



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**CONDIZIONI DI SALUTE
E RICORSO AI SERVIZI
SANITARI 2004 - 2005**

6	CODICE INTERVISTATORE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
---	---

7	Data di consegna all'ufficio del Comune <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <small>giorno mese anno</small>
	L'INTERVISTATORE
 (Cognome e nome leggibili)
	Visto per la revisione IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE

A	MESE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
---	--

1	Provincia <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
	Comune <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
	Sezione di Censimento <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

2	<i>(a cura del Comune)</i>
	Numero d'ordine <u>definitivo</u> della famiglia <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
	Da 0001 al totale dei modelli ISTAT/IMF-8/A compilati dal Comune nel trimestre

3	Numero d'ordine della famiglia nel Mod. ISTAT/IMF-8/2 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
	Da 00001 al totale delle famiglie del Mod. ISTAT/IMF-8/2 nel trimestre

4	Numero dei componenti la famiglia <u>anagrafica</u> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
	(Riga 4 del Mod. ISTAT/IMF-8/2)

5	Numero dei componenti la famiglia <u>di fatto</u> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
---	--

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. 3 Presenza o temporanea assenza nella famiglia

Dimorante abitualmente

- presente 1
- temporaneamente assente 2

Col. 4 Relazione di parentela o convivenza con PR

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

Col. 5 Sesso

- Maschio 1
- Femmina 2

Col. 6 Anno di nascita

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

Col. 7 Iscrizione attuale a corsi scolastici o universitari

- NO 01
- SÌ, specificare quale:
- Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea 02
- Corso di laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico) 03
- Corso di laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento) 04
- Corso di laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento) 05
- Corso di diploma universitario, Scuola diretta a fini speciali, Scuola Parauniversitaria 06
- Accademia Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di arte drammatica, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, Perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Scuola Interpreti e Traduttori, Scuola di Archivistica, Paleografia, Diplomatica 07
- Scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università 08
- Scuola superiore di 3 anni che non permette l'iscrizione all'Università 09
- Corso di formazione professionale 10
- Scuola media 11
- Scuola elementare 12
- Scuola materna 13
- Asilo nido 14

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

- Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea 01
- Laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico) 02
- Laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento) 03
- Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento) 04
- Diploma universitario, Laurea Breve (vecchio ordinamento), Scuola diretta a fini speciali, Scuola Parauniversitaria 05
- Accademia Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di arte drammatica, Scuola Interpreti e Traduttori, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, Scuola di Archivistica, Perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Paleografia, Diplomatica 06
- Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università 07
- Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'Università 08
- Licenza media (o avviamento professionale) 09
- Licenza elementare 10
- Nessun titolo - sa leggere e scrivere 11
- Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere 12

Col. 9 Stato civile (per le persone di 6 anni e più)

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

Col. 10 Fonte principale di reddito (per le persone di 15 anni e più)

- Reddito da lavoro dipendente 1
- Reddito da lavoro autonomo (comprende le collaborazioni coordinate e continuative) 2
- Pensione 3
- Indennità e provvidenze varie 4
- Redditi patrimoniali 5
- Mantenimento da parte dei familiari 6

Col. 11 Anno del matrimonio attuale

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

Col. 12 Stato civile prima del matrimonio attuale

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

(a) A col. 4 il cod. 7 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. 6.

1. DATI ANAGRAFICI

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso
Maschio1
Femmina2

1.3 Età (in anni compiuti)

1.4 Cittadinanza:
Italiana1
Altra2
Apolide3

1.5 È nato nella stessa provincia in cui vive?
Sì999
NO, in un'altra provincia.....
Nome Provincia Codice
NO, all' Estero.....
Nome Stato Estero Codice

(Se nato in uno Stato Estero o in una provincia diversa da quella in cui vive)

1.6 Da quanti anni vive nell'attuale provincia?
Meno di un anno00
N. anni

ATTENZIONE!

- Le persone fino a 14 anni passano alla Sezione 5.
- Continuare per le persone di 15 anni e più.

2. LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

2.1 La scorsa settimana, cioè quella terminata domenica scorsa, ha svolto almeno un'ora di lavoro? Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto, da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno, o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso la ditta di un familiare.

NO1
Sì2 → passare a domanda 2.3
Permanentemente inabile al lavoro3 *passare alla Sezione 3*
In servizio di leva o servizio civile sostitutivo4

(Se NO)

2.2 Nella scorsa settimana aveva comunque un lavoro dal quale era assente, ad esempio per malattia, maternità, vacanza, cassa integrazione guadagni, maltempo, etc.? Consideri sempre il lavoro da cui ha ricavato un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso la ditta di un familiare

NO1 → passare alla Sezione 3
Sì2

(Se Sì)

2.3 Qual è il lavoro, la professione o il mestiere che lei svolge attualmente? (es.: commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.). Lo descriva nel modo più dettagliato possibile evitando termini generici come impiegato od operaio.

Specificare
.....
.....
.....

2.4 Da quanti anni svolge questo stesso lavoro, professione o mestiere anche se lo ha effettuato in enti o imprese diverse?

Meno di 1 anno.....00
N. di anni

2.5 In quale settore di attività economica lavora?

- Agricoltura, caccia, pesca01
- Estrazione, energia02
- Industria e attività manifatturiere03
- Costruzioni04
- Commercio all'ingrosso e al dettaglio.....05
- Alberghi e ristoranti06
- Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni07
- Intermediazione monetarie e finanziarie.....08
- Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali09
- Pubblica amministrazione e difesa10
- Istruzione11
- Sanità ed altri servizi sociali12
- Altri servizi13

2.6 Si tratta di un lavoro:

Alle dipendenze.....1
Di collaborazione coordinata e continuativa2 *passare a domanda 2.9*
Di prestazione d'opera occasionale3
Autonomo.....4

(Se alle dipendenze o autonomo)

2.7 Qual è la sua posizione nella professione?

Alle dipendenze come:

- Dirigente.....01
Direttivo, quadro.....02
Impiegato03
Capo operaio, operaio subalterno e assimilati04
Apprendista.....05
Lavorante a domicilio per conto d'impresa06

Autonomo come:

