

INFORMAZIONI SULLA RILEVAZIONE

L'Istat svolge questa ricerca dal 1980, con periodicità pressoché quinquennale, per conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di accesso ai servizi sanitari. Gli indicatori derivanti da tale indagine concorrono a costruire un sistema informativo estremamente utile per chi deve operare o chi deve decidere in campo sanitario. Molte delle informazioni (ad es. percezione delle condizioni di salute psico-fisica) non sono tutte reperibili dalle fonti amministrative, mentre è possibile ottenerle mediante rilevazioni presso le famiglie, così come avviene in molti altri Paesi dell'Unione Europea o dell'OCSE.

La rilevazione sulle “**Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari**” (codd. IST-02067 e IST-02153) è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 2011-2013. L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere queste attività di ricerca. Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistici, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

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

L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n 196/2003). **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 verde (gratuito) **800.085503** il martedì e il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

Il titolare del trattamento dei dati personali oggetto della presente indagine è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, al quale è possibile rivolgersi per conoscere l'elenco completo dei responsabili.

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 delle statistiche socio-demografiche e ambientali, viale Liegi, 13 – 00198 Roma.

INDAGINE  
STATISTICA  
MULTISCOPO  
SULLE FAMIGLIE

CONDIZIONI DI SALUTE  
E RICORSO AI SERVIZI  
SANITARI 2012 - 2013

6	CODICE INTERVISTATORE	<div><div></div><div></div><div></div></div>
---	-----------------------	--

7	Data di consegna all'ufficio del Comune	<div><div></div><div></div></div> Giorno	<div><div></div><div></div></div> Mese	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> Anno
	<b>L'INTERVISTATORE</b>			
	..... (Cognome e nome leggibili)			
	Visto per la revisione <b>IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE</b> .....			

A	MESE .....	<div><div></div><div></div></div>
---	------------	-----------------------------------

1	Provincia	<div><div></div><div></div><div></div></div>
	Comune	<div><div></div><div></div><div></div></div>
	Sezione di Censimento	..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

2	<b>(a cura del Comune)</b> Numero <u>progressivo</u> della famiglia intervistata	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	Da 0001 al totale delle famiglie intervistate nel trimestre	

3	Numero d'ordine della famiglia nell'elenco <u>Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco</u>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	Da 00001 al totale delle famiglie nell'elenco nel trimestre	

4	Numero dei componenti la famiglia <u>anagrafica</u>	<div><div></div><div></div></div>
	(Riga 4 <u>del Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco</u> )	

5	Numero dei <u>componenti</u> la famiglia attuale	<div><div></div><div></div></div>



## CODICI DA UTILIZZARE PER LA SCHEDA GENERALE

### Col. 1 Numero d'ordine dei componenti

N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)

### Col. 2 Sesso

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

### Col. 3 Età (in anni compiuti)

### Col. 4 Relazione di parentela con PR

PR (persona di riferimento del questionario) .....01  
Coniuge di 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 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 Posizione con riferimento all'indirizzo della famiglia anagrafica

Dimorante  
- abitualmente presente.....1  
- temporaneamente assente.....2

### Col. 6 Anno di nascita

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

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

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

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

Dottorato di ricerca ..... 01  
Laurea di 4 anni o più (nuova laurea specialistica/ magistrale a ciclo unico o vecchio ordinamento), Master di secondo livello o Scuola di specializzazione post-laurea ..... 02  
Laurea specialistica/magistrale di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento) ..... 03  
Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento) o Master di primo livello ..... 04  
Diploma universitario (incluso diploma di Scuola diretta a fini speciali o di Scuola Parauniversitaria) ..... 05  
Diploma terziario extrauniversitario:  
(Diploma accademico di I e II livello di Alta Formazione Artistica e Musicale, Accademia di danza/belle arti/arte drammatica, Conservatori/Istituti musicali, Istituti per le industrie artistiche; Diploma di Scuola superiore per mediatori linguistici/interpreti e traduttori, Scuola di archivistica paleografica e diplomatica) ..... 06  
Diploma di scuola superiore di 4-5 anni ..... 07  
Diploma di scuola superiore di 2-3 anni (incluso attestato di qualifica professionale di 2-3 anni)..... 08  
Licenza media (o avviamento professionale)..... 09  
Licenza elementare (o valutazione finale equivalente) ..... 10  
Nessun titolo - sa leggere e scrivere ..... 11  
Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere..... 12

### Col. 9 Condizione attuale, unica o prevalente

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

### Col. 10 Fonte principale di reddito (15 anni e più)

Reddito da lavoro dipendente ..... 1  
Reddito da lavoro autonomo .....2  
Pensione .....3  
Indennità e provvidenze varie .....4  
Redditi patrimoniali .....5  
Mantenimento da parte dei familiari .....6

### Col. 11 Anno matrimonio attuale

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

### Col. 12 Stato civile precedente al matrimonio attuale

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

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

Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

**1. DATI ANAGRAFICI** (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita        
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso

Maschio ..... 1 ☐

Femmina ..... 2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune di residenza ..... 1 ☐ → andare a dom. 1.6

Altro Comune italiano ..... 2 ☐ Prov. ....  
(specificare)

Cod. Prov.    → andare a  
Vedi Appendice F dom. 1.6

Stato estero ..... 3 ☐ .....  
(specificare)

Cod. Stato estero     
Vedi Appendice G

(Se nato all'estero)

1.5 Da quanti anni complessivamente vive in Italia?  
(Escludere i periodi trascorsi all'estero superiori ad un anno)

(PER TUTTI)

1.6 Cittadinanza

Italiana ..... 1 ☐ → andare a dom.1.7

Straniera ..... 2 ☐ .....  
(specificare)

Cod. Stato    → andare a  
vedi Appendice G Sez. 2

Apolide ..... 3 ☐ → andare a Sez. 2

(Se la cittadinanza   italiana)

1.7 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO ..... 1 ☐

S  ..... 2 ☐ → andare a Sez. 2

(Se NO)

1.8 Qual era la sua cittadinanza precedente?

Cittadinanza .....  
(specificare)

Codice stato estero .....     
Vedi Appendice G

**2. LA FAMIGLIA DI ORIGINE** (PER TUTTI)

2.1 Sua madre e suo padre vivono con Lei, in questa famiglia?

(rispondere per ciascuna colonna)

	Madre	Padre
Si, vive con me .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
No, vive in altra abitazione .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
No, vive in casa di riposo o in una residenza sanitaria assistenziale (RSA) .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
No, � deceduto .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Et� al decesso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(Se almeno uno dei due genitori vive altrove o   deceduto)

2.2 Potrebbe dirmi l'anno e il luogo di nascita dei suoi genitori?

(rispondere per ciascuna colonna)

	Madre (se vive altrove o � deceduta)	Padre (se vive altrove o � deceduto)
a) Anno di nascita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Luogo di nascita		
Italia .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
COD. PROV. Vedi appendice F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Estero .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
COD.STATO ESTERO Vedi appendice G	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**3. FORMAZIONE** (PER TUTTI)

3.1 E' attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?

NO ..... 01 ☐

S , specificare quale:

Dottorato di ricerca ..... 02 ☐

Corso di laurea di 4 anni o pi , laurea specialistica di 2 anni, master di secondo livello e scuola di specializzazione post laurea ..... 03 ☐

Corso di laurea di 3 anni (nuovo ordinamento), corso di diploma universitario, master di primo livello ..... 04 ☐

Corso terziario extra-universitario ..... 05 ☐

Scuola media superiore di 4-5 anni (che permette l'iscrizione all'Universit ) ..... 06 ☐

Scuola media superiore di 2-3 anni (che non permette l'iscrizione all'Universit ) ..... 07 ☐

Scuola secondaria di primo grado (media inferiore) ..... 08 ☐

Scuola primaria (scuola elementare) ..... 09 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna) ..... 10 ☐

Asilo nido ..... 11 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**4. DISTURBI, MALATTIE O INCIDENTI (PER TUTTI)**

ORA LE RIVOLGERÒ ALCUNE DOMANDE RELATIVE ALLE SUE CONDIZIONI DI SALUTE

4.1 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, ecc.).

