

L'intervista CometeS

è stata basata sul questionario PASSI 2010 modificato per includere:

- un modulo sul disturbo da stress post-traumatico, tratto dalla Mini International Neuropsychiatric Interview.
- un modulo sull'episodio depressivo maggiore che riporta le 8 domande del [Patient Health Questionnaire](#) PHQ-8, usato negli Stati Uniti in ampi campioni della popolazione generale per stimare la prevalenza.
- un modulo che indaga le visite mediche generiche e specialistiche effettuate negli ultimi 30 giorni, identico a quello presente nel questionario utilizzato nell'ambito [dell'indagine multiscopo sulle famiglie](#) portata avanti dall'Istat, tranne che per il periodo di riferimento pari a 30 giorni nell'intervista CometeS, invece di 4 settimane.
- un modulo conclusivo sulle conseguenze immediate del terremoto, in termini di traumi, perdite affettive ed economiche, riferite al lavoro o alla casa.

Sistema di sorveglianza PASSI CometeS



Regione _____ ASL _____

Comune di residenza dell'intervistato/a _____ Codice ISTAT del Comune _____

Distretto _____ Sezione di censimento _____

Istruzioni per l'intervistatore:

- le parti scritte in **Arial grassetto** vanno lette all'intervistato
- le parti sottolineate vanno lette con enfasi per attrarre l'attenzione dell'intervistato
- le parti scritte in *Times New Roman corsivo grassetto* sono istruzioni speciali per l'intervistatore riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato

Solo 3 regole:

- **una sola risposta va barrata**, a meno che non sia specificato "*Sono possibili più risposte*"
- si leggono **le domande come sono formulate sul questionario**
- **NON si leggono le risposte** a meno che non sia specificato "*Leggere le risposte*"

Una facilitazione grafica:

- Ove sono previsti dei **salti che rimandano ad altre pagine del questionario**, perché siano riconosciute più facilmente, le domande richiamate dal salto sono state contrassegnate con una **freccetta** (↖) **posta vicino al numero della domanda**
- in corrispondenza dei **punti cui fare particolare attenzione** è stato posto un **simbolo**



Per ogni altro problema far riferimento al manuale.

Data di nascita dell'intervistato/a ____ / ____ / ____ Sesso dell'intervistato/a M F

Intervistatore: _____ Data dell'intervista ____ / ____ / ____

↳ Buongiorno, sono (nome e cognome di chi parla), La chiamo dall'Asl di L'Aquila per un'intervista sullo stato di salute dei cittadini della quale è stato informato anche il suo medico di famiglia, il Dr. Nome _____ Cognome _____.

↳ Ha ricevuto per posta la lettera della ASL che Le preannunciava un'intervista telefonica?

↳ SÌ NO

↳ (proseguire comunque)

Come era scritto nella lettera, la nostra ASL sta facendo delle interviste a persone tra i 18 ed i 69 anni con residenza a L'Aquila; le persone sono scelte a caso tra gli assistiti dell'ASL di L'Aquila e lo scopo dell'intervista è conoscere il loro punto di vista su alcuni aspetti che riguardano la salute, per migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti.

Lei è una delle persone selezionate per l'intervista che richiede circa 15-20 minuti.

Le informazioni raccolte saranno rese anonime e trattate in base alla legge sulla privacy (D. Lgs. 196/2003). Le ricordo inoltre che può decidere in ogni momento di interrompere l'intervista.

E' disponibile a rispondere ora?

SÌ (Proseguire con l'intervista)

NO

↳ potrei richiamarla in un momento per lei più opportuno?

SÌ (giorno) (ora)

NO

↳ vuole ripensarci dopo aver parlato con il Suo medico?

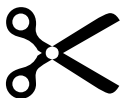
SÌ Bene, allora la richiamo tra qualche giorno. Grazie e a presto.

NO

↳ La ringrazio per l'attenzione che ci ha dedicato. Buongiorno.

(Se accetta l'intervista)

Mi potrebbe confermare che Lei è nato/a il ____ / ____ / ____ (se diverso correggere sopra)



(Tagliare e distruggere dopo aver effettuato il caricamento sulla base dati centrale)

Cognome _____ Nome _____

Telefono _____ Medico di Famiglia _____

Ora di inizio dell'intervista (ora/min.)

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

SEZIONE 1: Stato di salute e qualità della vita percepita

Le chiederò innanzitutto alcune informazioni generali sul suo stato di salute...

1.1 Come va in generale la sua salute?

Leggere le risposte

- Molto bene
 Bene
 Discretamente
 Male
 Molto male

Non leggere

- Non so

Ora Le farò alcune domande sul suo stato di salute durante gli ultimi 30 giorni.

