



Centro Nazionale di epidemiologia,
sorveglianza e promozione della salute

“PASSI PER L’ITALIA”

Progressi delle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

Il Questionario

Massimo O. Trinito

Dipartimento di Prevenzione - Azienda Usl Roma C

Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1.3.2005

STRUTTURA

Il questionario è costituito da

10 SEZIONI

che, complessivamente, contengono

102 DOMANDE

...ma nelle interviste molte domande vengono saltate perché la loro pertinenza è spesso alternativa

STRUTTURA

Le domande sono state poste, ogni volta che è stato possibile, nella forma utilizzata a livello nazionale ed internazionale:

Perché validate dall'esperienza

Per ottenere risposte confrontabili

STRUTTURA

Sezione 1: Stato di salute e qualità della vita percepita

**STILI
DI
VITA**

Sezione 2: Attività fisica

Sezione 3: Abitudine al fumo

Sezione 4: Alimentazione

Sezione 5: Assunzione di alcol

Sezione 6: Rischio cardiovascolare

Sezione 7: Sicurezza stradale

**ADESIONE AD
INTERVENTI DI
PREVENZIONE**

Sezione 8: Screening oncologici

Sezione 9: Vaccinazioni

Sezione 10: Dati socio-anagrafici

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata (PROFEA)
Studio PASSI

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Medico di famiglia _____

----- ✂
Regione _____ Azienda Sanitaria _____

Numero progressivo _____

Intervistatore _____ Data dell'intervista ___/___/___

Data di nascita ___/___/___ Sesso : M F

Dopo controllo e validazione del questionario, il Coordinatore Aziendale conserverà questa striscia in luogo sicuro insieme al diario degli intervistatori.

Il Coordinatore Regionale, immediatamente dopo la definitiva validazione, autorizzerà la distruzione sia delle strisce che dei diari.

**- Buon giorno, sono (nome e cognome), la chiamo dall'Azienda Sanitaria di ...
Ha ricevuto per posta la lettera dell'ASL per un'intervista telefonica?**

- Come era spiegato nella lettera, la nostra Azienda Sanitaria sta conducendo uno studio sullo stato di salute della popolazione e sui comportamenti relativi ad uno stile di vita sano .

Per ottenere queste informazioni si è scelto di rivolgere alcune domande ad un campione di persone scelte a caso dalle liste dell'anagrafe dell'Azienda Sanitaria.

Il suo nominativo è risultato tra quelli selezionati.

Le informazioni che ci darà saranno unite a quelle fornite dagli altri intervistati per preparare un rapporto che servirà anche alla programmazione dei Servizi.

- Io sono l'operatore che le farà l'intervista: è disponibile ora, per 15 minuti circa? (se risponde che non è disponibile in quel momento, chiedere quando è possibile richiamarlo/la)

- Prima di iniziare con le domande le ricordo che lo studio è anonimo: le risposte che mi darà saranno assolutamente riservate e serviranno solo per questa studio; non saranno messe a disposizione né del suo medico né di altro operatore sanitario.

Posso procedere con le domande? SI NO

Se NO, sarebbe d'accordo a spiegarmi le ragioni del suo rifiuto?

Istruzioni per l'intervistatore

Le parti scritte in **Arial grassetto** vanno lette all'intervistato.

Le parti scritte in ***Times New Roman corsivo grassetto*** (anche quelle a sinistra delle domande), sono istruzioni speciali per l'intervistatore riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato.

STATO DI SALUTE E QUALITA' DELLA VITA PERCEPITA

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

1.1 Come definirebbe complessivamente il suo attuale stato di salute?

(Leggere le possibili risposte)

- Molto bene
- Bene
- Discreto
- Male
- Molto male
- Non so ***(non leggere)***

Ora vorrei farle alcune domande sul suo stato di salute durante gli ultimi trenta giorni

1.2 Consideri le sue condizioni fisiche, comprese malattie e conseguenze di incidenti. Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si è sentito bene?

STATO DI SALUTE E QUALITA' DELLA VITA PERCEPITA

***Non
considerare
visite mediche
per richiedere
una ricetta, ma
per chek-up
generali e
problemi
specifici di
salute***

1.5 Negli ultimi 12 mesi, quante volte si è sottoposto ad almeno una visita del suo medico di famiglia per un motivo di salute?

