITÀ LAVORATIVE** (lavoro retribuito e lavoro non retribuito, lavoro domestico e familiare, studio o attività di formazione).

16.1 Quando lei svolge le sue **ATTIVITÀ LAVORATIVE**, quale tra le seguenti situazioni descrive meglio ciò che fa? Lei direbbe che:

(una sola risposta)

Lavora prevalentemente seduto o in piedi...1 ☐
 Lavora prevalentemente in movimento o svolge mansioni che comportano un moderato sforzo fisico.....2 ☐
 Lavora prevalentemente facendo attività pesanti o fisicamente impegnative.....3 ☐
oppure
 Non svolge alcuna attività lavorativa.....4 ☐

Nelle domande successive **ESCLUDERE L'ATTIVITÀ FISICA LEGATA** alle **ATTIVITÀ LAVORATIVE** e considerare come l'intervistato si sposta di solito da un posto all'altro (ad es. per andare a lavoro, a scuola, a fare la spesa, al supermercato, ecc.).

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

N. giorni....|_|

Non pratico mai questa attività fisica 1 ☐ → **andare a**

domanda 16.4

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.2)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno.....3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → **andare a domanda 16.6**

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.4)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno...3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

Nelle domande successive ESCLUDERE gli SPOSTAMENTI descritti nelle domande precedenti e considerare attività quali SPORT, ATTIVITÀ DI FITNESS O ATTIVITÀ FISICA RICREATIVA (nel tempo libero) che comportano ALMENO un leggero aumento della frequenza respiratoria o cardiaca (ad es. camminare a passo sostenuto, giocare con il pallone, fare jogging, andare in bicicletta o nuotare).

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → **andare a domanda 16.8**

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.6)

16.7 Per quanto tempo pratica sport, attività di fitness o attività fisiche ricreative (nel tempo libero) in una settimana?

|_|_|:|_|_| a settimana
 Ore Minuti

16.8 Normalmente quanti giorni a settimana pratica attività specifiche per POTENZIARE i suoi muscoli, con qualsiasi allenamento o esercizio fisico? Consideri tutte le attività, anche quelle già incluse nelle domande precedenti.

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai questa attività fisica...1 ☐

17. CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

17.1 Quanto spesso mangia frutta, escludendo i succhi di frutta industriali?

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

andare a domanda 17.3

(Per le persone che mangiano frutta una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.1)

17.2 Quante porzioni di frutta, di qualsiasi tipo, mangia ogni giorno? (Escludere i succhi di frutta industriali)

(Una porzione di frutta corrisponde ad esempio ad una mela, una pera, due mandarini, una spremuta, ecc.)

N. porzioniN. |_|_|

17.3 Quanto spesso mangia verdura o insalata, escludendo le patate?

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

andare a sezione 18

(Per le persone che mangiano verdure o insalata una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.3)

17.4 Quante porzioni di verdura o insalata mangia ogni giorno? (Escludere le patate)

(Una porzione di verdura o insalata corrisponde ad una quantità che ricopre il fondo del piatto)

N. porzioniN. |_|_|

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

18. SOSTEGNO SOCIALE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

Questa sezione è relativa alle relazioni sociali.

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

- Nessuna.....1 ☐
 1 o 2.....2 ☐
 Da 3 a 5.....3 ☐
 6 o più4 ☐

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

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

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

- Molto facile.....1 ☐
 Facile.....2 ☐
 Possibile.....3 ☐
 Difficile.....4 ☐
 Molto difficile5 ☐

19. CURE O ASSISTENZA FORNITE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

Questa sezione è relativa agli aiuti forniti ad altre persone con problemi di salute. Non considerare gli aiuti forniti nell'ambito della propria attività professionale.

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

- SI.....1 ☐
 NO.....2 ☐ → **andare a sezione 20**

19.2 La persona o le persone che lei assiste sono prevalentemente...

- Suoi familiari (che vivono o non vivono con lei).....1 ☐
 Persone diverse dai suoi familiari.....2 ☐

19.3 Quante ore a settimana lei dedica complessivamente ad attività di assistenza?

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

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni. Continuare per gli altri!