1.2 Consideri la sua salute fisica, comprese malattie e conseguenze di incidenti.

Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni

- Non so / non ricordo

1.3 Adesso pensi agli aspetti psicologici, come problemi emotivi, ansia, depressione, stress.

Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni

- Non so / non ricordo

1.4 Ora consideri le sue attività abituali. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non è stato/a in grado di svolgerle a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?

Numero di giorni

- Non so / non ricordo

1.5 Un medico le ha mai diagnosticato o confermato una o più delle seguenti malattie?

Leggere le risposte

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Diabete | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Insufficienza renale | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Infarto del miocardio o altre malattie del cuore | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Tumori (comprese leucemie e linfomi) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Malattie croniche del fegato, cirrosi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

1.6 Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione contro l'influenza stagionale (quella solita, non la nuova influenza A/H1N1)?

(Per nuova influenza A/H1N1 si intende l'influenza cosiddetta pandemica o suina)

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } *(saltare alla domanda 1.8)*

1.7 Potrebbe specificarmi in che mese ed anno ha fatto l'ultima vaccinazione contro l'influenza stagionale?

Mese Anno

Non so / non ricordo

1.8 Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione contro la nuova influenza A/H1N1?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } *(saltare alla Sezione 2: Attività fisica)*

1.9 Potrebbe specificarmi in che mese ed anno ha fatto l'ultima vaccinazione contro la nuova influenza A/H1N1?

Mese Anno

Non so / non ricordo

SEZIONE 2: Attività fisica

Ora vorrei farle alcune domande sull'attività fisica svolta sia durante sia fuori dal lavoro.

2.1 Lei lavora? *(Si intende lavoro retribuito)*

Leggere le risposte

- Sì, in modo continuativo (a tempo pieno o part-time)
 Sì, ma in modo non continuativo
 No } *(saltare alla domanda 2.3)*

2.2 Durante il suo lavoro, Lei:

Leggere (una sola risposta possibile)

- prevalentemente svolge un lavoro pesante che richiede un notevole sforzo fisico (ad. es.: il manovale, il muratore, l'agricoltore)
oppure
 prevalentemente cammina o fa lavori che richiedono uno sforzo fisico moderato, (ad. es.: l'operaio in fabbrica, il cameriere, l'addetto alle pulizie)
oppure
 prevalentemente sta seduto o in piedi (ad. es.: sta al computer, guida la macchina, fa lavori manuali senza sforzi fisici)

Non leggere

- altro

→ **Le faccio adesso qualche domanda sull'attività fisica svolta fuori dal lavoro, sia moderata sia intensa. Cominciamo con quella intensa.**

2.3 Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica intensa che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come ad esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici?

- Sì
 No
 Non so / non sono sicuro } (*saltare alla domanda 2.6*)

2.4 Per quanti giorni alla settimana?

Numero di giorni/settimana
 Non so / non ricordo

2.5 In questi giorni per quanti minuti in media? (*riferito ai giorni con attività fisica*)

Numero di minuti/giorno
 Non so / non ricordo

2.6 Negli ultimi 30 giorni, ha svolto qualche attività fisica moderata che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come ad esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (*saltare alla domanda 2.9*)

2.7 Per quanti giorni alla settimana?

Numero di giorni
 Non so / non ricordo

2.8 In questi giorni per quanti minuti in media? (*riferito ai giorni con attività fisica*)

Numero di minuti/giorno
 Non so / non ricordo

2.9 Secondo lei l'attività fisica che ha fatto negli ultimi 30 giorni è:

Leggere le risposte

- Più che sufficiente
 Sufficiente
 Non proprio sufficiente
 Scarsa

Non leggere

- Non so

SEZIONE 3: Abitudine al fumo

Ora le farò alcune domande sul fumo di sigaretta.

3.2 In tutta la sua vita, ha fumato in tutto almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20 sigarette)?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (saltare alla domanda 3.11)

3.3 Attualmente fuma sigarette?

- Sì
 No (saltare alla domanda 3.8)

3.4 In media quante sigarette fuma al giorno?

Numero

- Meno di una sigaretta al giorno
 Non so / non ricordo

3.5 Durante gli ultimi 12 mesi, ha smesso di fumare per almeno un giorno nel tentativo di smettere definitivamente?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (saltare alla domanda 3.11)

—**SOLO PER I FUMATORI CHE HANNO TENTATO DI SMETTERE DI FUMARE**—

3.7b Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le aveva suggerito di smettere di fumare?