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

NO.....1 ☐  
Sì.....2 ☐

Se Sì specificare quali:

.....  
.....  
.....

4.2 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 ☐  
Sì.....2 ☐ } andare al riquadro

**ATTENZIONE!**

Le persone che **NON** hanno avuto né malattie (cod. 1 a domanda 4.1), né ferite, ecc. (cod. 1 a dom. 4.2), vanno a Sezione 5. Continuare per gli altri.

(Se ha avuto malattie, traumi, fratture, ecc.)

4.3 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?

NO.....1 ☐ → andare a Sezione 5

Sì.....2 ☐ N. di giorni   
di cui a letto

se non occupato  
andare a Sez. 5

(Solo per chi è occupato, cod.1 a col.9 della scheda generale)

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

NO.....1 ☐  
Sì.....2 ☐ N. di giorni

**5. INVALIDITÀ E DANNI PERMANENTI (PER TUTTI)**

5.1 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		
1. Cecità	NO 1 <input type="checkbox"/>	Sì 2 <input type="checkbox"/>
2. Sordomutismo	NO 3 <input type="checkbox"/>	Sì 4 <input type="checkbox"/>
3. Sordità	NO 5 <input type="checkbox"/>	Sì 6 <input type="checkbox"/>
4. Invalidità motoria (mancanza o paralisi di uno o più arti, anchilosi di una o più articolazioni)	NO 7 <input type="checkbox"/>	Sì 8 <input type="checkbox"/>
5. Invalidità da insufficienza mentale	NO 1 <input type="checkbox"/>	Sì 2 <input type="checkbox"/>
6. Invalidità da malattia mentale/ disturbi del comportamento	NO 3 <input type="checkbox"/>	Sì 4 <input type="checkbox"/>

5.2 Ha avuto incidenti che le hanno causato dei danni permanenti alla salute?

NO.....1 ☐  
Sì.....2 ☐

5.3 Ha problemi di salute gravi causati da malformazioni o danni permanenti causati da malattie congenite?

NO.....1 ☐  
Sì.....2 ☐

**6. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)**

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

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

NO.....1 ☐ → andare dom. 6.4  
Sì.....2 ☐ → N. di visite

(Se ha fatto visite mediche nelle ultime quattro settimane)

6.2 Mi può indicare il motivo prevalente delle visite effettuate nelle ultime 4 settimane?

(rispondere per ciascun motivo)

	Codice	Numero di visite
Malattie o disturbi .....	1 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi .....	2 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prescrizione di ricette.....	3 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Certificati o atti amministrativi.....	4 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Altro .....	5 <input type="checkbox"/>	→ N. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**6.3** 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	Visite		Numero	
		NO	Sì	Totale	- di cui completamente a sue spese
01	<b>Generica</b> (Medico di famiglia o pediatra di base)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- quante a domicilio →			<input type="text"/>	
	<b>Specialistica</b>				
02	Pediatrica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<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-laringoiatrica	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"/>

**6.4** Fino ad ora abbiamo parlato delle visite effettuate nelle ultime quattro settimane. Pensi invece agli ultimi 12 mesi. Quante visite specialistiche (oculistiche, ortopediche, cardiologiche, ginecologiche, ecc.) ha effettuato negli ultimi 12 mesi, escludendo le visite dentistiche? Includa anche quelle che eventualmente ha effettuato nelle ultime 4 settimane.

Nessuna ..... 000 ☐ → andare a dom. 6.12

N. di visite specialistiche nei 12 mesi ... N.

(Se ha fatto visite specialistiche negli ultimi 12 mesi)

**6.5** Qual è stata l'ultima visita specialistica? Quando siano state effettuate più visite nello stesso giorno, pensi all'ultima. (Utilizzare i codici del quesito 6.3. Escludere le visite generiche)

Codice .....

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

- Ambulatorio pubblico (Ospedaliero o della ASL) 1 ☐  
 Ambulatorio privato convenzionato.....2 ☐  
 Ambulatorio privato (studio privato).....3 ☐

**6.7** Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?  
(possibili più risposte)

- Ha scelto la struttura più vicina..... 1 ☐  
 Per non pagare o pagare di meno ..... 2 ☐  
 Ha più fiducia in questa struttura o le è stata consigliata..... 3 ☐  
 Avrebbe dovuto aspettare troppo tempo per prenotare in un'altra struttura del SSN..... 4 ☐  
 Ha scelto uno specialista che lavora in questa struttura ..... 5 ☐  
 Non esistono altre strutture nella sua zona di residenza ..... 6 ☐  
 Ha scelto questa struttura perché è più accogliente o è possibile fissare l'ora dell'appuntamento ..... 7 ☐  
 Altro ..... 8 ☐

**6.8** Sempre con riferimento all'ultima visita:  
(una sola risposta)

- Non ha pagato nulla ..... 1 ☐  
 Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN)..... 2 ☐  
 Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3 ☐  
 Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4 ☐

**6.9** Ha dovuto aspettare per effettuare la visita nei giorni per i quali era necessaria?

- NO, la data mi era stata comunicata nella precedente visita/ricovero dalla struttura o dal medico.....1 ☐ } andare a dom.  
 NO, NON ho dovuto aspettare .....2 ☐ } 6.11  
 Sì, ho dovuto aspettare perché volevo una struttura di mio gradimento..... 3 ☐  
 Sì, ho dovuto aspettare perché non avevo alternativa ..... 4 ☐

(Se ha dovuto aspettare)

**6.10** Quanti giorni ha dovuto aspettare per essere sottoposto alla visita, rispetto a quando ne aveva bisogno?

N. di giorni di attesa.....

(Se ha fatto visite specialistiche negli ultimi 12 mesi)

**6.11** Sempre con riferimento all'ultima visita complessivamente quanto si ritiene soddisfatto, indipendentemente dall'esito? (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10



(Per TUTTI)

- 6.12 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno? (Escludere le visite dentistiche)

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. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (PER TUTTI)

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

NO.....1 ☐ → andare a dom. 7.6

Sì.....2 ☐ → N. di volte

(Se si è sottoposto ad accertamenti diagnostici)

- 7.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto esami del sangue?

NO.....1 ☐ → andare a dom. 7.4

Sì.....2 ☐ → N. di volte

(Se Sì)

- 7.3 Facendo riferimento all'ultimo esame del sangue:

(una sola risposta)

Non ha pagato nulla.....1 ☐

Ha pagato il ticket

(consegnando la ricetta rossa del SSN).....2 ☐

Ha pagato interamente

(senza rimborsi dall'assicurazione).....3 ☐

Ha pagato interamente con rimborso parziale

o totale dall'assicurazione privata/aziendale.....4 ☐

(Se si è sottoposto ad accertamenti diagnostici)

- 7.4 Nelle ultime 4 settimane ha fatto esami delle urine?

NO.....1 ☐

Sì.....2 ☐ → N. di volte

- 7.5 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 ☐

Sì.....2 ☐ → N. di accertamenti

(Per TUTTI)

- 7.6 Fino ad ora abbiamo parlato degli accertamenti diagnostici effettuati nelle ultime 4 settimane. Pensi ora invece agli ultimi 12 mesi. Quanti esami del sangue ha effettuato? Includa anche quelli che ha eventualmente effettuato nelle ultime 4 settimane.