20. SITUAZIONE LAVORATIVA

**(PER LE PERSONE
DI 15 ANNI E PIÙ)**

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

- Svolge un lavoro o una professione (incluso lavoro non retribuito per un'azienda familiare, apprendistato o tirocinio retribuito, ecc.).....1 ☐
 Disoccupato, in cerca di prima o nuova occupazione.....2 ☐
 Studente, in formazione, stagista o tirocinante non retribuito.....3 ☐
 Ritirato dal lavoro per pensione (di vecchiaia o di anzianità) o per cessazione di attività.....4 ☐
 Permanentemente inabile al lavoro.....5 ☐
 Casalinga/o.....6 ☐
 Altra condizione7 ☐

andare al riquadro

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone che NON svolgono un lavoro o una professione (codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 o 7 a domanda 20.1). Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se svolge un lavoro o una professione, codice 1 a domanda 20.1)

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

tempo pieno 1 ☐

tempo parziale 2 ☐

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

Un lavoro alle dipendenze.....1 ☐

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto)....2 ☐

Prestazione d'opera occasionale .3 ☐

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore.....4 ☐

Libero professionista.....5 ☐

Lavoratore in proprio.....6 ☐

Coadiuvante nell'azienda di un familiare.....7 ☐

Socio di cooperativa.....8 ☐

andare a domanda 20.6

(Per le persone che lavorano alle dipendenze, codice 1 a domanda 20.3)

20.4 Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) 1 ☐

SI, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) 2 ☐

SI, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato)3 ☐

20.5 Lei è:

Dirigente.....1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista.....5 ☐

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa.....6 ☐

20.6 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare

.....

.....

CODICE.....

*vedi navigatore delle professioni
http://cp2011.istat.it/*

20.7 In quale settore di attività economica lavora?

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

A. Agricoltura, silvicoltura, caccia, pesca 01 ☐

B. Attività estrattive 02 ☐

C. Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature 03 ☐

D. Fornitura di energia elettrica, gas 04 ☐

E. Fornitura di acqua, gestione reti fognarie e rifiuti 05 ☐

F. Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati 06 ☐

G. Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto 07 ☐

H. Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri 08 ☐

I. Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) 09 ☐

J. Servizi di informazione e comunicazione .. 10 ☐

K. Attività finanziarie e assicurative..... 11 ☐

L. Attività immobiliari 12 ☐

M. Attività professionali, scientifiche e tecniche 13 ☐

N. Noleggio, agenzie viaggio, servizi di supporto alle imprese 14 ☐

O. Pubblica amministrazione e difesa 15 ☐

P. Istruzione e formazione..... 16 ☐

Q. Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido)..... 17 ☐

R. Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento 18 ☐

S. Altre attività di servizi 19 ☐

T. Famiglie e convivenze datori di lavoro per personale domestico, produzione di beni e servizi per uso proprio da parte di famiglie e convivenze.....20 ☐

U. Organizzazioni ed organismi extra territoriali21 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **03** (col. 1 della Scheda Generale)

**21. ASSENZE DAL LAVORO
(PER MOTIVI DI SALUTE)**

**(PER LE PERSONE
OCCUPATE DI 15
ANNI E PIÙ, codice
1 a domanda 20.1)**

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **fine questionario
individuale!**

(Se SI a domanda 21.1)

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

N. di giorni|_|_|_|

ATTENZIONE!
Qui finisce il questionario individuale!

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista individuale-

1) La persona che ha risposto al questionario è:

L'interessato.....1 ☐

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

Altra persona che non vive in famiglia ... 3 ☐

(Se codici 2 o 3)

2) Indicare il motivo:

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

(Specificare il tipo di problema di salute)

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

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

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

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

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

Altro (*specificare*).....
.....4 ☐

Annotazioni.....
.....
.....
.....
.....

Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI *(PER TUTTI)*

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune di
residenza.....1 ☐

Altro Comune
italiano.....2 ☐

Prov.....

Specificare

CODICE PROVINCIA

Vedi Appendice C

Stato estero.....3 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

1.5 Cittadinanza

Italiana.....1 ☐

Straniera.....2 ☐

Specificare

CODICE STATO

Vedi Appendice D

Apolide.....3 ☐

2. CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE

(PER TUTTI)

Adesso vorrei parlare con lei della sua salute.

2.1 Come va in generale la sua salute?

Molto bene 1 ☐

Bene 2 ☐

N  bene n  male..... 3 ☐

Male 4 ☐

Molto male 5 ☐

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

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

SI 1 ☐

NO 2 ☐

2.3 A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni, che durano da almeno 6 mesi, nelle attiv  che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere:

Limitazioni gravi..... 1 ☐

Limitazioni non gravi 2 ☐

Nessuna limitazione 3 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **04** (col. 1 della Scheda Generale)

3. MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE

(PER TUTTI)

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

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.1 Asma (compreso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.2 Bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.3 Infarto del miocardio (attacco cardiaco) o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.4 Malattia coronarica o angina pectoris | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.5 Ipertensione (pressione arteriosa alta) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.6 Altre malattie del cuore | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.7 Ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale) o conseguenze croniche dell'ictus | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.8 Artrosi (esclusa artrite) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.9 Patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.10 Patologia cervicale o altra affezione cronica del collo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

