



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

MOD. ISTAT/IMF-8/A bis.04-05

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

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

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

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

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

3	Numero d'ordine della famiglia nel Mod. ISTAT IMF-8/2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Da 00001 al totale delle famiglie del Mod. ISTAT IMF-8/2 nel trimestre
----------	---

**Scheda aggiuntiva individuale
(componente n.)**

(Se alle dipendenze o autonomo)

2.7 Qual è la sua posizione nella professione?

Alle dipendenze come:

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

Autonomo come:

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

passare a domanda 2.9

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze)

2.8 Il suo lavoro attuale è a termine?

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

(Per tutti coloro che lavorano)

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

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

(Per tutti coloro che lavorano)

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

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

ATTENZIONE! Andare a Sezione 4

3. LAVORO IN PASSATO E RICERCA DI LAVORO

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

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

- NO 1 -> passare a domanda 3.9
SÌ 2

(Se Sì)

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

Specificare

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

Meno di un anno 00 N. di anni

3.4 In quale settore di attività economica lavorava?

- Agricoltura, caccia, pesca 01
Estrazione, energia 02
Industria e attività manifatturiere 03
Costruzioni 04
Commercio all'ingrosso e al dettaglio..... 05
Alberghi e ristoranti 06
Trasporti, 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

3.5 Si trattava di un lavoro:

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

passare a domanda 3.7

(Se era un lavoro alle dipendenze oppure autonomo)

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

Alle dipendenze come:

- Dirigente.....01
Direttivo, quadro.....02
Impiegato03
Capo operaio, operaio subalterno e assimilati04
Apprendista05
Lavorante a domicilio per conto d'impresa06

Autonomo come:

- Imprenditore (con almeno un dipendente).....07
Libero professionista08
Lavoratore in proprio09
Socio di cooperativa di produzione di beni e servizi e/o prestazioni di servizio 10
Coadiuvante familiare..... 11

(Per tutti coloro che hanno lavorato in passato)

3.7 A che età ha smesso di lavorare?
Età

3.8 Per quale motivo ha smesso di lavorare?

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

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

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

- NO 1 → **passare a Sezione 4**
- Sì2

(Se Sì)

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

(una risposta per ciascuna riga)

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

3.11 Sarebbe disponibile a lavorare entro 2 settimane?

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

4. CONDIZIONE PERCEPITA RISPETTO AL LAVORO

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

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

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

5. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

ORA LE RIVOLGERÒ ALCUNE DOMANDE RELATIVE ALLE SUE CONDIZIONI DI SALUTE

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

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

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

NO.....000

Sì, specificare:

Codici (*)

-
-
-
-
-

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

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

NO 1

Sì 2

ATTENZIONE!

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

(Se Sì a domanda 5.1 o a domanda 5.2)

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

NO 00 → passare a Sezione 6

Sì, per quanti giorni? N.

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

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

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

NO 00

Sì, assenze da scuola, per quanti giorni? N.
(per chi è iscritto ad un corso scolastico o universitario)

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.
(per chi lavora)

6. LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ E INVALIDITÀ

(PER TUTTI)

6.1 È affetto da malattie o condizioni patologiche croniche?

NO 1

Sì 2

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

NO 1

Sì, ma non gravi 2

Sì, gravi 3

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

(rispondere per ciascun tipo di invalidità)

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

ATTENZIONE!

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

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

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

NO 1 → passare a domanda 6.7

Sì, ha ottenuto la certificazione 2 → Percentuale riconosciuta %

Sì, ma è in attesa di risposta 3

Sì, ma non ha ottenuto la certificazione 4

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

NO 1 → passare a domanda 6.7

Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap grave 2

Sì, ha ottenuto la certificazione per handicap 3

Sì, ma è in attesa di risposta 4

Sì, ma non ha ottenuto la certificazione 5

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

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

Specificare
.....