Non ha fatto esami del sangue .. 00 ☐ → andare a dom. 7.7

N. di volte nei 12 mesi.....N.

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

Non ha fatto esami specialistici .. 00 ☐ → andare a dom. 7.15

N. di esami specialistici nei 12 mesi.....N.

(Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)

- 7.8 Facendo riferimento all'ultimo esame specialistico, anche quando siano stati effettuati più esami specialistici nello stesso giorno, mi dica quale è stato l'ultimo. Escludere gli esami del sangue e delle urine.

Specificare evitando abbreviazioni.....

- 7.9 Per l'ultimo esame specialistico:

Non ha pagato nulla.....1 ☐

Ha pagato il ticket

(consegnando la ricetta rossa del SSN).....2 ☐

Ha pagato interamente

(senza rimborsi dall'assicurazione).....3 ☐

Ha pagato interamente con rimborso parziale

o totale dall'assicurazione privata/aziendale.....4 ☐

- 7.10 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato l'ultimo esame specialistico?

Ambulatorio pubblico ospedaliero o ASL.....1 ☐

Ambulatorio (clinica) privato convenzionato.....2 ☐

Ambulatorio (clinica o studio) privato.....3 ☐

- 7.11 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura? (possibili più risposte)

Per non pagare o pagare di meno.....1 ☐

Ha fiducia nella struttura scelta.....2 ☐

La struttura scelta ha apparecchiature migliori.....3 ☐

Non esistono altre strutture nella mia zona di

residenza.....4 ☐

Avrebbe dovuto aspettare troppo tempo per

prenotare in un'altra struttura del SSN.....5 ☐

Ha scelto questa struttura perché è più accogliente

o è possibile fissare l'ora dell'appuntamento.....6 ☐

Altro.....7 ☐

- 7.12 Ha dovuto aspettare per effettuare l'esame specialistico nei giorni per i quali era necessario?

NO, la data mi era stata comunicata

nella precedente visita/ricovero

dalla struttura o dal medico.....1 ☐

NO, NON ho dovuto aspettare.....2 ☐

Sì, ho dovuto aspettare perché

volevo una struttura di mio gradimento.....3 ☐

Sì, ho dovuto aspettare perché non

avevo alternativa.....4 ☐

andare a dom. 7.14

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**(Se ha dovuto aspettare)**

7.13 Quanti giorni ha dovuto aspettare per essere sottoposto all'esame specialistico rispetto a quando ne aveva bisogno?

N. di giorni .....

**(Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)**

7.14 Sempre con riferimento all'ultimo esame specialistico, complessivamente quanto si ritiene soddisfatto indipendentemente dall'esito? (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

**(Per TUTTI)**

7.15 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche esame specialistico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) 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)**

## 8. SPESE SANITARIE PER VISITE E ACCERTAMENTI

**(PER TUTTI)**

8.1 Lei è esente dal pagamento del ticket per visite e accertamenti diagnostici (ossia ha un documento dal quale risulta il codice di esenzione)?

NO ..... 1 ☐

Sì, esenzione totale

(NON paga nulla per tutte le prestazioni) ..... 2 ☐

Sì, esenzione parziale

(NON paga per alcune prestazioni) ..... 3 ☐

8.2 Consideri gli ultimi 12 mesi, saprebbe dire, anche indicativamente, quanto ha speso complessivamente per le visite specialistiche, escludendo le visite dentistiche?

Non ha fatto visite specialistiche ..... 1 ☐

Non ha speso nulla ..... 2 ☐

Ha sostenuto delle spese ..... 3 ☐

Spesa complessiva €

di cui spesa per ticket €

8.3 Sempre con riferimento agli ultimi 12 mesi, saprebbe dire, anche indicativamente, quanto ha speso complessivamente per le analisi del sangue?

Non ha fatto analisi del sangue ..... 1 ☐

Non ha speso nulla ..... 2 ☐

Ha sostenuto delle spese ..... 3 ☐

Spesa complessiva €

di cui spesa per ticket €

8.4 Sempre con riferimento agli ultimi 12 mesi, saprebbe dire, anche indicativamente, quanto ha speso complessivamente per gli accertamenti specialistici (radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, o altro tipo di accertamento, ecc.)?

Non ha fatto accertamenti specialistici ..... 1 ☐

Non ha speso nulla ..... 2 ☐

Ha sostenuto delle spese ..... 3 ☐

Spesa complessiva €

di cui spesa per ticket €

**andare a Sez. 9**

## 9. SERVIZI OSPEDALIERI

**(PER TUTTI)**

9.1 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 ☐

Sì ..... 2 ☐

N. di ricoveri

N. complessivo di notti

9.2 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi, quante volte è stato ricoverato? Considerare anche i ricoveri per parto o nascita. Includere anche i ricoveri avvenuti negli ultimi 3 mesi.

Nessuna volta ..... 00 ☐

N. di ricoveri nei 12 mesi .....

N. complessivo di notti nei 12 mesi .....

**(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)**

9.3 Negli ultimi 12 mesi quanto ha speso complessivamente per i ricoveri ospedalieri?

Nessuna spesa ..... 00 ☐

Spesa complessiva ..... €

9.4 Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi pensi ora all'ultimo ricovero. 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)**

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

Ospedale o istituto di cura pubblico ..... 1 ☐

Ospedale o casa di cura convenzionata ..... 2 ☐

Casa di cura privata (clinica privata) ..... 3 ☐

9.6 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero (escludere le eventuali spese per la stanza):

Non ha pagato nulla ..... 1 ☐

Ha pagato interamente (senza rimborsi) ..... 2 ☐

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 3 ☐



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

(col. 1 della Scheda Generale)

**9.7 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 non pagare o pagare di meno ..... 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 ☐
- Ricoverato tramite 118 ..... 09 ☐ → **andare a dom. 9.12**
- Altro ..... 10 ☐

**9.8 Sempre con riferimento all'ultimo ricovero, ha dovuto aspettare per ricoverarsi nei giorni per i quali era necessario?**

- La data mi è stata comunicata dalla struttura o dal medico nel precedente ricovero/accertamento/visita ..... 1 ☐ } **andare a dom. 9.12**
- NON ho dovuto aspettare ..... 2 ☐ }
- Ho dovuto aspettare perché volevo una struttura di mio gradimento ..... 3 ☐
- Ho dovuto aspettare perché non avevo alternativa ... 4 ☐

*(Se ha dovuto aspettare)*

**9.9 Quanti giorni ha dovuto aspettare per ricoverarsi, rispetto a quando ne aveva bisogno?**

N. di giorni

*(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)*

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

- Sì ..... 1 ☐ } **andare a dom. 9.12**
- NO, in un altro Comune della stessa Provincia ..... 2 ☐ }
- NO, in un'altra Provincia della stessa Regione ..... 3 ☐ }
- NO, in un'altra Regione ..... 4 ☐
- NO, all'Estero ..... 5 ☐

*(Se ricoverato in un'altra Regione o all'Estero)*

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

*(possibili più risposte)*

- La struttura era vicina/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 ..... 3 ☐
- Ha fiducia nella competenza dei medici di questa struttura ..... 4 ☐
- Le è stata consigliata da un medico di fiducia ..... 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 ☐
- Perché si trovava fuori per studio/lavoro/vacanza .... 8 ☐
- Altro ..... 9 ☐

*(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)*

**9.12 Con riferimento all'ultimo ricovero, complessivamente quanto si ritiene soddisfatto? (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto)**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

**10. DAY HOSPITAL  
DAY SURGERY**

*(PER TUTTI)*

**10.1 Negli ultimi 3 mesi ha avuto ricoveri ospedalieri durati meno di 24 ore, prevalentemente senza pernottamento (ovvero in day hospital /day surgery)?**