(rispondere per ciascuna malattia)

| | A. Negli ultimi 12 mesi è stato affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? | B. È stata diagnosticata da un medico? |
|--|--|--|
| 3.11 Diabete | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.12 Allergia, ad esempio rinite, raffreddore da fieno, infiammazione oculare, dermatite, allergia alimentare o di altra natura (escluso asma di tipo allergico) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.13 Cirrosi epatica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.14 Incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.15 Problemi renali | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| <i>(Se ha problemi renali)</i> 3.15.1 Insufficienza renale cronica | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.16 Depressione | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.17 Ansietà cronica grave | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.18 Tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia) | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.19 Alzheimer, demenze senili | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.20 Parkinsonismo | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |
| 3.21 Altra malattia o condizione patologica <div></div> <div></div> <i>(specificare)</i> | SI.....1 <input type="checkbox"/> → NO.....2 <input type="checkbox"/> | SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> <div></div> |

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

4. INFORTUNI E LESIONI

(PER TUTTI)

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

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

(una risposta per ogni riga)

- 4.1.1 Incidente stradale SI 1 ☐ N. di incidenti
NO 2 ☐
- 4.1.2 Infortunio domestico SI 1 ☐ N. di infortuni
NO 2 ☐
- 4.1.3 Infortunio nel tempo libero SI 1 ☐ N. di infortuni
NO 2 ☐

ATTENZIONE!

Se ha avuto almeno un incidente/infortunio (codice 1 a domanda 4.1.1 o 4.1.2 o 4.1.3) andare a domanda 4.2.

Altrimenti se NON ha avuto incidenti/infortuni (codice 2 a domande 4.1.1 e 4.1.2 e 4.1.3):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

4.2 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), ha avuto bisogno di cure mediche?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Se tra gli incidenti indicati a domanda 4.1 ha risposto di aver avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4.

Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

(Se ha avuto bisogno di cure mediche, codice 1 a domanda 4.2)

4.3 A seguito di questo(i) incidente(i)/infortunio(i), è stato ricoverato in un ospedale o in altra struttura sanitaria (es. casa di cura)?

(In caso di più incidenti/infortuni rispondere considerando quello più grave, per il quale ha fatto ricorso all'assistenza medica più importante)

(una sola risposta)

SI, con pernottamento.....1 ☐

SI, senza pernottamento.....2 ☐

NO.....3 ☐

ATTENZIONE!

Se ha avuto uno o più INCIDENTI STRADALI (codice 1 a domanda 4.1.1) andare a domanda 4.4. Altrimenti se NON ha avuto INCIDENTI STRADALI (codice 2 a domanda 4.1.1):

- per le persone di 14 anni e più andare a Sezione 5;
- per le persone da 0 a 13 anni finisce il questionario individuale!

Se ha subito più di un incidente stradale rispondere considerando quello più grave. Indicare i motivi che lo hanno causato indipendentemente da chi ha avuto la colpa.

4.4 Nell'incidente stradale lei era...

Conducente del veicolo.....1 ☐

Passeggero.....2 ☐

Pedone.....3 ☐

4.5 Sempre facendo riferimento all'incidente stradale più grave, quali sono i motivi che secondo lei lo hanno causato?

(una risposta per ogni riga)

1. Difetti o anomalie (avarie del veicolo, manto stradale sconnesso o sdruciolevole, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Infrazioni al codice stradale (eccesso di velocità, mancato rispetto della precedenza, ecc...) SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Distrazione SI 1 ☐ NO 2 ☐

4. Consumo di bevande alcoliche SI 1 ☐ NO 2 ☐

5. Consumo di sostanze stupefacenti o psicofarmaci SI 1 ☐ NO 2 ☐

6. Altro (specificare) SI 1 ☐ NO 2 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni. Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

5. LIMITAZIONI FUNZIONALI FISICHE E SENSORIALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

5.1 Utilizza occhiali o lenti a contatto?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.3**
NO.....2 ☐

NO, sono cieco, non sono in grado di vedere affatto.....3 ☐ → **andare a domanda 5.4**

5.2 Ha difficoltà a vedere?

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

(Se SI a domanda 5.1)

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

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

5.4 Utilizza apparecchi acustici?

SI.....1 ☐ → **andare a domanda 5.7**
NO.....2 ☐
NO, sono affetto da sordità completa.....3 ☐ → **andare a domanda 5.9**

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

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

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

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

(Se SI a domanda 5.4)

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

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

(Se SI a domanda 5.4)

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

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

5.9 Ha difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri (che corrispondono a circa 5 volte la lunghezza di un campo di calcio) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

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

5.10 Ha difficoltà a salire o scendere una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

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

| | | |
|-------|---|--------------------------------|
| Segue | Scheda Individuale del componente n. 04 | (col. 1 della Scheda Generale) |
|-------|---|--------------------------------|

6. ATTIVITÀ DI CURA DELLA PERSONA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Questa sezione è relativa alle attività quotidiane di cura della persona. Non considerare problemi di tipo temporaneo (ingessature, stato influenzale, ecc.).