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

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

- NO 1
Sì, tutti i giorni 2
Sì, qualche volta a settimana 3
Sì, meno di una volta a settimana 4

(Se NO)

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

- NO 1
Sì 2

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

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

- NO, perché non ne ha la necessità 1
NO, perché nella sua zona non ci sono strutture di questo tipo 2
Sì, ma è stata rifiutata 3
Sì, ma attende una risposta 4
Sì, la domanda è stata accettata ma per l'ammissione è ancora in lista di attesa 5
Altro 6

(specificare)

7. PESO, STATURA, DIETA (PER TUTTI)

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

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

Peso Kg
Statura Cm

7.2 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

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

- NO 1
Sì 2

(Se Sì)

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

- NO 1
Sì 2

7.5 Per quali motivi segue una dieta?

(possibili più risposte)

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

7.6 Che tipo di dieta alimentare osserva?

(possibili più risposte)

- Con pochi zuccheri (inclusa dieta per diabetici) 1
Con pochi grassi 2
Con poco sale 3
Vegetariana 4
Altra dieta 5

(specificare)

8. VISITE MEDICHE (PER TUTTI)

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

- NO 1
Sì 2 -> N. di volte

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

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

- NO 1 -> passare domanda 8.12
Sì 2 -> N. di visite

(Se Sì)

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

(una risposta per riga)

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

Riservato al rilevatore

Totale numero di visite

N.

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

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

(rispondere per ciascun tipo di visita)

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

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

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

Codice.....

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

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

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

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

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

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

8.9 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

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

(specificare)

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

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

(Se ha dovuto aspettare)

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

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

(Per TUTTI)

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

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

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

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

9. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

(PER TUTTI)

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

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

(Se Sì)

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

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

(Se Sì)

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

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

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

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

NO 1
Sì 2 → N. di volte

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

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

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

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

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

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

9.8 L'ultimo accertamento è stato:

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

9.9 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato?

Pubblica 1
Privata convenzionata 2
Privata non convenzionata 3

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

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

(specificare)

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

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

passare a domanda 9.13

(Se ha dovuto aspettare)

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

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

(Per TUTTI)

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

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

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

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

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

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

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

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

(specificare)

10. SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

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

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

(Se Sì)

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

N. di notti

(Per TUTTI)

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

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

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

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

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

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

(specificare)

10.6 Chi ha firmato la richiesta di ricovero?

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

(specificare)

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

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

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

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

(specificare)

10.9 Per quale motivo si è ricoverato?

(possibili più risposte)

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

(specificare)

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

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

10.11 Per quale motivo ha scelto questo tipo di struttura?

(possibili più risposte)

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

(specificare)

ATTENZIONE!

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

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

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

(Se ha dovuto aspettare)

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

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

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

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

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

(Se ricoverato in un'altra Regione o Estero)

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

(possibili più risposte)

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

(specificare)

(Per tutte le persone ricoverate negli ultimi 12 mesi)

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

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

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

NO..... 1 → passare alla Sezione 11
Sì..... 2

(Se Sì)

10.18 Da quali persone?

(possibili più risposte)

Familiari o parenti..... 1
Amici, colleghi, vicini di casa o altre
persone non retribuite 2
Personale a pagamento 3

11. DAY HOSPITAL

(PER TUTTI)

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

NO..... 1
Sì..... 2 → N. complessivo di giornate....

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

Nessuna giornata 00 → passare alla Sezione 12
N. giornate.....

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

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

NO..... 1
Sì..... 2

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

Cure mediche..... 1
Accertamenti per controllo dello stato di salute 2
Intervento chirurgico..... 3
Riabilitazione 4
Altro 5

(specificare)

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

Meno di 1 ora 00
N. ore

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

Pubblica 1
Privata convenzionata 2
Privata non convenzionata 3

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

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

12. INTERVENTI CHIRURGICI

(PER TUTTI)

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

NO 1
Sì 2 → N. di interventi

13. SERVIZI SANITARI DI RIABILITAZIONE

(PER TUTTI)

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

Escludere i trattamenti avvenuti durante eventuali ricoveri
NO 1 → passare alla Sezione 14
Sì 2 → N. di volte complessive

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

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

Specificare
.....
.....