- Si
- No
- Non ricordo

STATO DI SALUTE E QUALITA' DELLA VITA PERCEPITA

Per malattie respiratorie si intende bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma. Includere nei tumori linfoma, leucemia.

1.6 Un medico le ha mai diagnosticato **una o più** delle seguenti malattie? **leggere**

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| - infarto del cuore | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| - ictus | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| - altra mal.cardiovascolare | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| - malattia respiratoria | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| - diabete | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |
| - tumore maligno | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so |

ATTIVITA' FISICA

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

2.1 Lei lavora?

***Regolarmente:
sia a tempo
pieno che
part-time***

- No ***saltare alla domanda 2.3***
- Si, saltuariamente ***saltare alla domanda 2.3***
- Si

2.2 Durante il suo lavoro prevalentemente?

Leggere (Una sola risposta possibile)

- sta seduto o in piedi
- cammina
- svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico

Non Leggere

- altro

ATTIVITA' FISICA

**Ad esempio
camminare,
ginnastica
dolce,
bicicletta, lavori
in casa come
lavare finestre
o pavimenti.....**

Qualche domanda sull'attività fisica svolta fuori dal lavoro...

2.3 In una settimana tipo della sua vita svolge, qualche attività moderata per almeno 10 minuti che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione?

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

**Ad esempio
correre,
pedalare
velocemente,
fare sport
agonistici....**

2.6 In una settimana tipo della sua vita, svolge qualche attività intensa per almeno 10 minuti che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o della sudorazione?

- Si
- No (**saltare alla domanda 2.9**)
- Non so/non sono sicuro (**saltare alla domanda 2.9**)

ATTIVITA' FISICA

2.4 e 2.7 → Per quanti giorni alla settimana?

2.5 e 2.8 → Per quanti minuti al giorno in media?

2.10 Le è stato mai consigliato da un medico o altro operatore sanitario di svolgere regolare attività fisica?

- Sì
- No ***saltare alla sezione 3: Abitudine al fumo***
- Non so/non ricordo ***saltare alla sezione 3: Abitudine al fumo***

ABITUDINE AL FUMO

3.1 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha chiesto se lei è un fumatore?

- Sì
- No
- Non sono stato dal medico negli ultimi 12 mesi
- Non so/non ricordo

3.2 Ha mai fumato almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20 sigarette) nella sua vita?

- Sì
- No (***saltare alla domanda 3.15***)

3.3 Attualmente fuma?

- Sì
- No (***saltare alla domanda 3.11***)

ABITUDINE AL FUMO

3.6 La recente Legge che vieta di fumare nei bar, ristoranti e altri spazi pubblici ha influenzato il numero di sigarette che fuma?

Se la risposta è Sì, Chiedere se ha aumentato o diminuito il numero di sigarette

- Sì, ha diminuito il numero di sigarette **(saltare alla domanda 3.8)**
- Sì, ha aumentato il numero di sigarette **(saltare alla domanda 3.8)**
- No **(saltare alla domanda 3.8)**
- Non sa rispondere

3.7 Come conseguenza della legge, ha provato a smettere di fumare?

- Sì
- No

ABITUDINE AL FUMO

**Se la
risposta
è SI**

**chiedere
per quale
motivo**

- 3.8 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai consigliato di smettere di fumare?
- Sì, per motivi di salute
 - Sì, a scopo preventivo
 - Sì, per entrambe le ragioni
 - No
 - Non so/non ricordo
-

**chiedere
quante
volte**

- 3.9 Durante gli ultimi 12 mesi, ha smesso di fumare per almeno un giorno nel tentativo di smettere definitivamente?
- Sì, una volta
 - Sì, più di una volta
 - No
 - Non so/non ricordo
-

**chiedere da
chi era
organizzato**

- 3.10 Hai mai partecipato ad un corso/programma che l'aiutasse a smettere di fumare?
- Sì, organizzato dalla ASL
 -

ABITUDINE AL FUMO

Come è riuscito a smettere di fumare? *(si possono barrare più caselle)*

- Da solo, senza aiuto *(saltare alla domanda 3.13)*
- Con l'aiuto di un medico o altro operatore sanitario
- Partecipando a gruppi di aiuto
- Con l'assunzione di farmaci tradizionali (inclusi cerotti e simili)
- Ricorrendo a terapie non convenzionali (agopuntura, fitofarmaci)
- Con altro metodo