6.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere le seguenti attività senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6.1.1 Mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.2 Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.3 Vestirsi e spogliarsi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.4 Usare i servizi igienici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 6.1.5 Fare il bagno o la doccia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 a domanda 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5):

- per le persone di 50 anni e più andare a Sezione 7;
 - per le persone da 14 a 49 anni andare a Sezione 8.
- Altrimenti andare a domanda 6.2.

Considerare le attività di cura personale per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

6.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **andare a domanda 6.4**

(Se SI a domanda 6.2)

6.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

(Se NO a domanda 6.2)

6.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 14 a 49 anni vanno alla Sezione 8. Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

7. ATTIVITÀ DOMESTICHE

(PER LE PERSONE DI 50 ANNI E PIÙ)

7.1 Abitualmente ha difficoltà a svolgere qualcuna delle seguenti attività domestiche senza alcun aiuto?

(Consideri senza l'aiuto di una persona o l'uso di ausili o adattamenti della sua abitazione. Non consideri problemi di tipo temporaneo, quali ingessature, stato influenzale, ecc.)

(una risposta per ogni riga)

| | Nessuna difficoltà | Qualche difficoltà | Molta difficoltà | Non sono in grado | Non ho mai provato a farlo o non ho alcuna necessità di farlo |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 7.1.1 Preparare i pasti | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.2 Usare il telefono | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.3 Fare la spesa | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.4 Prendere le medicine (nel dosaggio corretto e al momento giusto) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.5 Svolgere attività domestiche leggere (lavare i piatti, stirare, rifare il letto, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.6 Svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti (pulire le finestre, spostare mobili pesanti per pulire, portare buste della spesa pesanti per più di 5 minuti, fare pulizie approfondite, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 7.1.7 Gestire le sue risorse economiche e le attività amministrative abituali (pagare il condominio, pagare le bollette, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

ATTENZIONE!

Se ha dichiarato di avere **NESSUNA DIFFICOLTÀ** in **TUTTE** le attività (codice 1 a domanda 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7) passare a Sezione 8, altrimenti proseguire.

Considerare le attività domestiche per le quali ha almeno qualche difficoltà a svolgerle senza aiuto.

7.2 Riceve abitualmente aiuto per qualcuna di queste attività?

(Consideri sia l'aiuto di altre persone che l'aiuto derivante dall'utilizzo di ausili, quali bastoni, stampelle, sedie a rotelle, ecc.)

SI, per almeno un'attività... 1 ☐

NO... 2 ☐ → **andare a domanda 7.4**

(Se **SI** a domanda 7.2)

7.3 Avrebbe bisogno di ricevere maggiore aiuto?

SI... 1 ☐

NO... 2 ☐

(Se **NO** a domanda 7.2)

7.4 Avrebbe bisogno di ricevere aiuto?

SI... 1 ☐

NO... 2 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **04** (col. 1 della Scheda Generale)

8. DOLORE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

- Non ho avuto alcun dolore.....1 ☐ → **andare alla sezione 9**
- Molto lieve.....2 ☐
- Lieve.....3 ☐
- Moderato4 ☐
- Forte5 ☐
- Molto forte6 ☐

(Se ha provato dolore fisico nelle ultime 4 settimane, codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 a domanda 8.1)

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

- Nessuna.....1 ☐
- Lievemente.....2 ☐
- Moderatamente.....3 ☐
- Gravemente4 ☐
- Molto gravemente5 ☐

9. BENESSERE PSICOLOGICO

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

9.1 Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza ha avuto fastidi per i seguenti problemi? **(una risposta per ogni riga)**

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

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**10. ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

*(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)*

Questa sezione è relativa ai ricoveri ed ai giorni trascorsi in ospedale. Considerare qualsiasi tipo di ospedale o casa di cura.

ATTENZIONE!

Non considerare i ricoveri delle donne che si sono ricoverate per il parto.

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → andare a domanda 10.3

(Per le persone che sono state ricoverate per almeno una notte in ospedale, codice 1 a domanda 10.1)

10.2 Facendo riferimento a tutte le volte in cui è stato ricoverato, negli ultimi 12 mesi quante notti ha trascorso complessivamente in ospedale?