NO ..... 1 ☐

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

**10.2 Facendo riferimento invece agli ultimi 12 mesi per quante giornate è stato ricoverato complessivamente in day hospital/day surgery?**

Nessuna giornata ..... 00 ☐ → **andare a Sez. 11**

N. giornate .....

*(Per le persone ricoverate in day hospital nei 12 mesi)*

**10.3 Consideri l'ultima volta che ha fatto ricorso a questo tipo di ricovero 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)*

**10.4 Consideri l'ultima volta che è stato ricoverato in day hospital/day surgery:**

- Non ha pagato nulla ..... 1 ☐
- Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN) ..... 2 ☐
- Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3 ☐
- Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4 ☐

**10.5 Con riferimento all'ultimo ricovero in day hospital/day surgery complessivamente quanto si ritiene soddisfatto, indipendentemente dall'esito? (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto)**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

**11. INTERVENTI CHIRURGICI**

*(PER TUTTI)*

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

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐ → N. di interventi





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

(col. 1 della Scheda Generale)

**15. TERAPIE NON CONVENZIONALI (PER TUTTI)**

**15.1** Negli ultimi 3 anni ha fatto uso dei seguenti tipi di terapie non convenzionali? Se sì, ne ha fatto uso negli ultimi 12 mesi?

(rispondere per ciascuna terapia non convenzionale)

	Uso negli ultimi 3 anni		(Se Sì) Uso 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 (specificare)	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 negli ultimi 12 mesi passano alla Sezione 16. Continuare per TUTTI gli altri.

(Se ha usato terapie non convenzionali negli ultimi 12 mesi)

**15.2** Per ciascuna terapia indicare se ha intenzione di continuare a farne uso

(rispondere per riga)

	NO	Sì	Non ne ho fatto uso
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

(Se Sì alle corrispondenti terapie non convenzionali)

**15.3** Per quale motivo continuerà a farne uso?

(rispondere per riga)

	Risposta non dovuta	Perché ne ho ricevuto benefici	Perché preferisco rimedi naturali	Per altri motivi
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Se NO alle corrispondenti terapie non convenzionali)  
**15.4** Per quale motivo non continuerà a farne uso?

(rispondere per riga)

	Risposta non dovuta	Perché non ne ho ricevuto benefici	Perché costa troppo	Per altri motivi
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Per chi ha fatto uso di terapie negli ultimi 12 mesi)

**15.5** Indicare la spesa complessiva per prodotti o terapie non convenzionali negli ultimi 12 mesi

Spesa complessiva €

di cui per ticket €

**16. PESO, STATURA, DIETA (PER TUTTI)**

**16.1** Può indicare il suo peso e la sua statura attuali?

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

Peso ..... Kg

Statura ..... Cm

**16.2** Usa controllare il suo peso?

- Sì, tutti i giorni ..... 1 ☐  
 Sì, una o più volte a settimana ..... 2 ☐  
 Sì, qualche volta al mese ..... 3 ☐  
 Sì, qualche volta durante l'anno ..... 4 ☐  
 NO, mai ..... 5 ☐

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

NO ..... 1 ☐ → andare a dom. 16.7

Sì ..... 2 ☐

(Se segue una dieta o un regime dietetico)

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

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

**16.5** Per quali motivi segue una dieta?

(possibili più risposte)

- Per dimagrire ..... 1 ☐  
 Per mantenere il peso ..... 2 ☐  
 Per prevenire problemi di salute ..... 3 ☐  
 Per allergie/ intolleranza alimentari ..... 4 ☐  
 Per problemi di salute ..... 5 ☐  
 Per scelta di uno stile alimentare particolare (per motivi culturali, ecc.) ..... 6 ☐

**16.6 Che tipo di dieta alimentare osserva?**

**(possibili più risposte)**

- (possibili più risposte)*
- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| Con pochi zuccheri ( <i>inclusa dieta per diabetici</i> ) ..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Con pochi grassi .....  | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Con poco sale .....   | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Priva di glutine ( <i>per celiaci</i> ) .....                   | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Con poche proteine ( <i>es: per problemi renali</i> ) .....     | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Vegetariana .....   | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Con proteine e verdura .....                                    | 7 | <input type="checkbox"/> |
| Altra dieta .....   | 8 | <input type="checkbox"/> |

**(specificare)**

**16.7 Negli ultimi 12 mesi quanto ha speso per prodotti dietetici?**

- Non ha speso nulla ..... 1 ☐ → andare a riquadro  
Ha sostenuto delle spese ..... 2 ☐
- ↳ Spesa complessiva € [ ][ ] . [ ][ ][ ], [0][0]  
di cui spesa per ticket € [ ][ ] . [ ][ ][ ] . [0][0]

## ATTENZIONE!

**Qui FINISCE IL QUESTIONARIO per le persone fino a 14 anni. Tutti gli altri continuano.**

## 17. PREVENZIONE

**(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)**

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

*(una risposta per ogni colonna)*

	<b>Cole-sterolo</b>	<b>Glicemia</b> (zucchero nel sangue)	<b>Pressione arteriosa</b>
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)**

**17.2 Generalmente ha effettuato i controlli:**

**Generalmente da effettuare i controlli**  
**(una risposta per ogni controllo effettuato)**

	<b>Cole-sterolo</b>	<b>Glicemia</b> (zucchero nel sangue)	<b>Pressione arteriosa</b>
Su indicazione medica	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Su sua iniziativa o di un altro familiare	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altro .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**(specificare)**

**(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)**

17.3 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 ☐ } andare al  
Sì .....2 ☐ riquadro

## ATTENZIONE!

- Le donne dai 25 ai 44 anni vanno a Sez. 18.
- Le donne fino a 24 anni e gli uomini fino a 44 anni vanno a Sez. 19.
- Le persone di 45 anni e più CONTINUANO.

**(PER LE PERSONE DI 45 ANNI E PIÙ)**

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

- NO ..... 1 ☐ → andare a dom. 17.7  
Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

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

Età (in anni compiuti) | | |

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

Non ho effettuato altri accertamenti dopo il primo ....00 ☐

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

**17.7 Ha mai fatto un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci oppure una rettosigmoidoscopia o colonscopia a scopo preventivo?**

(La rettosigmoidoscopia si differenzia dalla colonscopia, perché non prevede l'assunzione per bocca di un purgante, come preparazione, la sera precedente)

- NO ..... 1 ☐ → andare al riquadro a  
Sì ..... 2 ☐ pag. successiva

**(Se Si)**

**17.8** Quando ha fatto l'ultima volta i seguenti esami?

**(una risposta per ogni colonna)**

	Ricerca del sangue occulto	Retto- sigmoido- scopia	Colon- scopia
Negli ultimi 12 mesi	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tra 1 e 2 anni fa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tra 2 e 5 anni fa	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tra 6 e 10 anni fa	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Più di 10 anni fa	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mai fatto	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>



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

(col. 1 della Scheda Generale)

**17.9** Facendo riferimento all'ultimo esame, 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 ☐

**ATTENZIONE!**

- Gli uomini vanno a Sez. 19  
 - Le donne CONTINUANO

**18. PREVENZIONE FEMMINILE**

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

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

- NO ..... 1 ☐ → andare a dom. 18.8  
 Sì ..... 2 ☐

(Se Sì)

**18.2** A che età ha eseguito il primo pap test?

Età (in anni compiuti) .....

