

Scheda Individuale del componente n.

(col. 1 della Scheda Generale)

Data di nascita        
Giorno Mese Anno

Sesso Maschio .....1   
Femmina .....2

**1. CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE (PER TUTTI)**

- 1.1 Come va in generale la sua salute?
- Molto bene ..... 1
- Bene ..... 2
- Né bene né male..... 3
- Male ..... 4
- Molto male ..... 5

- 1.2 È affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata?
- (Il termine "lunga durata" si riferisce a malattie o problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino per almeno 6 mesi).*
- NO ..... 1
- Sì .....2

- 1.3 A causa di problemi di salute, in che misura Lei ha delle limitazioni, che durano da **almeno 6 mesi**, nelle attività che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere:
- Limitazioni gravi.....1
- Limitazioni non gravi .....2
- Nessuna limitazione.....3

**ATTENZIONE!**  
Le persone con meno di 14 anni vanno alla Sezione 3.  
Gli altri continuano.

**2. STATO DI SALUTE PERCEPITO**

**(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIU')**

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

Sì, mi limita parecchio ..... 1   
Sì, mi limita parzialmente .....2   
NO, non mi limita per nulla.....3

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

Sì, mi limita parecchio ..... 1   
Sì, mi limita parzialmente .....2   
NO, non mi limita per nulla.....3

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

NO..... 1   
Sì.....2

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

NO..... 1   
Sì.....2

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

NO..... 1   
Sì.....2

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

NO..... 1   
Sì.....2

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

- Per nulla .....1
- Poco .....2
- Moderatamente .....3
- Abbastanza .....4
- Molto .....5

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

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

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

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

2.16 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito *sfinite*?

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

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

- Sempre .....1
- Quasi sempre .....2
- Molto tempo .....3
- Una parte del tempo .....4
- Quasi mai .....5
- Mai .....6

**2.18 Ha difficoltà a ricordare o a concentrarsi?**

- NO, nessuna difficoltà .....1
- Sì, qualche difficoltà .....2
- Sì, molta difficoltà .....3
- Non riesco / Non sono in grado .....4

**2.19 Negli ultimi tre anni Le è accaduto qualche evento doloroso o difficile da affrontare?**

- NO .....1
- Se Sì, quale:**  
**(possibili più risposte)**
- Perdita del lavoro suo o di un suo familiare (periodo di disoccupazione, licenziamento, fallimento, ecc.) .....2
- Gravi problemi economici (inclusi sfratto e indebitamento, ecc.) .....3
- Una sua grave malattia o incidente/infortunio ....4
- Una grave malattia o incidente/infortunio che ha colpito un suo familiare o persona cara .....5
- Grave rottura del rapporto di coppia (separazione, divorzio, ecc.) .....6
- Decesso di un familiare o di una persona cara..7
- Problemi familiari (problemi con figli o altri familiari) .....8
- Altro .....9

**3. MALATTIE CRONICHE O DI LUNGA DURATA**

**(PER TUTTI)**

Le chiediamo cortesemente di prestare particolare attenzione nella compilazione di questa sezione, in cui si propone una lista di malattie croniche o di lunga durata composta da 22 patologie (da domanda 3.1 a 3.22).

Per ciascuna malattia risponda alla colonna A. Se non è affetto o non lo è mai stato, passi alla patologia successiva. Se invece ne è affetto o ne è stato affetto in passato segua il percorso, rispondendo anche alle due domande riportate nella stessa riga: dom. B “E’ stata diagnosticata da un medico?” e dom. C “Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi”.

Nell'ultima riga (domanda 3.23) può specificare eventualmente un'altra patologia scrivendo a stampatello.

È affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? Se Sì, indichi per ciascuna di esse se è stata diagnosticata da un medico e se per questa malattia ha preso farmaci negli ultimi 12 mesi

**(rispondere per ciascuna malattia)**

	<b>A. Ne è affetto o ne è stato affetto in passato? (una sola risposta per ciascuna malattia)</b>	<b>B. È stata diagnosticata da un medico?</b>	<b>C. Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi?</b>
<b>3.1 Asma</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
<b>(Se è affetto o è stato affetto da asma)</b> <b>3.1a È o è stato un asma di tipo allergico?</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì .....2 <input type="checkbox"/>		

È affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? Se Sì, indichi per ciascuna di esse se è stata diagnosticata da un medico e se per questa malattia ha preso farmaci negli ultimi 12 mesi

*(rispondere per ciascuna malattia)*

	A. Ne è affetto o ne è stato affetto in passato? <i>(una sola risposta per ciascuna malattia)</i>	B. È stata diagnosticata da un medico?	C. Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi?
<b>3.2 Allergia</b> <i>(escludendo asma allergico)</i>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.3 Celiachia</b> <i>(intolleranza al glutine)</i>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.4 Diabete</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<i>(Se è affetto da diabete)</i> <b>3.4a Ha mai interrotto di sua iniziativa la terapia per almeno quattro settimane?</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì .....2 <input type="checkbox"/>		
<b>3.5 Ipertensione</b> <i>(pressione arteriosa alta)</i>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.6 Infarto del miocardio</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì, almeno un'episodio.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.7 Angina pectoris</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.8 Altre malattie del cuore</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.9 Ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale)</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì, almeno un'episodio.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.10 Artrosi, artrite</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.11 Osteoporosi</b>	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
<b>3.12 Tumore maligno</b> <i>(inclusi linfoma / leucemia)</i>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

È affetto o è stato affetto in passato da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche di lunga durata? Se Sì, indichi per ciascuna di esse se è stata diagnosticata da un medico e se per questa malattia ha preso farmaci negli ultimi 12 mesi

*(rispondere per ciascuna malattia)*

	A. Ne è affetto o ne è stato affetto in passato? <i>(una sola risposta per ciascuna malattia)</i>	B. È stata diagnosticata da un medico?	C. Per questa malattia ha preso farmaci o ha fatto terapie negli ultimi 12 mesi?
3.13 Cefalea o emicrania ricorrente	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.14 Alzheimer, demenze senili	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.15 Parkinsonismo	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.16 Depressione	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.17 Ansietà cronica grave	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.18 Disturbi del comportamento alimentare ( <i>bulimia, anoressia</i> )	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.19 Cirrosi epatica	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.20 Malattie della tiroide	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.21 Insufficienza renale cronica	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.22 Bronchite cronica, enfisema	NO.....1 <input type="checkbox"/> Sì.....2 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
3.23 Altra malattia o condizione patologica ..... ..... <i>(specificare)</i>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

**4. CONSUMO DI FARMACI** (PER TUTTI)

4.1 Nelle ultime 2 settimane precedenti l'intervista ha fatto uso di farmaci?

- NO ..... 1  → andare a dom. 4.3
- Sì ..... 2

(Se ha fatto uso di farmaci)

4.2 Ha preso farmaci:

(possibili più risposte)

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

(PER TUTTI)

4.3 Deve fare regolarmente uso, per tutto l'anno, di farmaci prescritti da un medico? (escludere i contraccettivi)

- Sì, tutti i giorni ..... 1
- Sì, almeno una volta a settimana ..... 2
- Sì, ma più raramente ..... 3
- NO ..... 4  → andare a dom. 4.5

(Se fa regolarmente uso di farmaci per tutto l'anno)

4.4 Quanti farmaci diversi assume regolarmente? (escludere i contraccettivi)

Numero .....   → andare a dom. 4.6

(Se non assume regolarmente farmaci)

4.5 Negli ultimi 12 mesi Le è capitato un periodo in cui ha dovuto assumere tre o più farmaci diversi?

- NO ..... 1
- Sì, per meno di un mese ..... 2
- Sì, per un mese o più ..... 3

(PER TUTTI)

4.6 Complessivamente, per i farmaci acquistati negli ultimi 12 mesi, quanto ha speso approssimativamente?

- Non ha acquistato farmaci ..... 1
- Non ha speso nulla ..... 2
- Ha sostenuto delle spese ..... 3

Spesa complessiva €       ,     
di cui spesa per ticket €       ,

4.7 Negli ultimi 12 mesi ha dovuto rinunciare ad acquistare farmaci, pur avendone bisogno?

- NO ..... 1
- Sì, perché avrebbe dovuto pagare un ticket troppo costoso ..... 2
- Sì, perché doveva pagarli di tasca propria, non essendo prescrivibili ..... 3
- Sì, per altri motivi ..... 4

(specificare)

**5. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE** (PER TUTTI)

5.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto la vaccinazione antinfluenzale?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

ATTENZIONE!

QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per i bambini con meno di 3 anni. Gli altri CONTINUANO.

**6. SALUTE DEI DENTI**

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

6.1 Con quale frequenza si lava i denti?

- Due o più volte al giorno ..... 1
- Una volta al giorno ..... 2
- Meno di una volta al giorno ..... 3
- Mai ..... 4

6.2 Quando è stato dal dentista/ortodontista l'ultima volta?

Negli ultimi 12 mesi... 1  → andare a dom. 6.3

- Da oltre un anno fa entro 3 anni fa 2
- Più di 3 anni fa ..... 3
- Non è MAI stato dal dentista ..... 4

andare a riquadro

ATTENZIONE!

I bambini e i ragazzi con meno di 14 anni vanno a Sezione 7. Gli altri vanno a dom. 6.7

*(Per le persone di 3 anni e più che sono state dal dentista negli ultimi 12 mesi)*

6.3 Quante volte è stato dal dentista/ortodontista negli ultimi 12 mesi?

N. di volte →

6.4 Negli ultimi 12 mesi per quali dei seguenti trattamenti è stato dal dentista?

*(possibili più risposte)*

- Visita di controllo in assenza di disturbi o sintomi / pulizia dei denti ..... 1
- Estrazione ..... 2
- Apparecchio correttivo per denti ..... 3
- Otturazione (*cura della carie*)/ devitalizzazione/cura canalare ..... 4
- Cura di malattie parodontali ..... 5
- Dentiera/protesi mobile/impianti/ponti, corone, capsule ..... 6
- Altri trattamenti ..... 7

6.5 Si è rivolto prevalentemente a:

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

6.6 Complessivamente, per i trattamenti cui si è sottoposto negli ultimi 12 mesi, quanto ha speso all'incirca?

Spesa complessiva €       ,

di cui spesa per ticket €       ,

**ATTENZIONE!**

**I bambini e i ragazzi con meno di 14 anni vanno a Sezione 7. Gli altri CONTINUANO.**

*(Per le persone di 14 anni e più)*

6.7 Generalmente una persona di 14 anni e più ha 28 denti (escludendo i denti del giudizio). Lei ha ancora TUTTI i suoi 28 denti NATURALI?

- NO ..... 1
  - NO, porto la dentiera (o impianto) totale ..... 2
  - Sì ..... 3
- } andare a dom. 6.10

*(Se NO)*

6.8 Quanti denti NATURALI ha conservato?

- 21-27 denti ..... 1
- 1-20 denti ..... 2
- Nessuno ..... 3

6.9 Complessivamente, considerando sia i suoi denti naturali, che quelli eventualmente sostituiti, quanti denti ha in bocca? (escludendo i denti del giudizio)

- Tutti (28 denti, considerando anche eventuali ponti, impianti o dentiera) ..... 1
- 21-27 denti ..... 2
- 1-20 denti ..... 3
- Nessun dente ..... 4

*(Per le persone di 14 anni e più)*

6.10 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita o trattamento dentistico, pur avendone bisogno?

- NO ..... 1
- Se sì, per quale motivo *(possibili più risposte)*
- Non poteva pagarla, costava troppo ..... 2
- Lista d'attesa lunga ..... 3
- Scomodità (*struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi*) ..... 4
- Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5
- Doveva accudire figli o altre persone ..... 6
- Altro ..... 7

*(specificare)*

**7. ATTIVITÀ FISICA** *(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)*

7.1 Dal lunedì al venerdì della scorsa settimana quanto tempo ha trascorso in media al giorno stando seduto? (*Pensi al tempo in cui rimane seduto al lavoro, in casa, a scuola, nel tempo libero a guardare la TV, a giocare con i videogames, ecc.*)