- Imprenditore (con almeno un dipendente).....07
Libero professionista.....08
Lavoratore in proprio09
Socio di cooperativa di produzione di beni e servizi e/o prestazioni di servizio.....10
Coadiuvante familiare11

passare a domanda 2.9

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze)

2.8 Il suo lavoro attuale è a termine?

- NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) 1
Sì, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato)..... 2
Sì, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato)..... 3

(Per tutti coloro che lavorano)

2.9 Quanto tempo dedica mediamente alla settimana all'attività lavorativa (per le persone che svolgono un'attività lavorativa occasionale fare riferimento ad una settimana di lavoro tipo):

- Meno di un ora.....00
N. ore a settimana

(Per tutti coloro che lavorano)

2.10 La sua attività lavorativa è prevalentemente caratterizzata da attività fisica:

- Scarsa, la maggior parte del tempo è trascorsa stando seduti 1
Moderata, la maggior parte del tempo è trascorsa stando in piedi o camminando..... 2
Pesante, fino al punto di sudare..... 3

ATTENZIONE! Andare a Sezione 4

3. LAVORO IN PASSATO E RICERCA DI LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE ATTUALMENTE NON HANNO UN LAVORO)

3.1 Nel corso della sua vita Lei ha mai svolto un lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricevuto un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato presso l'azienda di un familiare.

- NO 1
Sì 2

(Se Sì)

3.2 Considerando l'ultimo lavoro svolto. Qual è il lavoro, la professione o il mestiere che lei svolgeva? (es.: commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.). Lo descriva nel modo più dettagliato possibile evitando termini generici come impiegato od operaio.

Specificare

3.3 Per quanti anni ha svolto l'ultimo lavoro, professione o mestiere anche se lo ha effettuato in enti o imprese diverse?

Meno di un anno 00 N. di anni

3.4 In quale settore di attività economica lavorava?

- Agricoltura, caccia, pesca 01
Estrazione, energia 02
Industria e attività manifatturiere 03
Costruzioni 04
Commercio all'ingrosso e al dettaglio..... 05
Alberghi e ristoranti 06
Trasporti, magazzino e comunicazioni 07
Intermediazione monetarie e finanziarie..... 08
Attività immobiliari, noleggio, informatica ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali..... 09
Pubblica amministrazione e difesa 10
Istruzione..... 11
Sanità ed altri servizi sociali 12
Altri servizi..... 13

3.5 Si trattava di un lavoro:

- Alle dipendenze..... 1
Di collaborazione coordinata e continuativa 2
Di prestazione d'opera occasionale..... 3
Autonomo 4

passare a domanda 3.7

(Se era un lavoro alle dipendenze oppure autonomo)

3.6 Nell'ultimo lavoro svolto, Lei era ...?

Alle dipendenze come:

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

Autonomo come:

- Imprenditore (con almeno un dipendente)..... 07
Libero professionista 08
Lavoratore in proprio 09
Socio di cooperativa di produzione di beni e servizi e/o prestazioni di servizio 10
Coadiuvante familiare..... 11

(Per tutti coloro che hanno lavorato in passato)

3.7 A che età ha smesso di lavorare?
Età

3.8 Per quale motivo ha smesso di lavorare?

- Pensionamento (anzianità, vecchiaia)01
- Licenziamento, mobilità, chiusura o cessazione dell'attività02
- Lavoro a termine03
- Malattia, problemi di salute personali04
- Maternità, nascita di un figlio05
- Per prendersi cura dei figli e/o di altri familiari06
- Studio o formazione professionale07
- Per le esigenze di lavoro del coniuge o convivente08
- Servizio di leva o servizio civile sostitutivo09
- Altri motivi10

(specificare)

(Per tutte le persone che attualmente non hanno un lavoro)

3.9 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcosa per cercare lavoro?

- NO 1 → passare a Sezione 4
- Sì2

(Se Sì)

3.10 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcuna delle seguenti azioni di ricerca di lavoro?

(una risposta per ciascuna riga)

	NO	Sì
Ha avuto contatti con un centro pubblico per l'impiego (l'ex ufficio di collocamento) per cercare lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ha inviato una domanda per partecipare ad un concorso pubblico	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ha chiesto a parenti, amici, conoscenti	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ha cercato lavoro su Internet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ha avuto contatti con un'agenzia privata di collocamento o un'agenzia interinale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

3.11 Sarebbe disponibile a lavorare entro 2 settimane?

- NO 1
- Sì 2
- Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi 3

4. CONDIZIONE PERCEPITA RISPETTO AL LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

4.1 Consideri la Sua condizione attuale, unica o prevalente. Lei si definirebbe:

- Occupato 1
- Disoccupato in cerca di un nuovo lavoro 2
- In cerca del primo lavoro 3
- Casalinga/o 4
- Studente 5
- Ritirato dal lavoro 6
- Inabile al lavoro 7
- In servizio di leva o in servizio civile 8
- In altra condizione 9

5. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

ORA LE RIVOLGERÒ ALCUNE DOMANDE RELATIVE ALLE SUE CONDIZIONI DI SALUTE

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

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite...) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi...).

Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste 4 settimane

- NO000
- Sì, specificare: Codici (*)
.....
-
-
-
-

(*) Per la codifica consultare l'Appendice F della Guida e codificare subito dopo l'intervista.

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

NO 1

Sì2

ATTENZIONE!

- Le persone che non hanno avuto malattie, traumi o fratture, ecc. (NO a domanda 5.1 e NO a domanda 5.2) vanno a Sezione 6.
- Continuare per TUTTI gli altri.

(Se Sì a domanda 5.1 o a domanda 5.2)

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

NO00 → passare a Sezione 6

Sì, per quanti giorni?N.

di cui, quanti ne ha passati a letto?N.

(Solo per chi è iscritto a corsi scolastici o per chi lavora - codici da 02 a 14 a col. 7 della Scheda generale o Sì a dom. 2.1 o 2.2)

5.4 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze scolastiche o dal lavoro per motivi di salute?

NO00

Sì, assenze da scuola, per quanti giorni? N.

(per chi è iscritto ad un corso scolastico o universitario)

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

(per chi lavora)

6. LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ E INVALIDITÀ

(PER TUTTI)

6.1 È affetto da malattie o condizioni patologiche croniche?