- Sì, per motivi di salute
 Sì, a scopo preventivo (in assenza di segni o sintomi)
 Sì, per tutti e due i motivi
 No
 Non so / non ricordo } (saltare alla domanda 3.11)
- (se la risposta è **SI**, chiedere per quale motivo: salute, a scopo preventivo, entrambi)

3.7c Nel suo tentativo di smettere di fumare, quanta influenza ha avuto questo consiglio?

Leggere le risposte

- Molta
 Abbastanza
 Poca
 Nessuna

(saltare alla domanda 3.11)

————— **SOLO PER GLI EX-FUMATORI** —————

↳ **3.8** Quando ha smesso di fumare?

Leggere le risposte

- Meno di 6 mesi fa
- Da 6 mesi a un anno fa
- Più di un anno fa *saltare alla domanda 3.9*

3.8a Negli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le aveva suggerito di smettere di fumare?

- Sì, per motivi di salute
 - Sì, a scopo preventivo (in assenza di segni o sintomi)
 - Sì, per tutti e due i motivi
 - No
 - Non so / non ricordo
- } *(se la risposta è SI, chiedere per quale motivo: salute, a scopo preventivo, entrambi)*
- } *saltare alla domanda 3.9*

3.8b Nel riuscire a smettere di fumare, quanta influenza ha avuto questo consiglio?

Leggere le risposte

- Molta
- Abbastanza
- Poca
- Nessuna

↳ **3.9** Come è riuscito/a a smettere di fumare?

Leggere le risposte (indicare solo il metodo principale)

- Partecipando ad incontri o corsi che aiutano a smettere di fumare organizzati dalla ASL
- Partecipando ad incontri o corsi organizzati da altri
- Prendendo farmaci o cerotti
- Da solo e per conto mio

Non leggere

- Non so / non ricordo
- Altro

3.9b In media quante sigarette fumava al giorno?

Numero

- Meno di una sigaretta al giorno
- Non so / non ricordo

-----**PER TUTTI (NON FUMATORI, FUMATORI ED EX-FUMATORI)**-----

↳ Vorrei ora chiederle qualcosa sull'esposizione al fumo nei locali pubblici e sul luogo di lavoro.

3.11 Nei locali pubblici (come bar, ristoranti, enoteche, pub) che ha frequentato negli ultimi 30 giorni, secondo lei le altre persone:

Leggere le risposte

- Rispettano sempre i divieti di fumo
- Li rispettano quasi sempre
- Li rispettano a volte
- Non li rispettano mai
- Non ho frequentato locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Non leggere

- Non so / non ricordo

3.12 Le capita di lavorare in ambienti chiusi?

- Sì
 - No
 - Non lavoro
- } (*saltare alla Sezione 4: Alimentazione*)

3.13 Nel suo posto di lavoro, le persone con cui lavora e gli eventuali visitatori:

Leggere le risposte

- Rispettano sempre i divieti di fumo
- Li rispettano quasi sempre
- Li rispettano a volte
- Non li rispettano mai

Non leggere

- Non so / non ricordo
- Lavoro da solo

SEZIONE 4: Alimentazione

Passo ora a farle alcune domande sulle sue abitudini alimentari.

4.2 Attualmente sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il suo peso?

- Sì
- No

4.3 Secondo lei il suo peso attuale è:

Leggere le risposte

- Troppo alto
- Troppo basso
- Più o meno giusto

Non leggere

- Non so

Passo ora a chiederle il suo consumo abituale di frutta e verdura. Consideri che per “porzione di frutta o verdura” si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta.

4.5 ... quindi, le chiedo: in una sua giornata tipo, quante porzioni di frutta o verdura mangia?

Leggere le risposte

- Nessuna
- 1-2
- 3-4
- 5 o più

SEZIONE 5: Assunzione di alcol

Ora vorrei farle qualche domanda sul consumo di alcol.

5.1 Durante gli ultimi 30 giorni, quanti giorni ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica? Per “unità di bevanda alcolica” intendiamo un bicchiere di vino, o una lattina di birra oppure un bicchierino di liquore.

Numero

- Mai
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 5.10*)

5.2 Nei giorni in cui ha bevuto, quante unità di bevande alcoliche ha bevuto in media al giorno?

Numero

- Non so / non ricordo

5.3 Durante gli ultimi 30 giorni, in quale momento della settimana ha bevuto queste bevande alcoliche?

Leggere le risposte

- Prevalentemente nei fine settimana
- Prevalentemente nei giorni feriali o durante tutta la settimana

5.4 E quando ha bevuto queste bevande alcoliche rispetto ai pasti?

Leggere le risposte

- Solo durante i pasti
- Prevalentemente durante i pasti
- Prevalentemente fuori dai pasti
- Solo fuori dai pasti

5.5

(per gli UOMINI)

(per le DONNE)

Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, negli ultimi 30 giorni quante volte ha bevuto 5 o più unità in una unica occasione (ad esempio una serata con amici)?

Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, negli ultimi 30 giorni quante volte ha bevuto 4 o più unità in una unica occasione (ad esempio una serata con amici)?

- Numero
- Mai
- Non so / non ricordo

- Numero
- Mai
- Non so / non ricordo

5.6 Durante gli ultimi 30 giorni le è capitato di guidare un'auto o una moto/scooter dopo aver bevuto, nell'ora precedente, 2 o più unità di una bevanda alcolica?

Leggere le risposte

- Sì → quante volte?
- No
- Non ho guidato negli ultimi 30 giorni

Non leggere

- Non so / non ricordo

5.7 Durante gli ultimi 30 giorni, le è capitato di salire in auto o in moto/scooter con un guidatore che aveva bevuto nell'ora precedente 2 o più unità di una bevanda alcolica?

Leggere le risposte

- Sì → quante volte?
- No
- Non sono salito su auto o moto negli ultimi 30 giorni

Non leggere

- Non so / non ricordo

5.8 Durante gli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha chiesto quanto alcol beve?

- Sì
- No, non me lo ha chiesto
- No, perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario
- Non so / non ricordo

(se la risposta è NO, chiedere se è perché non ha avuto un contatto con un medico o con un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi)

5.9 Durante gli ultimi 12 mesi, qualcuno le ha suggerito di bere meno alcol?

- Sì, il medico o un operatore sanitario
- Sì, familiari o amici
- Sì, altro
- No, non mi è stato consigliato
- Non so / non ricordo

(se la risposta è SÌ, chiedere “Da chi ha avuto il consiglio?” Sono possibili più risposte)

— PER CHI DICHIARA DI NON AVER BEVUTO NEGLI ULTIMI 30 GIORNI —

→ **5.10** Durante gli ultimi 30 giorni, le è capitato di salire in auto o in moto/scooter con un guidatore che aveva bevuto nell’ora precedente 2 o più unità di una bevanda alcolica?

Leggere le risposte

- Sì → quante volte?
- No
- Non sono salito su auto o moto negli ultimi 30 giorni

Non leggere

- Non so / non ricordo

5.11 Durante gli ultimi 12 mesi, un medico o un operatore sanitario le ha chiesto quanto alcol beve?

- Sì
- No, non me lo ha chiesto
- No, perché non ho avuto un contatto con medico/operatore sanitario
- Non so / non ricordo

(se la risposta è NO, chiedere se è perché non ha avuto un contatto con un medico o con un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi)

SEZIONE 6: Sicurezza stradale

Ora le chiederò alcune informazioni sull’uso delle cinture di sicurezza e del casco.

6.1 Quando va in auto, sia in città sia fuori, mette la cintura quando è seduto sui sedili anteriori?

Leggere le risposte

- Sempre
- Spesso
- A volte
- Mai (*Segnare Mai anche se ha l’esenzione*)
- Non viaggio mai sui sedili anteriori
- Non vado in auto (*saltare alla domanda 6.3*)

6.2 Quando va in auto, sia in città sia fuori, mette la cintura quando è seduto sui sedili posteriori?

Leggere le risposte

- Sempre
- Spesso
- A volte
- Mai (*Segnare Mai anche se ha l'esenzione*)
- Non viaggio mai sui sedili posteriori

↳ **6.3** Negli ultimi 12 mesi, è mai salito/a su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo } (*saltare alla Sezione 7: Rischio cardiovascolare*)

6.4 Quando va in motocicletta/scooter/motorino, sia in città sia fuori, mette il casco?

Leggere le risposte

- Sempre
- Spesso
- A volte
- Mai

SEZIONE 7: Rischio cardiovascolare

↳ **Vorrei farle ora qualche domanda su esami e farmaci che le sono stati prescritti o consigliati.**

7.1 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai misurato la pressione arteriosa?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo } (*saltare alla domanda 7.6*)

7.2 Quando è stata l'ultima volta?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

7.3 Un medico le ha mai detto che Lei è iperteso, cioè che ha la pressione alta?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo } (*saltare alla domanda 7.6*)

7.4 Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo la sua pressione, attraverso una o più delle seguenti indicazioni?