**18.3** Ha eseguito altri pap test dopo il primo?

- NO ..... 1 ☐ → andare a dom. 18.6  
 Sì ..... 2 ☐

(Se Sì)

**18.4** 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 ☐

**18.5** Quando ha effettuato l'ultima pap test?

Anno     e possibilmente Mese

**18.6** 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)

**18.7** Presso quale tipo di struttura è stato effettuato:

- Ambulatorio pubblico ospedaliero o ASL ..... 1 ☐  
 Ambulatorio (clinica) privato convenzionato ..... 2 ☐  
 Ambulatorio (clinica o studio) privato ..... 3 ☐

(PER TUTTE LE DONNE)

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

- NO ..... 1 ☐ → andare a Sez. 19  
 Sì ..... 2 ☐

(Se Sì)

**18.9** A che età ha eseguito la prima mammografia?

Età (in anni compiuti) .....

**18.10** Ha eseguito altre mammografie dopo la prima?

- NO ..... 1 ☐ → andare a dom. 18.13  
 Sì ..... 2 ☐

(Se Sì)

**18.11** 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 ☐

**18.12** Quando ha effettuato l'ultima mammografia?

Anno     e possibilmente Mese

**18.13** 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)

**18.14** Presso quale tipo di struttura è stata effettuata la mammografia:

- Ambulatorio pubblico ospedaliero o ASL ..... 1 ☐  
 Ambulatorio (clinica) privato convenzionato ..... 2 ☐  
 Ambulatorio (clinica o studio) privato ..... 3 ☐

**19. SITUAZIONE LAVORATIVA**

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

ORA LE VORREMMO RIVOLGERE ALCUNE DOMANDE SULLA SUA SITUAZIONE LAVORATIVA

**19.1** Da lunedì a domenica della settimana scorsa ha svolto almeno un'ora di lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare. (Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto)

- NO ..... 1 ☐  
 Sì ..... 2 ☐ → andare a dom. 19.3  
 Permanentemente inabile al lavoro ..... 3 ☐ → andare a Sez. 20



(Se NO)

- 19.2 Sempre da lunedì a domenica della settimana scorsa, aveva comunque un lavoro che non ha svolto (ad esempio: per ridotta attività, per malattia, per vacanza, per cassa integrazione guadagni, ecc.)? Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.

(Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto)

NO.....1 ☐ → andare a Sez. 20  
Sì.....2 ☐

(Se SÌ)

- 19.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, Lei svolge un lavoro:

Alle dipendenze ..... 1 ☐ → andare a dom. 19.5

Di collaborazione coordinata

e continuativa (con o senza progetto) ... 2 ☐ } andare a

Di prestazione d'opera occasionale..... 3 ☐ dom. 19.8

Autonomo come:

Imprenditore ..... 4 ☐

Libero professionista..... 5 ☐

Lavoratore in proprio..... 6 ☐

Coadiuvante nell'azienda di un familiare 7 ☐ } andare a

Socio di cooperativa ..... 8 ☐ dom. 19.8

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

- 19.4 Ha dei dipendenti?

(escludere i familiari non pagati che prestano aiuto)

NO..... 1 ☐  
Sì.....2 ☐ → N.     } andare a dom. 19.8

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a domanda 19.3)

- 19.5 Si tratta di un lavoro 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 ☐

- 19.6 Il suo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il datore di lavoro?

Contratto ..... 1 ☐

Accordo verbale ..... 2 ☐

Non so ..... 3 ☐

- 19.7 Lei è:

Dirigente ..... 1 ☐

Quadro ..... 2 ☐

Impiegato ..... 3 ☐

Operaio ..... 4 ☐

Apprendista ..... 5 ☐

Lavoratore presso il proprio

domicilio per conto di un'impresa..... 6 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a domanda 19.1 o domanda 19.2)

- 19.8 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare .....

.....

.....

CODICE.....

vedi navigatore delle professioni  
<http://cp2011.istat.it/>

- 19.9 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.....

- 19.10 In quale settore di attività economica lavora?

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

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, magazzinaggio 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 ☐

- 19.11 Lei lavora a tempo pieno o a tempo parziale (part-time)?

A tempo pieno ..... 1 ☐

A tempo parziale (part-time) volontario ..... 2 ☐

A tempo parziale (part-time) non volontario..... 3 ☐

- 19.12 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):

N. ore   a settimana

- 19.13 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 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**19.14** Consideri gli ultimi 12 mesi, le è capitato di andare a lavoro anche se nelle sue condizioni di salute sarebbe stato meglio rimanere a riposo?

- NO..... 1 ☐ → **andare al riquadro**  
Sì, raramente ..... 2 ☐  
Sì, spesso ..... 3 ☐

**(Se Sì)**

**19.15** Per quale motivo principale è andato comunque a lavoro?

- Per impegni improrogabili di lavoro ..... 1 ☐  
Per non perdere il guadagno di una giornata di lavoro ..... 2 ☐  
Per non subire trattenute dello stipendio ..... 3 ☐  
Altro ..... 4 ☐  
.....  
**(specificare)**
- andare al riquadro**

**ATTENZIONE!**

Per le tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro (cod. 2 a dom. 19.1 o cod. 2 a dom. 19.2) andare a Sez. 22.

**20. LAVORO IN PASSATO**

**(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)**

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

- NO..... 1 ☐ → **andare a Sez. 21**  
Sì..... 2 ☐  
Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a Sez. 22**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, cod. 2 a dom. 20.1)**

**20.2** Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

- Un lavoro alle dipendenze..... 1 ☐ → **andare a dom. 20.4**  
*Un lavoro di:*  
collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto)..... 2 ☐  
prestazione d'opera occasionale ..... 3 ☐ **andare a dom. 20.5**  
*Un lavoro autonomo come:*  
Imprenditore ..... 4 ☐  
Libero professionista..... 5 ☐  
Lavoratore in proprio..... 6 ☐  
Coadiuvante nell'azienda di un familiare 7 ☐ **andare a dom. 20.5**  
Socio di cooperativa ..... 8 ☐

**(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio, codd. 4, 5 e 6 a domanda 20.2)**

**20.3** Aveva dei dipendenti?

- (escludere i familiari non pagati che prestavano aiuto)  
NO..... 1 ☐  
Sì..... 2 ☐ N.     **andare a dom. 20.5**

**(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze)**

**20.4** Lei era:

- Dirigente..... 1 ☐  
Quadro ..... 2 ☐  
Impiegato ..... 3 ☐  
Operaio ..... 4 ☐  
Apprendista..... 5 ☐  
Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa ..... 6 ☐

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, cod. 2 a dom. 20.1)**

**20.5** 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.

CODICE.....

vedi navigatore delle professioni ( <http://cp2011.istat.it/> )

**20.6** 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, magazzinaggio 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 ☐

**20.7** Qual è il motivo principale per cui ha smesso di lavorare?

- Pensionamento (anzianità, vecchiaia) ..... 1 ☐  
Licenziamento o mobilità ..... 2 ☐  
Lavoro a termine (compreso lavoro occasionale e stagionale) 3 ☐  
Malattia, problemi di salute personali ..... 4 ☐  
Maternità, nascita di un figlio ..... 5 ☐  
Per prendersi cura dei figli, di bambini e/o di altre persone non autosufficienti ..... 6 ☐  
Altri motivi familiari ..... 7 ☐  
Studio o formazione professionale ..... 8 ☐  
Altri motivi ..... 9 ☐

**(specificare)**

**20.8** 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

**20.9** In che anno ha smesso di lavorare?

Anno .....

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

(col. 1 della Scheda Generale)

## 21. RICERCA DI LAVORO

**(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)**

### 21.1 Lei cerca un lavoro?

NO.....1 ☐ → **andare a dom. 21.3**

SÌ .....2 ☐

### 21.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualche azione di ricerca di lavoro (ad es. contatti con un centro pubblico per l'impiego, colloqui di lavoro, ha cercato su internet, ha esaminato offerte di lavoro sui giornali, ha chiesto ad amici, parenti, conoscenti)?