N. notti |__|__|__|

10.3 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a un day hospital o day surgery, ossia è stato ricoverato per accertamenti, terapie o altro tipo di cure mediche che non hanno richiesto il pernottamento in ospedale?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → andare alla sezione 11

(Per le persone che si sono sottoposte a un day hospital o day surgery, codice 1 a domanda 10.3)

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

N. giorni |__|__|__|

**11. ASSISTENZA
AMBULATORIALE E
DOMICILIARE**

*(PER LE PERSONE DI
14 ANNI E PIÙ)*

Visite mediche presso dentisti, ortodontisti o igienisti dentali.

11.1 Quando è stata l'ultima volta che si è rivolto al dentista/ortodontista/igienista dentale per la cura o l'igiene dei suoi denti?

Meno di 6 mesi fa1 ☐

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

12 mesi o più.....3 ☐

Mai.....4 ☐

Visite presso il medico di famiglia. Considerare le visite presso lo studio del medico, le visite a domicilio, le consulenze telefoniche o per e-mail.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

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

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

} andare a
domanda 11.4

(Per le persone che si sono rivolte al medico di famiglia meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.2)

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

N. volte |__|__|

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

Visite specialistiche (escluse odontoiatriche). Considerare le visite in ambulatorio o in Pronto Soccorso, le consulenze telefoniche o per e-mail. Escludere le visite avvenute durante l'eventuale ricovero in ospedale.

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

Meno di 6 mesi fa.....1 ☐

Da 6 mesi a meno

di 12 mesi fa2 ☐

12 mesi o più3 ☐

Mai4 ☐

**andare a
domanda 11.6**

(Per le persone che hanno effettuato una visita specialistica meno di 6 mesi fa, codice 1 a domanda 11.4)

11.5 Nelle ultime 4 settimane, quante visite specialistiche ha effettuato per un problema che riguarda la sua salute?

N. volte

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

(una risposta per ogni riga)

1. Fisioterapista o
chinesiterapista SI 1 ☐ NO 2 ☐

2. Psicologo,
psicoterapeuta SI 1 ☐ NO 2 ☐

3. Psichiatra SI 1 ☐ NO 2 ☐

L'assistenza domiciliare include un'ampia gamma di servizi sociali e sanitari forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione. Rispondere considerando solo i servizi forniti da operatori professionisti socio-sanitari (sia pubblici che privati). Sono esclusi dalla lista delle persone che possono offrire assistenza domiciliare i familiari (conviventi e non), i parenti e gli amici.

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

(Assistenza domiciliare fornita da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, ecc., o da personale non sanitario, quali badanti, assistenti domiciliari, operatori sociali)

SI, sia da personale sanitario

che non sanitario.....1 ☐

SI, solo da personale sanitario.....2 ☐

SI, solo da personale NON sanitario.....3 ☐

NO.....4 ☐

12. CONSUMO DI FARMACI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

12.1 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

12.2 Nelle ultime 2 settimane ha fatto uso di farmaci o integratori a base di erbe o vitamine che **NON** le sono stati prescritti da un medico?

(Per le donne escludere pillole e ormoni assunti per contraccezione)

SI1 ☐

NO2 ☐

13. PREVENZIONE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

Vaccinazione antinfluenzale.

13.1 Ha mai fatto il vaccino contro l'influenza?

SI, meno di 2 anni fa.....1 ☐

SI, 2 anni fa o più.....2 ☐

NO, mai fatto.....3 ☐

**andare a
domanda 13.3**

(Per le persone che hanno fatto il vaccino contro l'influenza meno di 2 anni fa, codice 1 a domanda 13.1)

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

-

Mese Anno

Controllo della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia (zucchero nel sangue).

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

Meno di 12 mesi fa1 ☐

Da 1 anno a meno di 3 anni fa.....2 ☐

Da 3 anni a meno di 5 anni fa.....3 ☐

5 anni fa o più.....4 ☐

Mai.....5 ☐

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

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

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

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

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

Ricerca del sangue occulto nelle feci e colonscopia.

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

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

13.7 Quando ha fatto l'ultima volta la colonscopia?

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

ATTENZIONE!

Le **DONNE** di 14 anni e più rispondono alle domande 13.8 e 13.9 sulla mammografia ed il pap test. Gli **UOMINI** vanno alla Sezione 14.

13.8 Quando ha fatto l'ultima volta la mammografia?

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

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

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

14. DIFFICOLTÀ DI ACCESSO A PRESTAZIONI E CURE SANITARIE

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

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

Segue Scheda Individuale del componente n. **04** (col. 1 della Scheda Generale)

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

SI.....1 ☐
 NO, l'ho effettuate senza ritardi.....2 ☐
 NO, non ho avuto bisogno di prestazioni sanitarie.....3 ☐

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

(una risposta per ogni riga)

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

15. PESO E ALTEZZA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Quanto è alto senza scarpe? (*in centimetri*)

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

15.2 Quanto pesa senza vestiti e senza scarpe? (*in chilogrammi*)

(Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)

kg....|_|_|_|

16. ATTIVITÀ FISICA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

ATTENZIONE!