Leggere tutte le indicazioni

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Riduzione del sale nel cibo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| Attività fisica regolare | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| Perdita o mantenimento del peso corporeo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |

7.5 Prende attualmente farmaci per tenere bassa la pressione?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo

↳ **Ora vorrei farle qualche domanda sulla misurazione del colesterolo.**

7.6 Il colesterolo è un grasso presente nel sangue. Ha mai fatto gli esami per il colesterolo?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo *(saltare alla domanda 7.10b)*

7.7 Quando è stata l'ultima volta?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
 Tra 1 e 2 anni fa
 Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

7.8 Un medico le ha mai detto che ha il colesterolo alto?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo *(saltare alla domanda 7.10b)*

7.9 Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo il livello di colesterolo, attraverso le seguenti indicazioni:

Leggere tutte le indicazioni

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Minor consumo di carne e formaggi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| Attività fisica regolare | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| Perdita o mantenimento del peso corporeo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |
| Aumento di frutta e verdura nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non ricordo |

7.10 Prende attualmente farmaci per tenere basso il colesterolo?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo

→ **7.10b** Per le successive domande ho bisogno di chiederle quanti anni ha

(scrivere l'età in anni compiuti)

se l'intervistato è **DONNA** con **MENO** di 25 anni → (saltare alla Sezione 12: Salute mentale)

se l'intervistato è **DONNA** con età compresa tra 25 e 34 anni → (saltare alla Sezione 8: Screening Tumore Collo dell'Utero)

se l'intervistato è **UOMO** con **MENO** di 35 anni → (saltare alla Sezione 12: Salute mentale)

Pertanto la domanda seguente va somministrata ALLE PERSONE TRA 35 E 69 ANNI

Alcuni medici hanno cominciato a calcolare, per i loro pazienti, il rischio di avere un infarto o un ictus nei successivi 10 anni. Questo calcolo si chiama "Punteggio" o "Carta del rischio" e si basa sul valore della pressione arteriosa e del colesterolo, sulla presenza di diabete e sull'abitudine al fumo.

7.11 Un medico le ha calcolato questo rischio?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

se l'intervistato è **UOMO** con età compresa tra 50 e 69 anni → (saltare alla Sezione 10: Screening Tumore del Colon-Retto)

se l'intervistato è **UOMO** con **MENO** di 50 anni → (saltare alla Sezione 12: Salute Mentale)

SEZIONE 8: Screening Tumore Collo dell'Utero (donne 25-69 anni)

Proseguo ora con qualche domanda sul Pap-Test, un esame che serve a ricercare tumori del collo dell'utero, attraverso un prelievo fatto con un tampone vaginale.

8.1 Nel corso della sua vita ha eseguito un Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (saltare alla domanda 8.13)

8.2 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il Pap-Test a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Tra 2 e 3 anni fa
- Più di 3 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

se la donna ha PIU' di 40 anni → (saltare alla Sezione 9 : Screening Tumore Mammario)

se la donna ha MENO di 40 anni → (saltare alla Sezione 12: Salute mentale)

→ 8.13 Quale è stato il motivo principale per cui **non** ha mai fatto il Pap-Test?

Non leggere le risposte (è possibile una sola risposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Penso di non averne bisogno | <input type="checkbox"/> Nessuno me l'ha consigliato |
| <input type="checkbox"/> Mi sento imbarazzata/mi vergogno | <input type="checkbox"/> Ho trovato difficile contattare l'ASL per informazioni/appuntamento |
| <input type="checkbox"/> E' fastidioso/doloroso | <input type="checkbox"/> La sede/data/orario assegnati per l'esame non mi andava bene |
| <input type="checkbox"/> Ho paura dei risultati dell'esame | <input type="checkbox"/> Non ho ricevuto una convocazione |
| <input type="checkbox"/> Per pigrizia | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Non ho avuto tempo | |
| <input type="checkbox"/> Sono già stata operata / per altri motivi sanitari | |
| <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo | |

se la donna ha MENO di 40 anni → (saltare alla Sezione 12: Salute mentale)

SEZIONE 9: Screening Tumore Mammario (donne 40-69 anni)

Vorrei farle una serie di domande sulla mammografia, che è una radiografia fatta al seno per ricercare l'eventuale presenza di tumore alla mammella.

9.1 Nel corso della sua vita ha mai fatto una mammografia a scopo preventivo cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo
- } *Se la donna ha 40-49 anni → saltare alla Sezione 12: Salute mentale*
} *Se la donna ha 50-69 anni → saltare alla 9.14*

9.2 A che età ha fatto la sua prima mammografia a scopo preventivo?

- anni
 Non so / non ricordo

9.3 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una mammografia a scopo preventivo?

- Leggere le risposte*
- Negli ultimi 12 mesi
 Tra 1 e 2 anni fa
 Più di 2 anni fa
- Non leggere*
- Non so / non ricordo
- } *saltare alla Sezione 10: Screening Tumore del Colon-Retto)*

→ 9.14 Quale è stato il motivo principale per cui **non** ha mai fatto la mammografia?