NO 1

Sì2

6.2 A causa di problemi di salute, lei ha delle limitazioni, che durano da almeno sei mesi, nello svolgere le abituali attività della vita quotidiana?

NO.....1

Sì, ma non gravi..... 2

Sì, gravi.....3

6.3 È affetto da una o più delle seguenti invalidità, anche se non ne ha ottenuto il riconoscimento legale?

(rispondere per ciascun tipo di invalidità)

INVALIDITÀ	È affetto?	A che età è insorta? (età in anni compiuti)	Usa la sedia a rotelle?
1. Cecità	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
2. Sordomutismo	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
3. Sordità	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	
4. Invalidità motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni)	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
5. Invalidità da insufficienza mentale	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>
6. Invalidità da malattia mentale / disturbi del comportamento	NO 1 <input type="checkbox"/>		
	Sì 2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

- Le persone che hanno risposto tutti NO alle domande 6.1, 6.2 e 6.3 passano a Sezione 7.
- Continuare per TUTTI gli altri.

(Per le persone con problemi di salute: Sì a domanda 6.1 o 6.2 o almeno un Sì a domanda 6.3)

6.4 Ha mai presentato domanda per ottenere la certificazione di invalidità?

NO.....1 → passare a domanda 6.7

Sì, ha ottenuto la certificazione..... 2 → Percentuale riconosciuta %

Sì, ma è in attesa di risposta 3

Sì, ma non ha ottenuto la certificazione 4

6.5 Ha mai presentato domanda per ottenere la certificazione di handicap?

NO.....1 → passare a domanda 6.7

Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap grave..... 2

Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap 3

Sì, ma è in attesa di risposta 4

Sì, ma non ha ottenuto la certificazione 5

(Se almeno un Sì a domanda 6.4 o 6.5, gli altri passano a domanda 6.7)

6.6 Per quale problema di salute ha presentato la domanda di invalidità o handicap?

Specificare
.....

(Per le persone con problemi di salute: Sì a domanda 6.1 o 6.2 o almeno un Sì a domanda 6.3)

6.7 Negli ultimi 3 mesi ha usufruito di assistenza prestata, presso il Suo domicilio, da personale sanitario (medici, infermieri, ecc.) della ASL e/o incaricato dalla ASL, ad esempio per medicazioni, per fare terapie, ecc.? (Escludere le visite o le cure del medico di famiglia)

- NO1
Sì, tutti i giorni2
Sì, qualche volta a settimana..... 3
Sì, meno di una volta a settimana.....4

(Se NO)

6.8 Attualmente Lei ritiene di avere bisogno di cure e/o di assistenza sanitaria a domicilio?

- NO 1
Sì 2

6.9 Ha mai presentato domanda per essere ammesso in una residenza sanitaria assistenziale (RSA), cioè in una struttura socio-sanitaria per lungodegenti?

Per RSA si intende una struttura per persone che sono non autosufficienti a causa di problemi di salute non curabili a domicilio

- NO, perché non ne ha la necessità..... 1
NO, perché nella sua zona non ci sono strutture di questo tipo2
Sì, ma è stata rifiutata3
Sì, ma attende una risposta4
Sì, la domanda è stata accettata ma per l'ammissione è ancora in lista di attesa.....5
Altro6

(specificare)

7. PESO, STATURA, DIETA (PER TUTTI)

7.1 Può indicare il suo peso e la sua statura attuali?

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

Peso.....Kg
StaturaCm

7.2 Usa controllare il suo peso?

- Sì, tutti i giorni1
Sì, una o più volte a settimana.....2
Sì, qualche volta al mese3
Sì, qualche volta durante l'anno.....4
NO, mai.....5

7.3 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (con poco sale, dimagrante, vegetariano, ecc.)

- NO 1
Sì 2

(Se Sì)

7.4 La dieta o il regime dietetico le è stato prescritto da un medico?

- NO1
Sì2

7.5 Per quali motivi segue una dieta?

(possibili più risposte)

- Per dimagrire.....1
Per ingrassare2
Per mantenere il peso3
Per prevenire problemi di salute.....4
Per problemi di salute.....5
Per scelta di uno stile alimentare particolare (per motivi culturali, ecc.).....6

7.6 Che tipo di dieta alimentare osserva?

(possibili più risposte)

- Con pochi zuccheri (inclusa dieta per diabetici).....1
Con pochi grassi.....2
Con poco sale3
Vegetariana.....4
Altra dieta5

(specificare)

8. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)

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

- NO1
Sì.....2 -> N. di volte

8.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia o da medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?

(Escludere le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero in un day hospital. Includere le visite di lavoro e sportive)

- NO1 -> passare domanda 8.12
Sì.....2 -> N. di visite

(Se Sì)

8.3 Indicare il numero di visite effettuate nelle ultime 4 settimane, secondo il motivo prevalente

(una risposta per riga)

Table with 2 columns: Codice, Numero di visite. Rows include Malattie o disturbi, Controllo dello stato di salute, Prescrizione di ricette, Certificati o atti amministrativi, Altro.

Riservato al rilevatore

Totale numero di visite N.

La somma delle visite secondo il motivo deve coincidere con il numero dichiarato alla domanda 8.2

8.4 Indicare, per ciascun tipo di visita, se l'ha effettuata nelle ultime 4 settimane, il numero totale di visite, il numero delle visite completamente a sue spese e il numero delle visite a domicilio ove richiesto.

(rispondere per ciascun tipo di visita)

Codice	Tipo di visita	Numero di visite			
		NO	Sì	Totale	- di cui completamente a sue spese
01	Generica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- quante a domicilio →			<input type="text"/>	
02	Pediatrica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- quante a domicilio →			<input type="text"/>	
03	Geriatrica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	Cardiologica	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	Ostetrico-ginecologica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	Oculistica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	Odontoiatrica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	Otorino-laringoiatra	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	Ortopedica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Neurologica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Psichiatrica, psicologica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Urologica	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Gastro-enterologica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Dietologica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Dermatologica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Altra specialistica (specificare).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				
				

(Chi ha fatto SOLO visite generiche o pediatriche passa a domanda 8.12 - gli altri continuano)

8.5 Indicare quale è stata l'ultima visita specialistica anche quando siano state effettuate più visite nello stesso giorno. Escludere le visite generiche e pediatriche (utilizzare i codici del quesito 8.4)

Codice.....