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

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

14. ALTRI SERVIZI

(PER TUTTI)

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

NO.....1

Sì.....2 → N. di volte

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

NO.....1

Sì.....2 → N. di volte

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

NO.....1

Sì.....2 → N. di volte

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

Nessun ricorso00

N. di volte

15. TERAPIE NON CONVENZIONALI

(PER TUTTI)

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

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

(una risposta per ogni riga)

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

(PER TUTTI)

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

(Rispondere per ciascun tipo di terapia non convenzionale)

	Uso negli ultimi 3 anni		(Se Sì) Uso per la prima volta negli ultimi 12 mesi	
	NO	Sì	NO	Sì
Agopuntura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Omeopatia	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fitoterapia	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Trattamenti manuali (esclusi i massaggi estetici)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Altro (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 passano alla Sezione 16.
- Continuare per **TUTTI** gli altri.

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

15.3 Ritieni di averne avuto benefici?

(una risposta per ogni riga)

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

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

15.4 Negli ultimi 12 mesi....

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

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

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

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

16. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE (PER TUTTI)

16.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto la vaccinazione antinfluenzale?
 NO..... 1 Sì.....2

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

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

17.1 Nel suo tempo libero, pratica, almeno una volta la settimana:
 (Leggere tutte le risposte e compilare riga per riga)

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

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

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

Non svolge attività 00 → **passare a Sezione 18**
 N. ore N. minuti

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

Sì, scarsa..... 1
 Sì, moderata 2
 Sì, pesante, fino al punto di sudare 3

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

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

18.1 Con quale frequenza controlla il colesterolo, la glicemia e la pressione arteriosa?
 (una risposta per ogni colonna)

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

(Se ha effettuato almeno un controllo)

18.2 Generalmente ha effettuato i controlli:

(una risposta per ogni controllo effettuato)

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

(PER TUTTE LE PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ)

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

NO 1 Sì 2

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

PER LE PERSONE DI 45 ANNI E PIÙ)

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

NO.....1 → andare al riquadro

Sì.....2

(Se Sì)

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

Età (in anni compiuti).....

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

Non ho effettuato altri accertamenti dopo il primo00

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

ATTENZIONE!

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

19. PREVENZIONE FEMMINILE

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

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

NO.....1 → passare a domanda 19.8

Sì.....2

(Se Sì)

19.2 A che età ha eseguito il primo pap test?

Età (in anni compiuti).....

19.3 Ha eseguito altri pap test dopo il primo?

NO.....1 → passare a domanda 19.6

Sì.....2

(Se Sì)

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

Almeno una volta l'anno1

Ogni due anni.....2

Ogni tre anni.....3

Oltre i tre anni.....4

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

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

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

Di propria iniziativa1

Su consiglio di un medico generico2

Su consiglio di un medico specialista3

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

Altro5

(specificare)

19.7 Presso quale tipo di struttura è stato effettuato:

Pubblica.....1

Privata convenzionata2

Privata non convenzionata3

(PER LE DONNE DI 25 ANNI E PIÙ)

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

NO.....1 Qui finisce il questionario

Sì.....2

(Se Sì)

19.9 A che età ha eseguito la prima mammografia?

Età (in anni compiuti).....

19.10 Ha eseguito altre mammografie dopo la prima?

NO.....1 → passare a domanda 19.13

Sì.....2

(Se Sì)

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

Almeno una volta l'anno1

Ogni due anni2

Ogni tre anni3

Oltre i tre anni4

19.12 A che età ha effettuato l'ultima mammografia?

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

Scheda individuale del componente n.

(col. 1 della Scheda generale)

19.13 Facendo riferimento all'ultima mammografia è stata eseguita:

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

.....
(specificare)

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

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

RISERVATO AL RILEVATORE

Il componente familiare ha risposto personalmente ai quesiti?

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

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