Non leggere le risposte (è possibile una sola risposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Penso di non averne bisogno | <input type="checkbox"/> Nessuno me l'ha consigliato |
| <input type="checkbox"/> Mi sento imbarazzata/mi vergogno | <input type="checkbox"/> Ho trovato difficile contattare l'ASL per informazioni/appuntamento |
| <input type="checkbox"/> E' fastidioso/doloroso | <input type="checkbox"/> La sede/data/orario assegnati per l'esame non mi andava bene |
| <input type="checkbox"/> Ho paura dei risultati dell'esame | <input type="checkbox"/> Non ho ricevuto una convocazione |
| <input type="checkbox"/> Per pigrizia | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Non ho avuto tempo | |
| <input type="checkbox"/> Sono già stata operata / per altri motivi sanitari | |
| <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo | |

SEZIONE 10: Screening Tumore del Colon-Retto (persone 50-69 anni)

↳ Vorrei ora farle qualche domanda sugli esami per la prevenzione del tumore del colon-retto. Esiste un esame di laboratorio, chiamato “ricerca del sangue occulto”, per controllare la presenza di sangue non visibile nelle feci, che prevede la raccolta di feci in un contenitore, anche presso la propria abitazione.

10.1. Ha mai fatto la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 10.14*)

10.2. Quando è stata l'ultima volta che ha fatto questo esame a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

Ci sono altri esami, fatti con una sonda inserita nell'intestino, che si eseguono per la prevenzione di questo tipo di tumore. Questi esami si chiamano colonscopia o anche retto-sigmoidoscopia.

10.14 Ha mai fatto la colonscopia o la retto-sigmoidoscopia a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } *Saltare alla Sezione 12: Salute mentale*

10.15 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto questo esame a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 5 anni fa
- Tra 5 e 10 anni fa
- Più di 10 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

SEZIONE 12: Salute mentale

→ Vorrei farle alcune domande specifiche che riguardano i suoi stati d'animo. La prego di rispondere pensando a come si è sentito o a cosa ha pensato nelle ultime 2 settimane.

12.1 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.2 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.3 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha avuto difficoltà nell'addormentarsi o nel continuare a dormire (es. risvegli notturni multipli, risveglio anticipato), oppure dormiva troppo?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.4 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni si è sentito stanco o aveva poca energia?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.5 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha avuto scarso appetito o, al contrario, ha mangiato troppo?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.6 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha avuto una considerazione negativa di sé stesso, o si è sentito un fallimento, o di aver deluso sé stesso o la sua famiglia?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.7 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha avuto difficoltà a concentrarsi nel fare qualcosa, ad esempio nel leggere il giornale o guardare la televisione?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.8 Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni lei si è mosso, o ha parlato tanto lentamente che gli altri lo hanno notato? O, al contrario: di essere tanto irrequieto o agitato, da muoversi molto più del solito?

Numero di giorni (0-14)

Non so / non ricordo

12.9a Le è mai capitato che un medico o un operatore sanitario le ha detto che lei ha un disturbo d'ansia? (*incluso disturbo da stress acuto, oppure ansia, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo d'ansia generalizzato, attacco di panico, fobia, disturbo di ansia sociale*)

Sì

No

Non so / non ricordo

12.9b Le è mai capitato che un medico o un operatore sanitario le ha detto che lei ha un disturbo depressivo?

(*inclusa depressione, depressione maggiore, distimia, depressione minore*)

Sì

No

Non so / non ricordo

12.9 A causa di questi problemi, anche in passato, si è rivolto ad una o più delle seguenti persone? (*Sono possibili più risposte*)

Leggere le risposte

Personale sanitario (medico di famiglia, psicologo, infermiere ...)

Persone di fiducia (familiari, amici)

No, a nessuno

Non leggere

Non so / non ricordo

12.10 Sempre nelle ultime 2 settimane questi problemi le hanno procurato molte difficoltà e limitazioni nella sua vita e nelle sue attività o l'hanno fatta stare molto male?

Sì

No

SEZIONE 18: Area Psicologica – Disturbo Postraumatico da Stress

Vorrei ora farle delle domande legate al suo stato emotivo in seguito al terremoto dell'Aprile 2009. In particolare su come si è sentito/a nel corso del mese passato:

18.1 Nel corso del mese passato, le è capitato di rivivere il terremoto in maniera dolorosa (per es.: incubi, ricordi dolorosi molto vivi, rivivere scene drammatiche come se stessero accadendo ancora in quel momento, reazioni fisiche)?

Sì

No → (saltare alla Sezione 19 : Accesso alle cure mediche)

18.2 Nel corso del mese passato:

a) ha cercato di non pensare a questo evento o ha cercato di evitare ciò che poteva farglielo venire in mente?