8.6 Secondo il medico che l'ha prescritta si trattava di una visita urgente?

- NO 1
 Sì, urgente 2
 Sì, molto urgente..... 3
 Non è stata prescritta da un medico 4

8.7 Sempre con riferimento all'ultima visita, questa è stata: *(una sola risposta)*

- Completamente gratuita 1
 A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
 - parziale dalla assicurazione privata/aziendale..... 2
 - totale dalla assicurazione privata/aziendale..... 3
 Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket) 4
 Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

8.8 Presso quale tipo di struttura è stata effettuata l'ultima visita?

- Pubblica 1
 Privata convenzionata 2
 Privata non convenzionata 3

8.9 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

- Ha scelto la struttura più vicina..... 01
 Per motivi economici 02
 Ha più fiducia in questa struttura..... 03
 Ha provato a prenotare in un'altra struttura ma avrebbe dovuto aspettare troppo tempo..... 04
 Sapeva che in un'altra struttura avrebbe dovuto aspettare troppo tempo 05
 Ha scelto uno specialista che lavora in questa struttura 06
 Non esistono altre strutture nella sua zona di residenza..... 07
 In questa struttura è possibile fissare l'ora dell'appuntamento 08
 Ha scelto questa struttura perché è più accogliente, confortevole, pulita 09
 Le è stata consigliata da un medico di fiducia o persona di fiducia 10
 Altro..... 11

(specificare)

8.10 È riuscito ad avere la visita più o meno nei giorni per i quali era necessaria oppure ha dovuto aspettare?

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nella precedente visita/ricovero 1 *passare a domanda 8.12*
 NON ho dovuto aspettare..... 2 *domanda 8.12*
 Ho dovuto aspettare 3

(Se ha dovuto aspettare)

8.11 Quanti giorni ha dovuto attendere per essere sottoposto alla visita?

- Fino a 10 giorni..... 1
 Da 11 a 30 giorni..... 2
 Oltre 30 giorni..... 3 → N. di giorni complessivi di attesa.....

(Per TUTTI)

8.12 Fino ad ora abbiamo parlato delle visite effettuate nelle ultime quattro settimane. Pensi ora invece agli ultimi 12 mesi. Quante visite ha effettuato dal medico di famiglia o pediatra? Includa anche quelle che eventualmente ha effettuato nelle ultime 4 settimane

Non ha fatto visite 000
N. di visite nei 12 mesi N.

8.13 Quante visite oculistiche, ortopediche, cardiologiche, ginecologiche o altre visite specialistiche ha effettuato negli ultimi 12 mesi escludendo le visite dentistiche? Includa anche quelle che eventualmente ha effettuato nelle ultime 4 settimane

Non ha fatto visite 00
N. di visite nei 12 mesi N.

9. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

(PER TUTTI)

9.1 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad accertamenti diagnostici (escludendo quelli fatti durante un eventuale ricovero ospedaliero o in day hospital)?

NO 1 → passare a domanda 9.13
Sì 2 → N. di volte

(Se Sì)

9.2 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad esami del sangue?

NO 1 → passare a domanda 9.4
Sì 2 → N. di volte

(Se Sì)

9.3 Facendo riferimento all'ultimo accertamento del sangue, l'esame è stato:

(una sola risposta)
Completamente gratuito 1
A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
- parziale dalla assicurazione privata/aziendale 2
- totale dalla assicurazione privata/aziendale 3
Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket) 4
Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

(Per coloro che hanno risposto Sì a dom. 9.1)

9.4 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad esami delle urine?

NO 1
Sì 2 → N. di volte

9.5 Nelle ultime 4 settimane si è sottoposto ad esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test o altri accertamenti?

NO 1 → passare alla domanda 9.13
Sì 2 → N. di accertamenti

9.6 Facendo riferimento all'ultima volta che ha fatto accertamenti, indichi qual è stato l'ultimo, escludendo gli esami del sangue e delle urine. In caso di più accertamenti nello stesso giorno, si riferisca all'ultimo in ordine di tempo.

Specificare evitando abbreviazioni
.....
.....

9.7 Secondo il medico che lo ha prescritto, si trattava di un accertamento urgente?

NO 1
Sì, urgente 2
Sì, molto urgente 3
Non è stato prescritto da un medico 4

9.8 L'ultimo accertamento è stato:

Completamente gratuito 1
A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
- parziale dalla assicurazione privata/aziendale 2
- totale dalla assicurazione privata/aziendale 3
Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket) 4
Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

9.9 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato?

Pubblica 1
Privata convenzionata 2
Privata non convenzionata 3

9.10 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)
Motivi economici 1
Ha fiducia nella struttura scelta 2
La struttura scelta ha apparecchiature migliori 3
Non esistono altre strutture nella mia zona di residenza 4
Ha provato a prenotare in un'altra struttura ma avrebbe dovuto aspettare troppo tempo 5
Sapeva che in un'altra struttura avrebbe dovuto aspettare troppo tempo 6
Le è stato prescritto un accertamento che non era coperto dal Servizio Sanitario Nazionale 7
In questa struttura è possibile fissare l'ora dell'appuntamento 8
Altro 9

(specificare)

9.11 È riuscito a fare l'accertamento più o meno nei giorni per i quali era necessario oppure ha dovuto aspettare?

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nella precedente visita/ricovero 1 *passare a domanda 9.13*
 NON ho dovuto aspettare 2
 Ho dovuto aspettare 3

(Se ha dovuto aspettare)

9.12 Quanti giorni ha dovuto attendere per effettuare l'accertamento diagnostico?

- Fino a 10 giorni 1
 Da 11 a 30 giorni 2
 Da oltre 30 giorni fino a 60 giorni 3
 Oltre 60 giorni 4 → N. di giorni

(Per TUTTI)

9.13 Fino ad ora abbiamo parlato degli accertamenti diagnostici effettuati nelle ultime quattro settimane. Pensi ora invece agli ultimi 12 mesi. Quanti esami del sangue ha effettuato? Includa anche quelli che ha eventualmente effettuato nelle ultime quattro settimane?