NO.....1 ☐

SÌ.....2 ☐ → **andare a dom. 21.4**

**(Se no a domanda 21.1 o 21.2)**

### 21.3 Per quale motivo non cerca lavoro?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo tra 3 mesi.....1 ☐

Altro .....2 ☐

### 21.4 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO.....1 ☐

SÌ.....2 ☐

## 22. PARTECIPAZIONE ALLA VITA SOCIALE

**(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)**

### 22.1 Potrei sapere se c'è qualcosa che le impedisce di accedere al tipo di lavoro retribuito che vorrebbe svolgere?

**(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)**

Mancanza di opportunità lavorative ..... 01 ☐

Troppo occupato (con la famiglia o per altre responsabilità) ..... 02 ☐

Mancanza di qualifiche o di esperienza ..... 03 ☐

Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) ..... 04 ☐

Perdita del diritto a benefici economici o servizi ..... 05 ☐

Difficoltà nel raggiungere il luogo di lavoro, ad accedere e/o utilizzare i servizi degli edifici dei luoghi di lavoro ..... 06 ☐

Difficoltà ad accedere a modalità di lavoro flessibile ..... 07 ☐

Mancanza di fiducia in sé stessi, mancanza di supporto da parte di amici o familiari, paura di essere oggetto di discriminazioni ..... 08 ☐

Altri motivi ..... 09 ☐

Non le interessa fare un lavoro retribuito .... 10 ☐ **andare**

No, nulla le impedisce di fare il tipo di lavoro che vuole ..... 11 ☐ **al riquadro**

### 22.2 Potrei sapere se, per accedere al tipo di lavoro retribuito che vorrebbe svolgere, Lei avrebbe bisogno di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia dei quali non usufruisce?

**(rispondere per riga)**

	No, non ne avrebbe bisogno	Sì, ne avrebbe bisogno
Ausili (telefono o computer adattati, sintetizzatore vocale, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (trasporto, progetti formativi personalizzati, adattamento dei luoghi di lavoro)	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

### ATTENZIONE!

Le persone di 65 anni e più e studenti o persone iscritte a corsi di formazione (cod. da 2 a 8 a dom. 3.1) di 15-64 anni vanno a dom. 22.5. Gli altri continuano.

**(Per le persone di 15-64 anni che non sono studenti e non sono iscritti a corsi di formazione professionale o a corsi scolastici o universitari - cod. 1 a dom. 3.1)**

### 22.3 C'è qualcosa che le impedisce in questo momento di studiare per una qualifica professionale o un titolo di studio?

**(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)**

Motivi economici ..... 1 ☐

Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia o per altre responsabilità) ..... 2 ☐

Difficoltà ad accedere ai corsi ..... 3 ☐

Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) ..... 4 ☐

Difficoltà a raggiungere gli edifici dove si svolgono i corsi, ad accedervi e ad utilizzarne i servizi ..... 5 ☐

Mancanza di fiducia in sé stessi, mancanza di supporto da parte di amici o familiari, paura di essere oggetto di discriminazioni ..... 6 ☐

Altri motivi ..... 7 ☐

Non le interessa studiare per conseguire una qualifica o un titolo di studio ..... 8 ☐ **andare a dom. 22.5**

No, nulla le impedisce di studiare per una qualifica professionale o un titolo di studio... 9 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**22.4 Potrei sapere se, per studiare per una qualifica professionale o un titolo di studio, Lei avrebbe bisogno di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia dei quali non usufruisce?**

(rispondere per riga)

	No, non ne avrebbe bisogno	Sì, ne avrebbe bisogno
Ausili (ausili utili per sentire, vedere, muoversi, comunicare, o software di riconoscimento vocale, funzioni di touch screen, audiolibri, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (trasporto, adattamento luoghi della didattica, ecc.)	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone di 15 anni e più)

**22.5 C'è qualcosa che Le impedisce di uscire di casa quando vuole?**

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Mancanza di adeguati mezzi di trasporto pubblici o privati .....	1 <input type="checkbox"/>
Dintorni disagiati (pendii, gradini, percorsi privi di supporti per la mobilità, ecc.) .....	2 <input type="checkbox"/>
Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia o per altre responsabilità) .....	3 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) ..	4 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di disapprovazione o di subire atti criminali ..	5 <input type="checkbox"/>
Motivi economici .....	6 <input type="checkbox"/>
Altri motivi .....	7 <input type="checkbox"/>
No, nulla le impedisce di uscire di casa quando vuole .....	8 <input type="checkbox"/>

**22.6 Potrei sapere se, per uscire di casa, Lei si avvale di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?**

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Sì
Ausili (bastoni, stampelle, sedia a rotelle, semafori acustici e segnali tattili sulla pavimentazione ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (accompagnamento, trasporto, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**22.7 Utilizza mezzi di trasporto pubblici (autobus, tram, metropolitana, treno, ecc.)**

Tanto spesso quanto vorrebbe... 1 ☐ → andare a dom. 22.9

Meno spesso di quanto vorrebbe ..... 2 ☐

Mai ..... 3 ☐

(Se ha risposto cod. 2, 3 a dom. 22.7)

**22.8 Cosa le impedisce di utilizzare mezzi di trasporto pubblici quando vuole?**

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Mancano adeguati mezzi di trasporto pubblici ..... 1 ☐

Aree circostanti le fermate dei mezzi di trasporto disagiati (pendii, gradini, percorsi privi di supporti per la mobilità, ecc.) ..... 2 ☐

Difficoltà a salire e scendere dai mezzi di trasporto pubblici ..... 3 ☐

Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) .. 4 ☐

Costi troppo elevati dei mezzi di trasporto ..... 5 ☐

Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di disapprovazione o di subire atti criminali .. 6 ☐

Altri motivi (specificare) ..... 7 ☐

**22.9 Potrei sapere se, per utilizzare mezzi di trasporto pubblici, Lei si avvale di ausili, di una persona che la assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?**

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Sì
Ausili (rampe di accesso per autobus, mezzi con spazi adeguati per la sedia a rotelle, annunci vocali di fermata e di numero di linea ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (accompagnamento, trasporto, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**22.10 Pensando a tutti gli edifici ai quali vorrebbe accedere c'è qualcosa che Le impedisce di farlo quando vuole?**

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Difficoltà di parcheggio (carenza di posti, costo, ecc.) ..... 1 ☐

Difficoltà ad entrare o uscire dagli edifici (mancanza di rampe d'accesso, porte troppo strette, ecc.) ..... 2 ☐

Difficoltà all'interno degli edifici (disposizione degli spazi interni, difficoltà di accesso ai bagni, agli ascensori, ecc.) ..... 3 ☐

Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.) ..... 4 ☐

Altri motivi ..... 5 ☐

No, nulla le impedisce di accedere agli edifici quando vuole ..... 6 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**22.11** Potrei sapere se, per accedere agli edifici, Lei si avvale di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Si
Ausili (ad esempio bastoni, stampelle, sedia a rotelle, segnali e guide tattili sul pavimento, targhette in braille, altri ausili per la vista o per l'udito, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (accompagnamento, trasporto, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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

Nessuna	1 <input type="checkbox"/>
1 o 2	2 <input type="checkbox"/>
3, 4 o 5	3 <input type="checkbox"/>
6 o più	4 <input type="checkbox"/>

**22.13** Quanto le sembra che gli altri siano attenti a quello che Le accade?

Molto	1 <input type="checkbox"/>
Abbastanza	2 <input type="checkbox"/>
Né poco, né molto	3 <input type="checkbox"/>
Poco	4 <input type="checkbox"/>
Per niente	5 <input type="checkbox"/>