Sì

No

b) Nel corso del mese passato: ha avuto difficoltà a ricordare alcuni elementi importanti di ciò che è accaduto?

Sì

No

c) Nel corso del mese passato: si è sentito meno interessato agli hobby o alle attività della vita sociale? (Si fa riferimento all'interesse verso le attività sociali e relazionali. Es: interesse nell'andare al cinema, nell'incontrare amici, etc...)

Sì

No

d) Nel corso del mese passato: si è sentito distaccato dagli altri o estraneo nei loro confronti?

Sì

No

e) Nel corso del mese passato: ha avuto la sensazione che i suoi sentimenti fossero come paralizzati?

Sì

No

f) Nel corso del mese passato: ha avuto la sensazione che la sua vita sarebbe stata "abbreviata" a causa di questo trauma?

Sì

No

 Se ci sono **ALMENO 3 risposte SI** alla domanda 18.2 → *proseguire*

Se **NON** ci sono **ALMENO 3 risposte SI** alla domanda 18.2 → (saltare alla Sezione 19: Accesso alle cure mediche)

18.3 Nel corso del mese passato:

a) ha avuto difficoltà nel dormire?

Sì

No

b) Nel corso del mese passato: è stato particolarmente irritabile o ha avuto esplosioni di rabbia?

Sì

No

c) Nel corso del mese passato: ha avuto difficoltà a concentrarsi?

Sì

No

d) Nel corso del mese passato: si è sentito nervoso o costantemente in allarme?

Sì

No

e) Nel corso del mese passato: trasaliva per un nonnulla?

Sì

No



Se ci sono ALMENO 2 risposte SI alla domanda 18.3 → proseguire.

Se NON ci sono ALMENO 2 risposte SI alla domanda 18.3 → (saltare alla Sezione 19: Accesso alle cure mediche)

18.4 Nel corso del mese passato, questi problemi hanno pesantemente interferito con il suo lavoro, con le sue attività sociali o le hanno provocato un notevole disturbo?

Sì

No

SEZIONE 19: Accesso alle cure mediche

↳ **Le faccio ora alcune domande sull'accesso recente a cure mediche**

19.1 Negli ultimi 30 giorni ha chiesto consigli telefonici ad un medico?

Sì Numero di volte

No

19.2 Negli ultimi 30 giorni ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia o da medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?

Sì Numero di visite

No → (saltare alla Sezione 14: Dati soci- anagrafici)

19.3 Che tipo di visite mediche ha fatto? *(Sono possibili più risposte)*

Non leggere

- Generica
- Pediatrica
- Geriatrica
- Cardiologica
- Ostetrico-ginecologica
- Oculistica
- Odontoiatrica
- Otorino-laringoiatra
- Ortopedica
- Neurologica
- Psichiatrica, psicologica
- Urologica
- Gastro-enterologica
- Dietologica
- Dermatologica

19.4 Negli ultimi 30 giorni qual è il motivo prevalente delle visite effettuate?

- Malattie o disturbi
- Controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi
- Prescrizione di ricette
- Certificati o atti amministrativi
- Altro

19.5 Presso quale struttura è stato prevalentemente sottoposto a visita?

SEZIONE 14: Dati socio – anagrafici

Le faccio ancora alcune domande.

14.1 Quale è il suo attuale stato civile?

- Coniugato
 - Celibe/nubile
 - Vedovo/a
 - Separato/a-divorziato/a
- } *(anche se convivente)*

14.2 Chi abita in casa con Lei? *(sono possibili più risposte)*

Leggere le risposte

- Nessuno, vivo da solo
 - Coniuge/Compagno/a
- e altre persone come:
- Figli/Bambini fino a 14 anni

- Figli, altri parenti o amici tra 15–64 anni
- Altri parenti o amici di 65 anni e più

14.3 Qual è la sua cittadinanza?

- Italiana (*saltare alla domanda 14.4*)
- Straniera
- Doppia (italiana e straniera)

} (specificare:)

14.3a Da quanto tempo vive in Italia?

Numero anni

- Meno di un anno
- Non so / non ricordo

14.4 Quale è il suo titolo di studio?

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media
- Diploma o qualifica di scuola media superiore
- Laurea/Diploma universitario o titolo superiore

14.5 Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?