- Non ha fatto esami del sangue 00
 N. di volte nei 12 mesi N.

9.14 Quanti esami delle urine ha effettuato negli ultimi 12 mesi includendo quelli che ha eventualmente effettuato nelle ultime quattro settimane?

- Non ha fatto esami delle urine 00
 N. di volte nei 12 mesi N.

9.15 Quanti esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, ecodoppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test, o altro tipo di accertamento ha effettuato negli ultimi 12 mesi?

- Non ha fatto esami specialistici 00
 N. di esami specialistici nei 12 mesi N.

9.16 Lei è esente dal pagamento del ticket per visite e accertamenti diagnostici?

- NO 1
 Sì, per patologia 2
 Sì, per invalidità 3
 Sì, per reddito 4
 Sì, per altri motivi 5

(specificare)

10. SERVIZI OSPEDALIERI (PER TUTTI)

10.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato per almeno una notte in un ospedale pubblico o privato? (Considerare anche i ricoveri per parto o nascita)

- NO 1 → *passare a domanda 10.3*
 Sì 2 → N. di ricoveri

(Se Sì)

10.2 Per quante notti complessivamente è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi? (Considerare il numero totale di notti di tutti i ricoveri avvenuti nei tre mesi)

- N. di notti

(Per TUTTI)

10.3 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi, quante volte è stato ricoverato? Considerare anche i ricoveri per parto o nascita, includendo anche i ricoveri avvenuti negli ultimi tre mesi

- Nessuna volta 00 → *passare alla Sezione 11*
 N. di ricoveri nei 12 mesi

10.4 Sempre facendo riferimento agli ultimi 12 mesi, per quante notti è stato ricoverato complessivamente?

- Fino a 10 notti 1
 Da 11 a 20 notti 2
 Da 21 a 30 notti 3
 Da 31 a 60 notti 4
 Oltre 60 notti 5 → N. di notti

10.5 Pensi ora all'ultimo ricovero. Quale medico Le ha consigliato di ricoverarsi, indipendentemente da chi poi ha effettuato la richiesta di ricovero?

- Il medico di famiglia o pediatra 1
 Un medico del pronto soccorso dell'ospedale 2
 Un medico specialista di un ospedale 3
 Un medico specialista privato 4
 Altro 5

(specificare)

10.6 Chi ha firmato la richiesta di ricovero?

- Il medico di famiglia o pediatra 1
 Un medico del pronto soccorso dell'ospedale 2
 Un medico specialista dell'ospedale 3
 Altro 4

(specificare)

10.7 Il medico che ha firmato la richiesta di ricovero, lo ha ritenuto urgente?

- NO 1
 Sì, urgente 2
 Sì, molto urgente 3

10.8 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, chi ha scelto l'ospedale in cui ricoverarsi?

- Lei stesso 1
 Un parente o amico 2
 Il medico di famiglia o pediatra 3
 Un medico specialista dell'ospedale 4
 Un medico specialista privato 5
 Il personale del 118/medico del pronto soccorso 6
 Altro 7

(specificare)

10.9 Per quale motivo si è ricoverato?

(possibili più risposte)

- Cure mediche 1
- Incidente/infortunio 2
- Parto o nascita 3
- Accertamenti per controllo dello stato di salute 4
- Intervento chirurgico 5
- Riabilitazione 6
- Altro 7

(specificare)

10.10 In quale tipo di struttura è avvenuto l'ultimo ricovero?

- Pubblica 1
- Privata convenzionata 2
- Privata non convenzionata 3

10.11 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

- Ha fiducia nella competenza dei medici della struttura cui si è rivolto 01
- Per motivi economici 02
- In questa struttura la fila d'attesa era più breve 03
- È una struttura particolarmente attrezzata 04
- Conosce un medico di sua fiducia nella struttura alla quale si è rivolto 05
- È una struttura confortevole 06
- È la struttura più comoda da raggiungere 07
- È l'unica nella zona 08
- Non ha scelto, è stato ricoverato tramite pronto soccorso 09
- Altro 10

(specificare)

ATTENZIONE!

- Le persone ricoverate tramite pronto soccorso (codice 2 a domanda 10.6) passano a domanda 10.14.
- Continuare per TUTTI gli altri

10.12 È riuscito a ricoverarsi più o meno nei giorni per i quali era necessario oppure ha dovuto aspettare?

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nel precedente ricovero/ accertamento/visita 1 *passare a*
- NON ho dovuto aspettare 2 *domanda 10.14*
- Ho dovuto aspettare 3

(Se ha dovuto aspettare)

10.13 Quanto tempo ha dovuto attendere per ottenere l'ultimo ricovero?

- Fino a 10 giorni 1
- Da 11 a 30 giorni 2
- Da oltre 30 giorni fino a 60 giorni 3
- Da oltre 60 giorni fino a 3 mesi 4
- Da oltre 3 mesi fino a 6 mesi 5
- Da oltre 6 mesi fino a un anno 6
- Oltre un anno 7 → N. di mesi

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

10.14 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, la struttura era situata nel suo Comune di residenza

- Sì 1
- NO, in un altro Comune della stessa Provincia 2 *passare a domanda 10.16*
- NO, in un'altra Provincia della stessa Regione 3
- NO, in un'altra Regione 4
- NO, Estero 5

(Se ricoverato in un'altra Regione o Estero)

10.15 Per quale motivo ha scelto una struttura fuori dalla regione di residenza?

(possibili più risposte)

- La struttura era più comoda da raggiungere 1
- La specialità clinica di cui aveva bisogno non era disponibile nella sua regione 2
- Non ha fiducia nelle strutture della sua regione di residenza 3
- Le è stata consigliata da un medico di fiducia 4
- Le è stata consigliata da parenti /conoscenti 5
- L'attesa era troppo lunga, non c'era posto nelle strutture della sua regione 6
- La struttura era più vicina ai suoi familiari o alle persone che potevano assisterLa 7
- Fiducia nella competenza dei medici della struttura 8
- Altro 9

(specificare)

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

10.16 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, è stato:

- Completamente gratuito 1
- A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:
 - parziale dalla assicurazione privata/aziendale 2
 - totale dalla assicurazione privata/aziendale 3
- Completamente a spese sue o della sua famiglia 4

10.17 È stato assistito durante le notti trascorse in ospedale da persone esterne alla struttura, familiari e non, gratuitamente o a pagamento?