Le **DONNE** in attesa di un bambino devono rispondere a tutti i quesiti di questa sezione facendo riferimento alla situazione precedente alla gravidanza.

Questa sezione è relativa al tempo che di solito si dedica all'attività fisica. Rispondere alle domande anche se l'intervistato non si considera una persona sportiva.

Innanzitutto si richiede di considerare le **ATTIVITÀ LAVORATIVE** (lavoro retribuito e lavoro non retribuito, lavoro domestico e familiare, studio o attività di formazione).

16.1 Quando lei svolge le sue **ATTIVITÀ LAVORATIVE**, quale tra le seguenti situazioni descrive meglio ciò che fa? Lei direbbe che:

(una sola risposta)

Lavora prevalentemente seduto o in piedi...1 ☐
 Lavora prevalentemente in movimento o svolge mansioni che comportano un moderato sforzo fisico.....2 ☐
 Lavora prevalentemente facendo attività pesanti o fisicamente impegnative.....3 ☐
oppure
 Non svolge alcuna attività lavorativa.....4 ☐

Nelle domande successive **ESCLUDERE L'ATTIVITÀ FISICA LEGATA** alle **ATTIVITÀ LAVORATIVE** e considerare come l'intervistato si sposta di solito da un posto all'altro (ad es. per andare a lavoro, a scuola, a fare la spesa, al supermercato, ecc.).

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

N. giorni....|_|

Non pratico mai questa attività fisica 1 ☐ → **andare a**

domanda 16.4

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.2)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno.....3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → **andare a domanda 16.6**

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.4)

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

- 10 - 29 minuti al giorno.....1 ☐
 30 - 59 minuti al giorno.....2 ☐
 Da 1 ora a meno di 2 ore al giorno...3 ☐
 Da 2 ore a meno di 3 ore al giorno.....4 ☐
 3 ore o più al giorno.....5 ☐

Nelle domande successive ESCLUDERE gli SPOSTAMENTI descritti nelle domande precedenti e considerare attività quali SPORT, ATTIVITÀ DI FITNESS O ATTIVITÀ FISICA RICREATIVA (nel tempo libero) che comportano ALMENO un leggero aumento della frequenza respiratoria o cardiaca (ad es. camminare a passo sostenuto, giocare con il pallone, fare jogging, andare in bicicletta o nuotare).

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

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai
 questa attività fisica..1 ☐ → **andare a domanda 16.8**

(Per le persone che hanno indicato il numero di giorni alla domanda 16.6)

16.7 Per quanto tempo pratica sport, attività di fitness o attività fisiche ricreative (nel tempo libero) in una settimana?

|_|_|:|_|_| a settimana
 Ore Minuti

16.8 Normalmente quanti giorni a settimana pratica attività specifiche per POTENZIARE i suoi muscoli, con qualsiasi allenamento o esercizio fisico? Consideri tutte le attività, anche quelle già incluse nelle domande precedenti.

- N. giorni....|_|
 Non pratico mai questa attività fisica...1 ☐

17. CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

17.1 Quanto spesso mangia frutta, escludendo i succhi di frutta industriali?

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

andare a domanda 17.3

(Per le persone che mangiano frutta una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.1)

17.2 Quante porzioni di frutta, di qualsiasi tipo, mangia ogni giorno? (Escludere i succhi di frutta industriali)

(Una porzione di frutta corrisponde ad esempio ad una mela, una pera, due mandarini, una spremuta, ecc.)

N. porzioniN. |_|_|

17.3 Quanto spesso mangia verdura o insalata, escludendo le patate?

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

andare a sezione 18

(Per le persone che mangiano verdure o insalata una o più volte al giorno, codice 1 a domanda 17.3)

17.4 Quante porzioni di verdura o insalata mangia ogni giorno? (Escludere le patate)

(Una porzione di verdura o insalata corrisponde ad una quantità che ricopre il fondo del piatto)

N. porzioniN. |_|_|

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

18. SOSTEGNO SOCIALE**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)****Questa sezione è relativa alle relazioni sociali.****18.1** Quante persone sente così vicine da poter contare su di loro in caso di gravi problemi personali?