Leggere le risposte

- Molto facilmente
- Abbastanza facilmente
- Con qualche difficoltà
- Con molte difficoltà

14.6 Può dirmi la sua altezza (senza scarpe)?

cm

14.7 Può dirmi il suo peso, senza scarpe ed abiti o con abiti leggeri?

Kg

14.8 Rispetto ad un anno fa, il suo peso è cambiato oppure è stabile?

Leggere le risposte

- aumentato (almeno 2 chili in più)
- stabile
- diminuito (almeno 2 chili in meno)

Non leggere

- sono/ero in gravidanza
- Non so / non ricordo

Abbiamo quasi finito. Ho lasciato per ultime le domande che riguardano il terremoto del 6 Aprile 2009.

14.13 Era a nella zona del cratere del terremoto al momento dell'evento?

- Sì
- No

14.14 A seguito del terremoto, lei è rimasto ferito?

Non leggere le risposte

- No
- In modo lieve
- In modo serio cioè con una prognosi maggiore o uguale a 30 giorni
- In modo serio e con conseguenze invalidanti o disabilità
- Altro (specificare

(Se risponde seriamente o gravemente, specificare se con prognosi ≥ 30 giorni o con conseguenze invalidanti)

14.15 Sono rimasti feriti suoi familiari o conviventi?

Non leggere le risposte

- No
- In modo lieve
- In modo serio cioè con una prognosi maggiore o uguale a 30 giorni
- In modo serio e con conseguenze invalidanti o disabilità
- Altro (specificare

(Se risponde seriamente o gravemente, specificare se con prognosi ≥ 30 giorni o con conseguenze invalidanti)

14.16 ha avuto delle perdite, dei lutti tra familiari, conviventi o persone care?

Non leggere le risposte

- Parenti di I grado (figli, genitori, fratelli)
- Conviventi
- Amici o altri familiari o persone care
- Altro (specificare

14.17 Come è stata classificata la casa dove abitava al momento del terremoto?

Leggere le risposte

- A agibile
- B danni non strutturali

- C parzialmente inagibile
- E inagibile, con danni strutturali
- F confinante con case
- Altro (specificare

Le ultime quattro domande

14.17a A causa del terremoto, ha avuto gravi danni economici relativi alle sue proprietà?

Leggere le risposte

- Si
- No
- Io no, ma hanno avuto gravi danni economici i miei genitori
- Io no, ma hanno avuto gravi danni economici i miei figli

14.17b A causa del terremoto, ha perso il lavoro?

Leggere le risposte

- Si
- No
- Non lavoravo

14.18 Dal terremoto a oggi dove ha abitato prevalentemente ?

14.19 Quale è la sua sistemazione attuale?

Leggere le risposte

- Nella propria casa
- In un'altra casa, diversa dalla sua
- Sistemazione Progetto Case
- MAP
- MAR
- Albergo
- Residence

Dove _____

Non leggere

- Altro (specificare

Abbiamo finito. La ringrazio moltissimo per la collaborazione e la disponibilità...

Fine intervista (ora/min.)

--	--	--	--

IN INTERVISTE OVE L'INTERVISTATO RISPONDE
“SI” ALLA DOMANDA 12.10 E/O “SI” ALLA DOMANDA 18.4
MA DICE DI NON ESSERSI RIVOLTO A PSICOLOGI/PSICHIATRI
(DOMANDE 12.9; 19.3)

Leggere

....Aggiungo solamente che per venire incontro alle problematiche relative allo stress causato dal terremoto, se desidera, può fruire gratuitamente di una valutazione specialistica del quadro psicologico presso l'Ospedale San Salvatore dell'Aquila.

Leggere

Può telefonare direttamente, (tutte le mattine dal lunedì al venerdì), per fissare un appuntamento, oppure, se preferisce, rivolgersi al suo medico di famiglia, che potrà darle chiarimenti e informazioni sulle possibilità offerte dai servizi sanitari della zona in cui risiede.

Leggere

Se vuole Le posso lasciare comunque l'indirizzo e un recapito telefonico

Ambulatorio di Psichiatria Generale
Università di L'Aquila - ASL 01
Ospedale San Salvatore – Edificio L4, ingresso B e C
Dipartimento di Salute Mentale
Indirizzo Via Vetoio, s.n., 67100 L'Aquila
Telefono per prenotazioni: 0862/312838

(Leggere solo se l'intervistato ha meno di 30 anni)

Se vuole può anche contattare l'Unità Operativa Semplice “SMILE”,
sempre presso l'Ospedale San Salvatore.

Le dò il telefono anche di questa struttura

Telefono per prenotazioni: 0862/312838
Telefono per informazioni 0862/368667

(Leggere solo se l'intervistato chiede l'indirizzo esatto)

Unità Operativa Semplice “SMILE”
Università di L'Aquila - ASL 01
Ospedale San Salvatore – Edificio Poliambulatori
Dipartimento di Salute Mentale

Indirizzo Via Vetoio, s.n., 67100 L'Aquila