ALIMENTAZIONE

***Non considerare
pesce in scatola
(ad esempio tonno)***

4.7 Quante volte mangia il pesce fresco o surgelato?

___ volte giorno

___ volte settimana

___ volte mese

___ volte anno

- raramente/mai
- non so/non ricordo

4.3 Quante volte mangia la frutta?

4.4 Quante volte mangia verdure ed ortaggi

4.8 Quante volte mangia i legumi (fagioli, lenticchie, ceci, piselli, ecc.)?

ASSUNZIONE DI ALCOL

Ora le farò alcune domande sulle bevande alcoliche. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

5.1 Durante gli ultimi 30 giorni, quanti giorni ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica? (vino, birra o superalcolico)

_____ giorni alla settimana

_____ giorni al mese

- nessuna bevanda alcolica nell'ultimo mese **(saltare alla domanda 5.6)**
- non so/non ricordo **(saltare alla domanda 5.6)**

**Ripetere
il
concetto
di
Unità
alcolica**

SICUREZZA STRADALE

4 domande sull'uso della cintura e del casco

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

IPERTENSIONE

IPERCOLESTEROLEMIA

IPERGLICEMIA

***Vorrei farle qualche domanda sugli esami medici e sui farmaci
che le sono stati prescritti o consigliati dal suo medico***

6.3 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai detto

che ha la pressione alta?

- Sì
- No (***saltare alla domanda 6.5***)
- Non so/non ricordo (***saltare alla domanda 6.5***)

***Appurare la non
temporaneità
naturale
dell'ipertensione***

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

IPERTENSIONE

IPERCOLESTEROLEMIA

Trattamento farmacologico e
non farmacologico

Motivo di sospensione
del trattamento farmacologico

! PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE !

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

6.9 Perché non prende farmaci? ***Leggere tutte le risposte e barrarne solo una***

- Perché il colesterolo si è abbassato senza farmaci
- A causa degli effetti collaterali
- Non mi sono stati prescritti
- Altro
- Non so/non ricordo

6.10 Escludendo i farmaci, cosa sta facendo per mantenere basso il suo livello di colesterolo? ***Leggere e rispondere ad ogni punto***

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| a. Una dieta priva o povera di grassi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so/non ricordo |
| b. Attività fisica regolare | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so/non ricordo |
| c. Perdita o controllo peso corporeo | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so/non ricordo |
| d. Aumento di frutta e verdura nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so/non ricordo |

SCREENING ONCOLOGICI

Esecuzione di:

PAP Test

Mammografia

Ricerca di sangue occulto nelle feci

Retto o Colonscopia

Donne < 50 anni

Donne > 50 anni

Uomini > 50 anni

(Vaccinazione Antirubeolica)

Le spiace se le richiedo per verifica la sua età?

(Riscrivere l'età ____ anni)

Saltare alla SEZIONE 10 se l'intervistato è UOMO che ha MENO di 50 anni

Saltare alla DOMANDA 8.15 se l'intervistato è UOMO che ha PIU' di 50 anni

SCREENING ONCOLOGICI

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

- Sì
- No (*per le donne di 50 anni o più, saltare alla domanda 8.8; altrimenti, saltare alla Sezione 9*)
- Non so (*per le donne di 50 anni o più, saltare alla domanda 8.8; altrimenti, saltare alla Sezione 9*)

.....

Se la donna ha MENO di 50 anni, saltare alla SEZIONE 9

VACCINAZIONE

VACCINAZIONE

ANTIRUBEOLICA NELLE DONNE IN ETA' FERTILE PER 3 MOTIVI:

*E' un efficace intervento di
prevenzione esistente da tempo*

*E' oggetto di ulteriore raccomandazione
nell'ambito del piano nazionale di
eliminazione di morbillo e rosolia congenita*

*E' un intervento noto, ma non oggetto di
una campagna mediatica intensa come
avviene per la vaccinazione anti influenzale*

DATI SOCIO-ANAGRAFICI

Data di Nascita

Sesso

Stato civile

Titolo di studio conseguito

Cittadinanza

Peso e altezza

Grazie