**22.14** Nel caso ne avesse bisogno, per Lei avere un aiuto pratico da parte dei suoi vicini di casa sarebbe:

Molto facile	1 <input type="checkbox"/>
Facile	2 <input type="checkbox"/>
Possibile	3 <input type="checkbox"/>
Difficile	4 <input type="checkbox"/>
Molto difficile	5 <input type="checkbox"/>

**22.15** Incontra, in casa o fuori casa, amici e/o parenti che non vivono con Lei ...

Tanto spesso quanto vorrebbe	1 <input type="checkbox"/>	→ andare a dom. 22.17
Meno spesso di quanto vorrebbe	2 <input type="checkbox"/>	
Mai	3 <input type="checkbox"/>	

(Se incontra amici e/o parenti mai o meno spesso di quanto vorrebbe)

**22.16** Cosa Le impedisce di incontrare (più spesso), in casa o fuori casa, amici e/o parenti che non vivono con Lei?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Motivi economici	1 <input type="checkbox"/>
Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia, o per altre responsabilità)	2 <input type="checkbox"/>
Mancanza di adeguati mezzi di trasporto pubblici o privati	3 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.)	4 <input type="checkbox"/>
La distanza	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di accesso o di utilizzo degli edifici	6 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di disapprovazione o di subire atti criminali	7 <input type="checkbox"/>
Le altre persone non sono disponibili (troppo impegnate o per motivi di salute)	8 <input type="checkbox"/>
Altri motivi (specificare)	9 <input type="checkbox"/>

**22.17** C'è qualcosa che Le impedisce di occuparsi dei suoi interessi o hobbies o di partecipare ad eventi culturali quando vuole? Pensi alle attività che svolge insieme ad altre persone nel tempo libero: fare sport, andare a cinema, teatro, feste, musei, ecc.

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

Motivi economici	01 <input type="checkbox"/>
Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia, o per altre responsabilità)	02 <input type="checkbox"/>
Mancanza di adeguati mezzi di trasporto pubblici o privati	03 <input type="checkbox"/>
Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.)	04 <input type="checkbox"/>
Distanza (dal luogo dove si svolgono)	05 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di accesso o di utilizzo degli edifici nei quali si svolgono le attività del tempo libero o gli eventi culturali	06 <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiducia in sé stessi, paura di essere oggetto di discriminazioni o mancanza di persone con cui svolgere attività nel tempo libero	07 <input type="checkbox"/>
Altri motivi	08 <input type="checkbox"/>
Non è interessato ad attività del tempo libero né ad eventi culturali	09 <input type="checkbox"/>
No, nulla le impedisce di occuparsi di attività del tempo libero né di eventi culturali	10 <input type="checkbox"/>

andare a dom. 22.19



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

(col. 1 della Scheda Generale)

**22.18** Potrei sapere se, per occuparsi dei suoi hobbies o partecipare ad eventi culturali, Lei si avvale di ausili, di una persona che l'assiste o di altri servizi pubblici per la sua autonomia?

(rispondere per riga)

	No, non ne ha bisogno	No, ma ne avrebbe bisogno	Si
Ausili (per sentire, vedere, muoversi, comunicare, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assistenza da parte di una persona	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altri servizi pubblici per la sua autonomia (accompagnamento, trasporto, ecc)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**22.19** Lei usa Internet?

- Tanto spesso quanto vorrebbe ..... 1 ☐ → **andare a dom. 22.21**
- Meno spesso di quanto vorrebbe..... 2 ☐
- Mai..... 3 ☐

(Se ha risposto a cod. 2 o 3 a dom. 22.19)

**22.20** Cosa le impedisce di utilizzare internet o di utilizzarlo più spesso?

(possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

- Motivi economici ..... 1 ☐
- Troppo occupato (con il lavoro, con la famiglia, o per altre responsabilità) ..... 2 ☐
- Difficoltà nell'utilizzare internet e/o il computer ..... 3 ☐
- Problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (vedere, sentire, concentrarsi, camminare, ecc.)..... 4 ☐
- Mancanza di ausili (software e strumenti che facilitano l'utilizzo del computer, ecc.) ..... 5 ☐
- Mancanza di assistenza da parte di una persona ..... 6 ☐
- Altri motivi (specificare) ..... 7 ☐

(Se ha risposto cod. 1 o 2 a dom. 22.19)

**22.21** Le è capitato di usare internet:

(rispondere per riga)

	No	Si
Per cercare informazioni sui sintomi delle malattie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Per avere indicazioni sulle terapie mediche	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Per avere informazioni sulla qualità delle strutture sanitarie	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Per acquistare prestazioni sanitarie	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Per acquistare farmaci	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**22.22** Quanto è facile per Lei sostenere le spese essenziali? (Cibo, vestiario, farmaci, casa e trasporti).

- Molto facile ..... 1 ☐ } **andare al riquadro**
- Facile ..... 2 ☐ }
- Né facile, né difficile ..... 3 ☐
- Difficile..... 4 ☐
- Molto difficile ..... 5 ☐

(Se è difficile o molto difficile sostenere le spese essenziali)

**22.23** Perché trova difficile sostenere le spese essenziali? (possibili più risposte - leggere le risposte agli intervistati)

- Reddito basso (anche a causa di perdita del lavoro, stipendio ridotto, impossibilità di lavorare a causa di problemi di salute, pagamento di debiti/mutui ecc.)..... 1 ☐
- Aumento del costo della vita ..... 2 ☐
- Difficoltà nel gestire il bilancio familiare ..... 3 ☐
- Costi legati a problemi di salute, patologie croniche di lunga durata o limitazioni di lunga durata nelle attività di base (assistenza a pagamento, apparecchi sanitari) ..... 4 ☐
- Altri motivi ..... 5 ☐

**ATTENZIONE!**

Qui finisce il questionario individuale.

**RISERVATO AL RILEVATORE**

**Il componente familiare ha risposto personalmente ai quesiti?**

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

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



**(PER TUTTE LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)**

**NON CONSIDERI SITUAZIONI DI TIPO TEMPORANEO (ingessature, stato influenzale, ecc). Se utilizza bastoni, sedie a rotelle, protesi, occhiali o altri apparecchi, consideri il grado di difficoltà che incontra in ciascuna attività, anche con l'aiuto degli apparecchi stessi.**

**(COMPILARE SECONDO QUANTO SPECIFICATO NELLA GUIDA PER L'INTERVISTATORE)**

[illegible]

## QUESTIONARIO FAMILIARE - PARTE PRIMA

[illegible]

## QUESTIONARIO FAMILIARE - PARTE PRIMA

[illegible]

## QUESTIONARIO FAMILIARE - PARTE PRIMA

<b>Numero d'ordine del componente</b> <i>(col. 1 della Scheda Generale)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sesso</b> <i>(col. 2 della Scheda Generale)</i>								
Maschio	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Femmina	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>Età in anni compiuti</b> <i>(col. 3 della Scheda Generale)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>1.21 Utilizza uno dei seguenti ausili?</b>								
- Occhiali o lenti a contatto								
Sì	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
NO	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Apparecchi acustici								
Sì	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
NO	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Bastoni, stampelle, deambulatore								
Sì	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
NO	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Sedia a rotelle								
Sì	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
NO	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Scarpe ortopediche/plantari/busti								
Sì	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
NO	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Altri apparecchi o protesi								
Sì	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
NO	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>Se Sì, specificare</b>								

**RISERVATO AL RILEVATORE**

### Il componente familiare ha risposto personalmente ai quesiti?

[illegible]