NO..... 1 → passare alla Sezione 11

Sì..... 2

(Se Sì)

10.18 Da quali persone?

(possibili più risposte)

Familiari o parenti..... 1

Amici, colleghi, vicini di casa o altre persone non retribuite 2

Personale a pagamento3

11. DAY HOSPITAL

(PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a servizi di day hospital? (Per day hospital si intende il ricovero o i cicli di ricoveri programmati limitati ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento)

NO..... 1

Sì.....2 → N. complessivo di giornate....

11.2 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi per quante giornate è stato ricoverato complessivamente in day hospital?

Nessuna giornata00 → passare alla Sezione 12

N. giornate.....

(Per le persone ricoverate in day hospital negli ultimi 12 mesi)

11.3 Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi, per il ricovero o i ricoveri in day hospital sono state aperte una o più cartelle cliniche?

NO..... 1

Sì..... 2

11.4 Consideri l'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital negli ultimi 12 mesi, per quale motivo vi ha fatto ricorso?

Cure mediche..... 1

Accertamenti per controllo dello stato di salute 2

Intervento chirurgico..... 3

Riabilitazione 4

Altro..... 5

(specificare)

11.5 L'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital negli ultimi 12 mesi, quante ore è durato il ricovero, escludendo il tempo trascorso in sala d'attesa?

Meno di 1 ora 00

N. ore

11.6 In quale tipo di struttura è avvenuto l'ultimo ricovero in day hospital?

Pubblica 1

Privata convenzionata 2

Privata non convenzionata 3

11.7 Consideri l'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital, il ricovero è stato:

Completamente gratuito 1

A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:

- parziale dalla assicurazione

privata/aziendale..... 2

- totale dalla assicurazione

privata/aziendale..... 3

Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket)..... 4

Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

12. INTERVENTI CHIRURGICI

(PER TUTTI)

12.1 Negli ultimi 12 mesi ha subito interventi chirurgici eseguiti in ambulatorio/studio medico, in day hospital o con ricovero in ospedale?

NO 1

Sì 2 → N. di interventi

13. SERVIZI SANITARI DI RIABILITAZIONE

(PER TUTTI)

13.1 Negli ultimi tre mesi si è sottoposto a trattamenti di riabilitazione (fisioterapia, riabilitazione al linguaggio, riabilitazione della vista, massoterapia, laserterapia, ionoforesi, ecc.)?

Escludere i trattamenti avvenuti durante eventuali ricoveri

NO 1 → passare alla Sezione 14

Sì2 → N. di volte complessive

(Se si è sottoposto negli ultimi 3 mesi a trattamenti di riabilitazione)

13.2 Specificare l'ultimo tipo di trattamento, se ha effettuato più trattamenti riferirsi al principale

Specificare

13.3 Consideri l'ultimo ciclo di trattamenti, la prestazione è stata:

Completamente gratuita 1

A sue spese o a spese della sua famiglia con rimborso:

- parziale dalla assicurazione

privata/aziendale..... 2

- totale dalla assicurazione

privata/aziendale..... 3

Parzialmente a pagamento (ha pagato il ticket)..... 4

Completamente a spese sue o della sua famiglia 5

14. ALTRI SERVIZI

(PER TUTTI)

14.1 Negli ultimi 3 mesi si è rivolto ad un consultorio familiare?

NO.....1
 Sì.....2 → N. di volte

14.2 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a centri di assistenza psichiatrica (centri di igiene mentale)?

NO.....1
 Sì.....2 → N. di volte

14.3 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso al pronto soccorso? (Escludere gli episodi seguiti dal ricovero)

NO.....1
 Sì.....2 → N. di volte

14.4 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi quante volte ha fatto ricorso al pronto soccorso? (Escludere gli episodi seguiti dal ricovero)

Nessun ricorso00
 N. di volte

15. TERAPIE NON CONVENZIONALI

(PER TUTTI)

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ, GLI ALTRI VANNO A DOMANDA 15.2)

15.1 Si sente parlare spesso di alcuni tipi di terapie non convenzionali: agopuntura, omeopatia, fitoterapia (cura con piante ed erbe), trattamenti manuali per l'apparato osteoarticolare (osteopatia, chiropratica, ...). Ritieni che siano utili?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Agopuntura.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Omeopatia.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro (<i>specificare</i>).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
.....		

(PER TUTTI)

15.2 Negli ultimi 3 anni ha fatto uso dei seguenti tipi di terapie non convenzionali? Se sì, ne ha fatto uso per la **prima volta** negli ultimi 12 mesi?

(Rispondere per ciascun tipo di terapia non convenzionale)

	Uso negli ultimi 3 anni		<i>(Se Sì)</i> Uso per la prima volta negli ultimi 12 mesi	
	NO	Sì	NO	Sì
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro (<i>specificare</i>)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
.....				
.....				

ATTENZIONE!

- Le persone che **NON** hanno fatto uso di terapie non convenzionali passano alla Sezione 16.
- Continuare per **TUTTI** gli altri.

(Se ha fatto uso di almeno una terapia non convenzionale negli ultimi 3 anni)

15.3 Ritieni di averne avuto benefici?

(una risposta per ogni riga)

	Non ne ha fatto uso	NO	Sì	Sì, solo in parte
Agopuntura.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Omeopatia.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (escluso massaggi estetici).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro (<i>specificare</i>).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
.....				

(Se ha fatto uso di omeopatia o fitoterapia negli ultimi 3 anni)

15.4 Negli ultimi 12 mesi....

Si è curato solo con prodotti omeopatici o fitoterapici..... 1

Si è curato prevalentemente con prodotti omeopatici o fitoterapici ma talvolta è ricorso anche ai farmaci tradizionali..... 2

Si è curato prevalentemente con farmaci tradizionali ma talvolta è ricorso a prodotti omeopatici o fitoterapici..... 3

Non si è curato con prodotti omeopatici o fitoterapici negli ultimi 12 mesi 4

16. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE (PER TUTTI)

16.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto la vaccinazione antinfluenzale?