N. ore   N. minuti   al giorno

**7.2 Nel suo tempo libero pratica almeno una volta la settimana:**

*(rispondere per riga)*

		Per quanti giorni la settimana	Per quanti minuti ogni volta in media
<b>A. Attività sportiva con rilevante sforzo fisico</b> (sport agonistici e non, palestra, ciclismo, jogging, ecc.)?	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	Meno di 20 minuti 1 <input type="checkbox"/> 20 minuti e più 2 <input type="checkbox"/> ↓ specificare i minuti <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B. Attività fisica moderata</b> , cioè fino al punto di sudare un po' (palestra, passeggiate in bicicletta a velocità moderata, ecc.)?	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	Meno di 20 minuti 1 <input type="checkbox"/> 20 minuti e più 2 <input type="checkbox"/> ↓ specificare i minuti <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>C. Attività fisica leggera</b> (passeggiate a piedi per almeno 1 km, ginnastica dolce, ecc.)?	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	Meno di 20 minuti 1 <input type="checkbox"/> 20 minuti e più 2 <input type="checkbox"/> ↓ specificare i minuti <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**ATTENZIONE!**

**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le persone con meno di 14 anni. Gli altri CONTINUANO.**

*(Per le persone di 14 anni e più)*

**7.3 Quante ore a settimana dedica in media al lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)?**

Non svolge attività.....0000  → **andare a Sez. 8**

N. ore   a settimana

**7.4 Il suo lavoro domestico e familiare è prevalentemente caratterizzato da attività fisica?**

Sì, scarsa..... 1

Sì, moderata..... 2

Sì, pesante, fino al punto di sudare..... 3

**8. CONSUMO DI TABACCO**

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

**8.1 Lei attualmente fuma?**

Sì ..... 1  → **rispondere a col. A**

NO, ma ho

fumato in passato ..... 2  → **rispondere a col. B**

NO, non ho

mai fumato ..... 3  → **andare a dom. 8.7**

*(rispondere seguendo la colonna corrispondente)*

	A) Per chi fuma attualmente (cod. 1 a domanda 8.1)	B) Per chi ha fumato in passato (cod. 2 a domanda 8.1)
<b>8.2 A che età ha iniziato a fumare?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>8.3 Con quale frequenza fuma attualmente o ha fumato in passato</b>		
Tutti i giorni	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Occasionalmente	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>8.4 Prevalentemente cosa fuma attualmente o ha fumato in passato</b>		
Sigari	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Pipa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Sigarette	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<i>(se cod. 3 a dom. 8.4)</i>		
<b>8.5 Quante sigarette, in media, al giorno fuma attualmente o ha fumato in passato?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>8.6 A che età ha smesso di fumare?</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

*(Per le persone di 14 e più)*

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

*(rispondere per colonna)*

	In casa	In ufficio	Nei locali pubblici	In auto
Mai o quasi mai	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Meno di un'ora al giorno	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Da 1 a 5 ore al giorno	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Più di 5 ore al giorno	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**9. OPINIONI SU ALCUNI SERVIZI DI PUBBLICA UTILITÀ**

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

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

- Sta migliorando ..... 1   
 È più o meno come prima..... 2   
 Sta peggiorando ..... 3   
 Non so ..... 4

9.2 Che giudizio complessivo dà dei seguenti servizi di pubblica utilità?

*Esprima un voto da 1 a 10*

*(1 giudizio peggiore, 10 migliore)*

	Voto
Servizio Postale	<input type="text"/>
Servizio Ferroviario	<input type="text"/>
Servizio Scolastico	<input type="text"/>
Servizio Telefonico	<input type="text"/>
Servizio Sanitario del suo territorio	<input type="text"/>
Servizio Televisivo RAI	<input type="text"/>
Servizio Energia Elettrica e Gas	<input type="text"/>
Servizio Acqua	<input type="text"/>

9.3 Lei ha scelto un medico di base di una ASL della sua stessa regione di residenza?

- NO ..... 1   
 Sì ..... 2

**ATTENZIONE!**  
**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per tutti gli uomini.**  
**CONTINUANO le donne di 14 anni e più.**

**10. GRAVIDANZA**

*(PER LE DONNE DI 14 ANNI E PIÙ)*

10.1 Escludendo eventuali adozioni o affiliazioni, quanti figli nati vivi ha avuto?

- Nessun figlio 00   
 Numero di figli

**ATTENZIONE!**  
**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le donne di 60 anni e più. Le altre continuano**

*(Per le donne fino a 59 anni)*

10.2 Ha una gravidanza in corso?

- NO ..... 1   
 Sì ..... 2  → Settimana °

**ATTENZIONE!**  
**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le donne che NON hanno avuto figli. Le altre continuano.**