- Nessuna.....1 ☐
- 1 o 2.....2 ☐
- Da 3 a 5.....3 ☐
- 6 o più4 ☐

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

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

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

- Molto facile.....1 ☐
- Facile.....2 ☐
- Possibile.....3 ☐
- Difficile.....4 ☐
- Molto difficile5 ☐

**19. CURE O
ASSISTENZA
FORNITE****(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)****Questa sezione è relativa agli aiuti forniti ad altre persone con problemi di salute. Non considerare gli aiuti forniti nell'ambito della propria attività professionale.****19.1** Lei si prende cura o assiste, almeno una volta a settimana, una o più persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità?

- SI.....1 ☐
- NO.....2 ☐ → **andare a sezione 20**

19.2 La persona o le persone che lei assiste sono prevalentemente...

- Suoi familiari (che vivono o non vivono con lei).....1 ☐
- Persone diverse dai suoi familiari.....2 ☐

19.3 Quante ore a settimana lei dedica complessivamente ad attività di assistenza?

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

ATTENZIONE!**Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni. Continuare per gli altri!****20. SITUAZIONE
LAVORATIVA****(PER LE PERSONE
DI 15 ANNI E PIÙ)****20.1** Quale delle seguenti definizioni rappresenta meglio la sua condizione lavorativa attuale?

- Svolge un lavoro o una professione (incluso lavoro non retribuito per un'azienda familiare, apprendistato o tirocinio retribuito, ecc.).....1 ☐
- Disoccupato, in cerca di prima o nuova occupazione.....2 ☐
- Studente, in formazione, stagista o tirocinante non retribuito.....3 ☐
- Ritirato dal lavoro per pensione (di vecchiaia o di anzianità) o per cessazione di attività.....4 ☐
- Permanentemente inabile al lavoro.....5 ☐
- Casalinga/o.....6 ☐
- Altra condizione7 ☐

andare al riquadro**ATTENZIONE!****Qui finisce il questionario per le persone che NON svolgono un lavoro o una professione (codice 2 o 3 o 4 o 5 o 6 o 7 a domanda 20.1). Continuare per gli altri!**

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se svolge un lavoro o una professione, codice 1 a domanda 20.1)

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

tempo pieno 1 ☐

tempo parziale 2 ☐

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

Un lavoro alle dipendenze.....1 ☐

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ... 2 ☐

Prestazione d'opera occasionale . 3 ☐

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore 4 ☐

Libero professionista 5 ☐

Lavoratore in proprio 6 ☐

Coadiuvante nell'azienda di un familiare 7 ☐

Socio di cooperativa 8 ☐

andare a domanda 20.6

(Per le persone che lavorano alle dipendenze, codice 1 a domanda 20.3)

20.4 Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) 1 ☐

SI, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) 2 ☐

SI, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato) 3 ☐

20.5 Lei è:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa 6 ☐

20.6 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare

.....

.....

CODICE.....

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

20.7 In quale settore di attività economica lavora?

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

A. Agricoltura, silvicoltura, caccia, pesca 01 ☐

B. Attività estrattive 02 ☐

C. Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature 03 ☐

D. Fornitura di energia elettrica, gas 04 ☐

E. Fornitura di acqua, gestione reti fognarie e rifiuti 05 ☐

F. Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati 06 ☐

G. Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto 07 ☐

H. Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri 08 ☐

I. Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) 09 ☐

J. Servizi di informazione e comunicazione .. 10 ☐

K. Attività finanziarie e assicurative 11 ☐

L. Attività immobiliari 12 ☐

M. Attività professionali, scientifiche e tecniche 13 ☐

N. Noleggio, agenzie viaggio, servizi di supporto alle imprese 14 ☐

O. Pubblica amministrazione e difesa 15 ☐

P. Istruzione e formazione 16 ☐

Q. Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) 17 ☐

R. Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento 18 ☐

S. Altre attività di servizi 19 ☐

T. Famiglie e convivenze datori di lavoro per personale domestico, produzione di beni e servizi per uso proprio da parte di famiglie e convivenze 20 ☐

U. Organizzazioni ed organismi extra territoriali 21 ☐

| | | |
|-------|--|--------------------------------|
| Segue | Scheda Individuale del componente n. 04 | (col. 1 della Scheda Generale) |
|-------|--|--------------------------------|

**21. ASSENZE DAL LAVORO
(PER MOTIVI DI SALUTE)**

*(PER LE PERSONE
OCCUPATE DI 15
ANNI E PIÙ, codice
1 a domanda 20.1)*

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

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐ → **fine questionario
individuale!**

(Se SI a domanda 21.1)

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

N. di giorni|_|_|_|

ATTENZIONE!
Qui finisce il questionario individuale!