NO..... 1 Sì.....2

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le persone fino a 2 anni.
- Continuare per le persone di 3 anni e più.

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

17.1 Nel suo tempo libero, pratica, almeno una volta la settimana:

(Leggere tutte le risposte e compilare riga per riga)

(Se sì)

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

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le persone fino a 14 anni.
- Continuare per le persone di 15 anni e più.

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

17.2 Quanto tempo in ore e minuti dedica mediamente alla settimana al lavoro domestico e familiare (facende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti):

Non svolge attività 00 → passare a Sezione 18

N. ore N. minuti

17.3 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

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le persone fino a 17 anni.
- Continuare per le persone di 18 anni e più.

18. PREVENZIONE (PER LE PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)

18.1 Con quale frequenza controlla il colesterolo, la glicemia e la pressione arteriosa?

(una risposta per ogni colonna)

	Colesterolo	Glicemia (zucchero nel sangue)	Pressione arteriosa
Almeno 1 volta al mese.....1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ogni 2-6 mesi.....2	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Una volta l'anno.....3	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ogni 2-4 anni.....4	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ogni 5 anni.....5	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Oltre i 5 anni.....6	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Non ha mai fatto controlli.....7	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

(Se ha effettuato almeno un controllo)

18.2 Generalmente ha effettuato i controlli:

(una risposta per ogni controllo effettuato)

	Colesterolo	Glicemia (zucchero nel sangue)	Pressione arteriosa
Su indicazione medica.....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Per sua iniziativa o di un altro familiare.....4	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altro (<i>specificare</i>).....7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
.....			

(PER TUTTE LE PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)

18.3 Un medico Le ha mai detto che il livello del suo colesterolo era alto e quindi Le ha consigliato un trattamento o una dieta?

NO 1

Sì 2

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per le donne fino a 24 anni e per gli uomini fino a 44 anni.
- Le donne da 25 a 44 anni passano a sezione 19.
- Continuare per TUTTE le persone di 45 anni e più.

PER LE PERSONE DI 45 ANNI E PIÙ)

18.4 Nel corso della sua vita ha mai eseguito analisi per constatare l'eventuale presenza di osteoporosi (es. esami del calcio, calciourinario, MOC, ...), in assenza di disturbi o sintomi?

NO.....1 → andare al riquadro

Sì.....2

(Se Sì)

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

Età (in anni compiuti).....

18.6 A che età ha effettuato l'ultimo accertamento per constatare la presenza di osteoporosi?

Non ho effettuato altri accertamenti dopo il primo00

Età in anni compiuti in cui ha effettuato l'ultimo accertamento

ATTENZIONE!

- Qui finisce il questionario per tutti gli uomini.
- Continuare per le donne di 45 anni e più.

19. PREVENZIONE FEMMINILE

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

19.1 Nel corso della sua vita ha mai eseguito un pap test (o striscio vaginale) in assenza di disturbi o sintomi?

NO.....1 → passare a domanda 19.8

Sì.....2

(Se Sì)

19.2 A che età ha eseguito il primo pap test?

Età (in anni compiuti).....

19.3 Ha eseguito altri pap test dopo il primo?

NO.....1 → passare a domanda 19.6

Sì.....2

(Se Sì)

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

Almeno una volta l'anno 1

Ogni due anni 2

Ogni tre anni 3

Oltre i tre anni 4

19.5 A che età ha effettuato l'ultimo pap test?

Età in anni compiuti in cui ha effettuato l'ultimo pap test.....

19.6 Facendo riferimento all'ultimo pap test, è stato eseguito:

Di propria iniziativa 1

Su consiglio di un medico generico 2

Su consiglio di un medico specialista 3

Su invito di una struttura sanitaria pubblica (programma di screening)..... 4

Altro 5

(specificare)

19.7 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato:

Pubblica.....1

Privata convenzionata 2

Privata non convenzionata 3

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

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

NO.....1 Qui finisce il questionario

Sì.....2

(Se Sì)

19.9 A che età ha eseguito la prima mammografia?

Età (in anni compiuti).....

19.10 Ha eseguito altre mammografie dopo la prima?

NO 1 → passare a domanda 19.13

Sì.....2

(Se Sì)

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

Almeno una volta l'anno 1

Ogni due anni 2

Ogni tre anni 3

Oltre i tre anni 4

19.12 A che età ha effettuato l'ultima mammografia?

Età in anni compiuti in cui ha effettuato l'ultima mammografia.....

Scheda individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda generale)

19.13 Facendo riferimento all'ultima mammografia è stata eseguita:

- Di propria iniziativa 1
- Su consiglio di un medico generico 2
- Su consiglio di un medico specialista 3
- Su invito di una struttura sanitaria pubblica (programma di screening) 4
- Altro 5
-
(specificare)

19.14 Presso quale tipo di struttura è stata effettuata la mammografia:

- Pubblica 1
- Privata convenzionata 2
- Privata non convenzionata 3

RISERVATO AL RILEVATORE

Il componente familiare ha risposto personalmente ai quesiti?

- Sì, senza la presenza di altre persone.....1
- Sì con la presenza di altre persone.....2
- NO, ma era presente.....3
- NO, e non era presente.....4

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie.....**N.**
(cfr. col. 1 della Scheda Generale)

QUESTIONARIO FAMILIARE – PARTE SECONDA

1. AIUTI E SERVIZI DI CUI SI AVVALE LA FAMIGLIA

1.1 La famiglia può contare, in caso di necessità, sull'aiuto di persone NON conviventi?
(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Parenti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Amici.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vicini.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Persone appartenenti ad una associazione di volontariato.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altre persone.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

1.2 La famiglia si è avvalsa (anche se saltuariamente) dell'aiuto delle seguenti persone:
(una risposta per A ed una per B)

A) Assistente domiciliare/sociale, incaricato dal Comune, che svolge attività di aiuto esclusivamente di tipo non sanitario per un anziano o disabile della famiglia (fare la spesa, fare pulizie, ecc.)

NO 1

Sì, parzialmente a spese della famiglia 2 → N. ore

Sì, gratuitamente.....3 → N. ore

B) Assistente domiciliare/sociale, incaricato dalla ASL, che svolge attività di aiuto esclusivamente di tipo non sanitario per un anziano o disabile della famiglia (consegna farmaci, pannoloni, ecc.)