*(Per le donne fino a 59 anni con figli)*

10.3 Il suo ultimo (o unico) figlio ha meno di 6 anni?

- NO ..... 1  → **Fine del questionario**  
 Sì ..... 2  → data di nascita ultimo figlio

Giorno      Mese      Anno

*Le faremo adesso alcune domande su gravidanza, parto e allattamento del suo ULTIMO figlio (non consideri l'eventuale gravidanza in corso)*

*(Per le donne con meno di 60 anni, con figli con meno di 6 anni)*

10.4 A quale mese ha effettuato la prima visita di controllo in gravidanza?

- Mese .....

10.5 Quante ecografie in totale ha fatto durante la gravidanza?

- N. ecografie .....

10.6 Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza?

- Ginecologo/a del consultorio pubblico ..... 1   
 Ginecologo/a di un'altra struttura pubblica ... 2   
 Ginecologo/a privato ..... 3   
 Altro ..... 4

10.7 Ha avuto qualcuno dei seguenti disturbi o patologie dovuti alla gravidanza?

*(una risposta per ogni riga)*

- |                                    | NO                         | Sì                         |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diabete.....                       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Iperensione.....                   | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Gestosi.....                       | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Minaccia di parto pre-termine..... | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| Minaccia d'aborto.....             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

10.8 È stata ricoverata durante la gravidanza per proteggere il bambino? (escluda i giorni del parto)

- NO ..... 1
- Sì, meno di 7 giorni ..... 2
- Sì, 7-14 giorni ..... 3
- Sì, 15-giorni o più ..... 4

10.9 Fumava prima della gravidanza?

- NO ..... 1  → andare a dom. 10.11
- Sì ..... 2

*(Se fumava prima della gravidanza)*

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

- Ha sospeso, ma poi ha ripreso dopo la nascita del bambino ..... 1
- Ha smesso definitivamente ..... 2
- Ha diminuito ..... 3
- Non ha modificato le sue abitudini ..... 4

*(Per TUTTE)*

10.11 Svolgeva una attività lavorativa prima della gravidanza?

- NO ..... 1  → andare a Sez. 11
- Sì ..... 2

*(Se Sì)*

10.12 A che mese di gravidanza ha smesso di lavorare?

Mese .....

10.13 Era addetta a mansioni pesanti o potenzialmente nocive?

- NO ..... 1  → andare a Sez. 11
- Sì ..... 2

*(Se Sì)*

10.14 Esattamente quali mansioni nocive svolgeva?

- Era esposta ad agenti dannosi (sostanze chimiche, radiazioni, ecc.) ..... 1
- Assunse posture flesse ..... 2
- Doveva sollevare carichi/pesi ..... 3
- Altro ..... 4
- .....

*(specificare)*

10.15 È stata trasferita ad un ruolo adeguato alla sua situazione?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

**11. PARTO**

*(PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO CON MENO DI 6 ANNI)*

Risponda con riferimento all'ultimo o unico figlio. Se il parto è stato gemellare considerare l'ultimo nato.

11.1 A quale settimana di gestazione è avvenuto il parto?

Settimana .....

11.2 Quanto pesava il bambino alla nascita?

*(Ad es. se pesava 3 chili e 400 gr., indichi Kg 3, grammi 400)*

Kg , grammi

11.3 Si è trattato di un parto gemellare?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

11.4 Dove ha partorito?

- Ospedale pubblico ..... 1
- Clinica privata convenzionata ..... 2
- Clinica privata a pagamento ..... 3
- Altro (casa, ecc. ) ..... 4

11.5 Come è stato il parto?

- Spontaneo (naturale) ..... 1
- Cesareo programmato ..... 2
- Cesareo non programmato ..... 3

**11.6 Durante il travaglio e/o il parto, è stata effettuata qualcuna delle seguenti pratiche?**

*(rispondere per ogni riga)*

	NO	Sì	Non so /non ricordo
Rottura artificiale delle acque ( <i>delle membrane</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Monitoraggio cardiaco <u>continuato</u> del feto ( <i>Cardiotocografia</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Somministrazione di ossitocina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Pressioni sul ventre ( <i>manovra di Kristeller</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Utilizzo di ventosa o forcipe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Episiotomia ( <i>incisione per facilitare il parto naturale</i> )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**11.7 Dopo il parto ha tenuto suo/a figlio/a in stanza con Lei?**