**(Con riferimento all'abitazione principale specificare)**

- 1.10 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"/> |

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

- NO      SÌ
- Per quante ore a settimana?
- Collaboratore/i ..... 1 ☐ 2 ☐ → N. ore
- domestico/i ..... 1 ☐ 2 ☐ → Saltuariamente 00
- Baby sitter ..... 3 ☐ 4 ☐ → N. ore
- Saltuariamente 00
- Negli ultimi 12 mesi la sua famiglia ha ricevuto aiuti per la cura della casa (o per fare la spesa) da parte di soggetti pubblici (Comune o ASL) per l'assistenza a persone non autosufficienti?**
- NO ..... 1 ☐
- SÌ ..... 2 ☐
- Con riferimento agli ultimi 12 mesi e tenendo presente le esigenze di tutti i componenti familiari, come sono state le risorse economiche complessive della famiglia?**
- Ottime ..... 1 ☐
- Adeguate ..... 2 ☐
- Scarse ..... 3 ☐
- Assolutamente insufficienti ..... 4 ☐

- 2.4 A quanto ammonta approssimativamente il reddito netto mensile complessivo della sua famiglia?**  
*(sommare tutte le entrate nette sue e dei suoi familiari)*

<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>							.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>							,	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	0	0			Euro
0	0																				

Non so.....9 ☐

## QUESTIONARIO FAMILIARE - PARTE SECONDA

**2.5** Può dirmi, almeno, a quale cifra si avvicina di più il reddito netto mensile della Sua famiglia?

(una sola risposta)

Più di 10.000 euro..... 01 ☐  
 9.000 euro..... 02 ☐  
 7.000 euro..... 03 ☐  
 6.000 euro..... 04 ☐  
 5.000 euro..... 05 ☐  
 4.000 euro..... 06 ☐  
 3.000 euro..... 07 ☐  
 2.500 euro..... 08 ☐

2.000 euro..... 09 ☐  
 1.800 euro..... 10 ☐  
 1.600 euro..... 11 ☐  
 1.400 euro..... 12 ☐  
 1.200 euro..... 13 ☐  
 1.000 euro..... 14 ☐  
 800 euro..... 15 ☐  
 600 euro..... 16 ☐  
 Meno di 600 euro..... 17 ☐

### 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 ☐

#### Annotazioni

.....  
 .....  
 .....

#### 2) Chi ha risposto alle domande? (Per le famiglie con più di un componente)

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

Da un 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 risposte ai quesiti della Scheda Familiare

(cfr. col. 1 della Scheda generale)..... N.

### DATI SULL'INTERVISTA

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

a) giorno .....

b) mese .....

c) ora di inizio .....     
 ora minuti

#### 3) durata dell'intervista

Meno di 30 minuti ..... 1 ☐  
 Da 30 minuti a meno di 45 minuti ..... 2 ☐  
 Da 45 minuti a meno di 1 ora ..... 3 ☐  
 Da 1 ora a 1 ora e mezza ..... 4 ☐  
 Oltre 1 ora e mezza ..... 5 ☐

#### 4) 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 ☐

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

.....  
 (COGNOME E NOME LEGGIBILI)





## INFORMAZIONI SULLA RILEVAZIONE

L'Istat svolge questa ricerca dal 1980, con periodicità pressoché quinquennale, per conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di accesso ai servizi sanitari. Gli indicatori derivanti da tale indagine concorrono a costruire un sistema informativo estremamente utile per chi deve operare o chi deve decidere in campo sanitario. Molte delle informazioni (ad es. percezione delle condizioni di salute psico-fisica) non sono tutte reperibili dalle fonti amministrative, mentre è possibile ottenerle mediante rilevazioni presso le famiglie, così come avviene in molti altri Paesi dell'Unione Europea o dell'OCSE.

La rilevazione sulle **“Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (codd. IST-02067 e IST-02153)** è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 2011-2013. L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere queste attività di ricerca. Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistici, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

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

L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003). **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 verde (gratuito) **800.085503** il martedì e il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

Il titolare del trattamento dei dati personali oggetto della presente indagine è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, al quale è possibile rivolgersi per conoscere l'elenco completo dei responsabili.

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 delle statistiche socio-demografiche e ambientali, viale Liegi, 13 – 00198 Roma.



MOD. ISTAT/IMF-8/B.12-13

SISTEMA STATISTICO NAZIONALE  
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

# INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

CONDIZIONI DI SALUTE  
E RICORSO AI SERVIZI  
SANITARI 2012 - 2013

<b>A</b>	MESE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
----------	--

<b>1</b>	Provincia ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Comune ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Sezione di Censimento ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

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

**PER TUTTI**  
**Questionario per autocompilazione**  
**(componente n.   )**

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

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

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

Abbiamo, dunque, bisogno della sua collaborazione. Il questionario è articolato in 12 sezioni che si riferiscono ad argomenti diversi. Per aiutarci la preghiamo di osservare le seguenti indicazioni:

- legga con attenzione ogni singolo quesito, comprese le note evidenziate in rosso o riportate in parentesi e risponda mettendo una croce sul riquadro corrispondente alla risposta che ha scelto, così ☒;
- ove non è precisato che sono possibili più risposte, è necessario fornire una sola risposta;
- alcune volte troverà uno spazio per scrivere dei numeri. Scriva il numero all'interno dello spazio, così  o così ;
- via via che compilerà il questionario, troverà delle indicazioni su come proseguire. Controlli sempre a chi è rivolta la sezione o la domanda; se non la riguarda la salti e controlli se deve rispondere a quella successiva;
- presti attenzione al periodo di tempo cui si riferiscono le domande (ad es. ultime 4 settimane, ultimi 12 mesi, ecc.);
- utilizzi le modalità di risposta "altro specificare" solo se non riesce a collocarsi tra le risposte previste.

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

***Le siamo molto grati per la sua gentile disponibilità***

Scheda Individuale del componente n.

(col. 1 della Scheda Generale)

Data di nascita        
Giorno Mese Anno

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

## 1. 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 depressi o ansiosi)?

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 depressi o ansiosi)?

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 sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?**

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

**2.12 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 sfinito?**

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)**

	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>3.1 Asma</b>	NO, mai.....1 <input type="checkbox"/> Sì, ne ho sofferto in passato...2 <input type="checkbox"/> → Sì .....3 <input type="checkbox"/> →	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/>	NO 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <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> (escludendo asma allergico)	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> (intolleranza al glutine)	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> (pressione arteriosa alta)	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> (inclusi linfoma / leucemia)	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 (bulimia, anoressia)	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 ☐ } andare

Più di 3 anni fa ..... 3 ☐ } a

Non è MAI stato dal dentista ..... 4 ☐ } 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"/>
<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"/>
(se cod. 3 a dom. 8.4)		
<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"/>
<b>8.6 A che età ha smesso di fumare?</b>		<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"/>
Iipertensione.....	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 ☐  
Assunneva 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)



## INFORMAZIONI SULLA RILEVAZIONE

L'Istat svolge questa ricerca dal 1980, con periodicità pressoché quinquennale, per conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di accesso ai servizi sanitari. Gli indicatori derivanti da tale indagine concorrono a costruire un sistema informativo estremamente utile per chi deve operare o chi deve decidere in campo sanitario. Molte delle informazioni (ad es. percezione delle condizioni di salute psico-fisica) non sono tutte reperibili dalle fonti amministrative, mentre è possibile ottenerle mediante rilevazioni presso le famiglie, così come avviene in molti altri Paesi dell'Unione Europea o dell'OCSE.

La rilevazione sulle **“Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (codd. IST-02067 e IST-02153)** è inserita nel Programma Statistico Nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese, per il triennio 2011-2013. L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere queste attività di ricerca. Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistici, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

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

L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003). **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 verde (gratuito) **800.085503** il martedì e il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

Il titolare del trattamento dei dati personali oggetto della presente indagine è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, al quale è possibile rivolgersi per conoscere l'elenco completo dei responsabili.

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 delle statistiche socio-demografiche e ambientali, viale Liegi, 13 – 00198 Roma.