NO 1

Sì, parzialmente a spese della famiglia 2 → N. ore

Sì, gratuitamente.....3 → N. ore

1.3 La famiglia si avvale del servizio a pagamento di:
(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì	Per quante ore a settimana?
Collaboratore/i domestico/i.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	N. ore <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saltuariamente 000 <input type="checkbox"/>
Baby sitter.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	N. ore <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saltuariamente 000 <input type="checkbox"/>
Persona che assiste un anziano o un disabile.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	N. ore <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Saltuariamente 000 <input type="checkbox"/>

2. L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

(Con riferimento all'abitazione principale specificare)

2.1 A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

Affitto e subaffitto..... 1

Proprietà..... 2

Usufrutto..... 3

Titolo gratuito 4

Altro..... 5

2.2 Di quante stanze si compone l'abitazione?

(comprendere anche la cucina se ha caratteristiche di stanza)
N. di stanze

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

NO..... 1

Sì..... 2 → N. di bagni

2.4 L'abitazione dispone di telefono fisso?

NO..... 1

Sì..... 2 → N. di linee telefoniche

2.5 Ci sono dei componenti della famiglia che possiedono il telefono cellulare?

NO..... 1

Sì..... 2

2.6 L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO..... 1

Sì..... 2

Sì, ma inutilizzabile..... 3

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

Seminterrato..... 1

Pianterreno..... 2

Numero di piano

2.8 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

Sì..... 2

2.9 Esiste un ascensore nell'edificio?

NO..... 1

Sì..... 2

QUESTIONARIO FAMILIARE – PARTE SECONDA

2.10 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"/> |

3. RISORSE DELLA FAMIGLIA

3.1 Con riferimento agli ultimi 12 mesi e tenendo presente le esigenze di tutti i componenti della famiglia, come sono state le risorse economiche complessive della famiglia?

- Ottime..... 1
 Adeguate..... 2
 Scarse..... 3
 Assolutamente insufficienti..... 4

3.2 A quanto ammonta approssimativamente il reddito netto complessivo mensile della sua famiglia?

(sommare tutte le entrate nette sue e dei suoi familiari)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|,0|0| in euro approssimativamente

3.3 Lei e la sua famiglia sareste disponibili ad una intervista simile a questa, fra due anni?

- NO..... 1
 Sì..... 2

RISERVATO AL RILEVATORE

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 componente 1

Da più componenti 2

Se le risposte sono state fornite da un solo componente, specificare il numero d'ordine del componente che ha fornito le risposte ai quesiti della Scheda Familiare (cfr. col. 1 della Scheda Generale)..... N. _____

RISERVATO AL RILEVATORE

- da compilare immediatamente dopo l'intervista -

1) Tipo di abitazione

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

2) Disponibilità familiare verso l'intervista

- Sempre scarsa..... 1
 Scarsa all'inizio, migliore in seguito..... 2
 Buona all'inizio, scarsa in seguito..... 3
 Sufficiente..... 4
 Buona..... 5
 Molto interessata..... 6

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

La ricerca è un importante strumento di osservazione delle condizioni di salute della popolazione e concorre alla costruzione di un sistema informativo estremamente utile per chi deve operare in campo sanitario, come operatore, come amministratore o come decisore. Molte delle informazioni (ad es. percezione delle condizioni di salute, psico-fisica) non sono tutte reperibili presso le strutture sanitarie o da altre fonti amministrative, mentre è possibile ottenerle mediante rilevazioni presso le famiglie.

La rilevazione sulle **“Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (cod. Istat 01426)** è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 2004-2006. L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere queste attività di ricerca, ad utilizzare le informazioni nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale esclusivamente a fini statistici e a comunicarle in forma aggregata, in modo tale, cioè, che non se ne possa fare alcun riferimento individuale assicurando in tal modo la massima riservatezza.

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

Ai sensi dell'art. 7, comma 2 del d.lgs. n. 322/1989, l'intervistato potrà decidere se rispondere o meno ai quesiti di natura “sensibile” che riguardano direttamente le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari (*). Le saremo comunque grati se, data l'importanza della ricerca, vorrà fornire tutte le informazioni che le verranno richieste.

Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero 06/59524610 (ore 9,00-13,00).

Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto Nazionale di Statistica, via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile dello stesso è il Direttore della Direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita.

Durante tutto il periodo in cui saranno in corso le operazioni di rilevazione sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs. 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita, via Adolfo Ravà, 150 - 00140 Roma.

(*) L'obbligo di fornire i dati richiesti sussiste solo per i quesiti di seguito indicati:

- questionario individuale: tutti i quesiti delle sezioni 1, 2, 3, 4; i quesiti 7.1 e 7.2; tutti i quesiti della sezione 16;

- questionario familiare: tutti i quesiti della parte seconda.

- questionario per autocompilazione: tutti i quesiti delle sezioni 6 e 7; i quesiti da 8.1 a 8.6, il quesito 8.8, i quesiti da 8.10 a 8.12, da 8.18 a 8.20, da 8.22 a 8.29; i quesiti da 9.1 a 9.4, da 9.6 a 9.7, da 9.10 a 9.15; tutti i quesiti della sezione 10 tranne il 10.3.

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322 e successive modificazioni ed integrazioni “Norme sul Sistema statistico nazionale e sull'organizzazione dell'Istituto Nazionale di Statistica” - articoli 6bis (trattamenti di dati personali), 7 (obbligo di fornire dati statistici), 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), 13 (programma statistico nazionale);

- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” - articoli 2 (finalità), 4 (definizioni), 7-10 (diritti dell'interessato), 13 (informativa), 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), 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. A3 al Codice in materia di protezione dei dati personali – d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196);

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2004 - Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004 - 2006 (Suppl.ord. n. 134 alla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2004 - serie generale – n.177);

- Decreto del Presidente della Repubblica 14 luglio 2004 - Approvazione delle rilevazioni statistiche rientranti nel Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004 - 2006 che comportano l'obbligo di risposta, ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 6 settembre 1989 n. 322 (G.U. n. 188 del 12 agosto 2004).