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista individuale-

1) La persona che ha risposto al questionario è:

L'interessato.....1 ☐

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

Altra persona che non vive in famiglia ... 3 ☐

(Se codici 2 o 3)

2) Indicare il motivo:

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

(Specificare il tipo di problema di salute)

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

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

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

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

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

Altro (*specificare*).....4 ☐

Annotazioni.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONARIO FAMILIARE

1. L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

(Con riferimento all'abitazione principale 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'ingresso unico o principale dell'abitazione su quale piano si trova?

- Seminterrato 1 ☐
- Pianterreno 2 ☐
- Numero di piano

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

- NO..... 1 ☐
- SI..... 2 ☐

1.5 Esiste un ascensore nell'edificio?

- NO..... 1 ☐
- SI..... 2 ☐

1.6 Si verificano uno o più dei seguenti problemi?

(una risposta per ogni riga)

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

2. AIUTI E SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

2.1 La famiglia si avvale del servizio a pagamento di:

(possibili più risposte per ogni riga)

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

(Se SI ad almeno una delle precedenti modalità, altrimenti andare a domanda 2.3)

2.2 Per quante ore a settimana?

- Collaboratore/
collaboratrice domestico/a... ore a settimana
00 ☐ saltuariamente
- Baby-sitter ore a settimana
00 ☐ saltuariamente
- Persona che assiste un
anziano o un disabile ore a settimana
00 ☐ saltuariamente

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

- Ottime 1 ☐
- Adeguate 2 ☐
- Scarse 3 ☐
- Absolutamente insufficienti 4 ☐

2.4 Nel 2014 a quanto ammontava il reddito netto mensile complessivo della sua famiglia?

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

Euro → **andare a Sezione 3**

Non so..... 9 ☐

QUESTIONARIO FAMILIARE

(Se Non sa, codice 9 a domanda 2.4)

2.5 Nel 2014, a quale cifra si avvicinava di più il reddito netto mensile complessivo della sua famiglia?

(una sola risposta)

- Più di 10.000 euro.....01 ☐
- 9.000 euro.....02 ☐
- 7.000 euro.....03 ☐
- 6.000 euro.....04 ☐
- 5.000 euro.....05 ☐
- 4.000 euro.....06 ☐
- 3.000 euro.....07 ☐

- 2.500 euro.....08 ☐
- 2.000 euro.....09 ☐
- 1.800 euro.....10 ☐
- 1.600 euro.....11 ☐
- 1.400 euro.....12 ☐
- 1.200 euro.....13 ☐
- 1.000 euro.....14 ☐
- 800 euro.....15 ☐
- 600 euro.....16 ☐
- Meno di 600 euro.....17 ☐
- Non so.....18 ☐

3. ALTRE PERSONE COABITANTI CON LA FAMIGLIA

3.1 In questa stessa abitazione, oltre le persone elencate nella scheda generale, ne vivono anche altre, come ad esempio collaboratori domestici, baby-sitter, badanti (persone che assistono un anziano o un disabile), affittuari o persone che vivono con la famiglia per motivi economici?

SI.....1 ☐

NO.....2 ☐

(Se SI, codice 1 a domanda 3.1)

3.2 Quante sono queste persone?

Numero

3.3 Indicare per ogni persona il sesso, l'età e il tipo di legame con la famiglia:

| AP | Sesso | | Età (in anni compiuti) | Legame con la famiglia <i>Riportare uno dei seguenti codici e specificare il motivo della coabitazione con la famiglia (es. badante, affittuario, ecc.):</i> | |
|----|----------------------------|----------------------------|---|---|--|
| | Maschio | Femmina | | codice | specificare il motivo della coabitazione |
| 01 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 02 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 03 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 04 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 05 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 06 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 07 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 08 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 09 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 10 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista -

1) Tipo di abitazione

- Villa o villino1 ☐
- Signorile2 ☐
- Civile3 ☐
- Economico o popolare4 ☐
- Rurale.....5 ☐
- Abitazione impropria6 ☐

Annotazioni

.....

.....

.....

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

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

Da un componente1 ☐

Da più componenti2 ☐

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

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

N
|
|

DATI SULL'INTERVISTA

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

a) giorno| |

b) mese| |

c) ora di inizio| |
ora minuti

3) Durata dell'intervista

- Meno di 30 minuti1 ☐
- Da 30 minuti a meno di 45 minuti.....2 ☐
- Da 45 minuti a meno di 1 ora3 ☐
- Da 1 ora a 1 ora e mezza4 ☐
- Oltre 1 ora e mezza5 ☐

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

(COGNOME E NOME LEGGIBILI)

4) Disponibilità familiare verso l'intervista

- Sempre scarsa1 ☐
- Scarsa all'inizio, migliore in seguito2 ☐
- Buona all'inizio, scarsa in seguito3 ☐
- Sufficiente.....4 ☐
- Buona5 ☐
- Molto interessata6 ☐