NO, è stato sempre nel nido a causa di problemi di salute suoi o del bambino ..... 1

NO, è stato sempre nel nido, perché la struttura non permetteva di tenerlo in stanza.... 2

Sì, ma solo una parte della giornata ..... 3

Sì, giorno e notte ..... 4

*(Se ha avuto in precedenza altri parti, altrimenti andare a Sezione 12)*

**11.8 Come è stato il suo precedente parto?**

Spontaneo ..... 1

Cesareo programmato ..... 2

Cesareo non programmato ..... 3

**12. ALLATTAMENTO**

*(PER LE DONNE CON L'ULTIMO FIGLIO CON MENO DI 6 ANNI)*

**Risponda con riferimento all'ultimo o unico figlio. Se ha avuto dei gemelli si riferisca all'ultimo nato.**

**12.1 Dopo quanto tempo dalla nascita ha potuto attaccare il bambino al seno per la prima volta?**

Entro la prima ora ..... 1

Dopo un'ora entro le prime 3 ore ..... 2

Dopo 3 ore entro le prime 24 ore ..... 3

Dopo le prime 24 ore ..... 4

Non so, non ricordo ..... 5

Non l'ho mai attaccato al seno ..... 6

**12.2 Nei primi 3 giorni dopo la nascita, cosa ha preso il bambino?**

*(possibili più risposte)*

Latte materno ..... 1

Soluzione glucosata ..... 2

Latte artificiale ..... 3

Acqua ..... 4

Tisana o camomilla ..... 5

Altro ..... 6

*(specificare)*

Non so, non ricordo ..... 7

**12.3 Il bambino è (stato) allattato al seno?**

NO, mai ..... 1  → **Fine del questionario**

Sì ..... 2

*(Se Sì)*

**12.4 Che età aveva il bambino quando l'ha allattato al seno l'ultima volta?**

Ad esempio se il bimbo aveva 3 mesi e mezzo indicare: Mesi .... 0|3

Mesi compiuti. ....

E' ancora allattato .....  98

**12.5 A che età il bambino ha cominciato a prendere con regolarità bevande non zuccherate (ad esempio acqua, tisane, tè, camomilla o succhi di frutta)?**

Mesi compiuti. ....

Non le ha ancora prese .....  98

**12.6 A che età il bambino ha cominciato a prendere con regolarità latte artificiale o di origine animale?**

Mesi compiuti. ....

Mai o non lo ha ancora preso .....  98

**12.7 A che età il bambino ha cominciato a prendere con regolarità alimenti solidi o semi solidi (ad esempio pappe ed omogeneizzati)?**

Mesi compiuti. ....

Non li ha ancora presi .....  98

**ATTENZIONE!**

**QUI FINISCE IL QUESTIONARIO per le donne con l'ultimo figlio di 3 anni e più.**

**CONTINUANO solo le donne con l'ultimo figlio con meno di 3 anni.**

*(Per le donne con ultimo figlio minore di 3 anni)*

**12.8** Indichi quali alimenti ha preso il bambino nelle ultime 24 ore e nell'ultima settimana.

*(possibili più risposte)*

	Nelle ultime 24 ore	Negli ultimi 7 giorni
Latte materno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Latte artificiale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Latte di origine animale	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Liquidi non zuccherati (acqua, tisane, infusi)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altri liquidi o cibi semisolidi o solidi (inclusi pappe e omogeneizzati)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Il questionario finisce qui  
Grazie per la gentile collaborazione

**RISERVATO AL RILEVATORE - QUESTIONARIO AUTOCOMPILATO**

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

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

NO.....1

Sì.....2

**2** Quali delle seguenti situazioni si è verificata

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

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

Il questionario è stato compilato personalmente dal componente.....3

Il questionario è stato compilato da un familiare.....4

Il questionario non è stato compilato per rifiuto.....5

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

*(Se cod. 3 o 4 alla domanda 2)*

**3** Il questionario è stato compilato:

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

In modo completo con difficoltà.....2

In modo incompleto e lacunoso.....3

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

\_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME LEGGIBILI)