

					ID - Famiglia								ID - intervistato	
1	6	0		2							0	0		

Data dell'intervista: / /

Matricola intervistatore: _____

Nome proprio dell'intervistato/a: _____

"Gli Ultracinquantenni in Europa"

Indagine su Salute, Invecchiamento e Pensioni in Europa

2006

Questionario in Autocompilazione

A

Modalità di COMPILAZIONE del questionario

E' possibile rispondere alla maggior parte delle seguenti domande barrando la casella sottostante o adiacente alla risposta pertinente.

Per cortesia barrare UNA (1) casella:

Corretto o

Non corretto

Per favore, rispondere domanda per domanda. Saltare una domanda solo se si trova un'istruzione esplicita che dice di farlo.

Esempio:

Lei ha figli?

₁ Sì

₅ No



[Andare alla domanda ...](#)



*Se Lei risponde "Sì"
in questo esempio,
vada alla domanda
successiva!*

*Se Lei risponde "No"
in questo esempio,
vada alla domanda
indicata nel riquadro!*

Modalità di RESTITUZIONE del Questionario

Per favore, restituisca direttamente il questionario compilato all'intervistatore, se questi si trova ancora presso la Sua abitazione. Altrimenti, per favore spedisca il questionario compilato nella busta pre-pagata il prima possibile. *Se ha bisogno di un'altra busta, per favore chiami DOXA al Numero Verde 800-828109.*

PER FAVORE, COMPILI IL QUESTIONARIO A PARTIRE DALLA DOMANDA NUMERO 1 DELLA PAGINA SEGUENTE.

TUTTE LE SUE RISPOSTE RIMARRANNO STRETTAMENTE CONFIDENZIALI. LA RINGRAZIAMO NUOVAMENTE PER LA SUA COLLABORAZIONE.

1. Per prima cosa, di seguito troverà un elenco di affermazioni usate dalle persone per descrivere la propria vita oppure come si sentono. Per favore, ci dica in che misura è d'accordo con ciascuna affermazione per quanto La riguarda personalmente.

(Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Del tutto d'accordo	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Non d'accordo	Per niente d'accordo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Perseguo i miei obiettivi con grande energia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Di solito mi aspetto il meglio, anche in periodi d'incertezza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Sono sempre ottimista nei confronti del futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Difficilmente mi aspetto che le cose vadano come vorrei	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Riesco ancora a risolvere i problemi anche quando gli altri rinunciano	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Di rado conto sul fatto che mi succeda qualcosa di buono	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Considerate le mie precedenti esperienze, mi sento ben preparato/a per il futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Le seguenti affermazioni si riferiscono ai doveri che le persone possono avere all'interno della propria famiglia. Per favore, ci dica in che misura è d'accordo con ciascuna di esse.

(Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Del tutto d'accordo	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Non d'accordo	Per niente d'accordo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) È dovere dei genitori fare del proprio meglio per i figli anche a costo di sacrificare il proprio benessere.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) È dovere dei nonni aiutare i propri nipoti in caso di gravi problemi (quali malattia o il divorzio dei genitori).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) È dovere dei nonni contribuire alla sicurezza economica dei propri nipoti e delle loro famiglie.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) È dovere dei nonni aiutare i figli a prendersi cura dei nipotini.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3. Secondo Lei chi, la famiglia o lo Stato, dovrebbe assumersi la responsabilità di ciascuna delle seguenti forme di assistenza?

(Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Solo la famiglia	Soprattutto la famiglia	Entrambi nella medesima misura	Soprattutto lo Stato	Solo lo Stato
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Assistenza finanziaria per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Aiuto con i lavori domestici, come fare le pulizie o il bucato, per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Cura personale, lavarsi o vestirsi e/o assistenza socio-sanitaria per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4. Capita a volte di non essere d'accordo con qualcuno che ci è vicino a proposito di questioni importanti, fino ad entrare in conflitto. Per favore, ci dica quanto spesso si trova in conflitto con ciascuna delle seguenti persone.

(Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

→ Se i Suoi genitori non sono più in vita o se non ha nessun suocero/a, coniuge o compagno/a, figli, ecc., per favore indichi "Non pertinente".

	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Non Pertinente
a) Genitori	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Suoceri	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Coniuge o Compagno/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Figli	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) Altri familiari	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Amici, colleghi, conoscenti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

5. Quanto spesso entra in conflitto con i Suoi figli o generi / nuore a proposito dell'educazione e dell'istruzione dei Suoi nipoti?

(Per favore, barrare la casella appropriata)

→ Se Lei non ha figli o nipoti, per favore indichi "Non pertinente"

Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Non Pertinente
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

6. Lei vive o ha mai vissuto nella stessa casa con Suo marito, Sua moglie, il Suo compagno o la Sua compagna?

₁ Sì

₅ No



Andare alla domanda 8



7. All'interno della coppia chi si assume o si assumeva la responsabilità principale dei seguenti compiti...

(Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Solo io	Soprattutto io	Io e il coniuge o compagno/a nella stessa misura	Soprattutto il coniuge o compagno/a	Solo il coniuge o compagno/a	Non pertinente
a) Educazione dei figli	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b) Guadagnare soldi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c) Cucinare, pulire la casa, fare il bucato e stirare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d) Assistere gli anziani	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

8. Nelle prossime domande ci occuperemo di eventuali consigli ricevuti da medici. Quanto spesso il Suo medico generico o di base (cioè il medico a cui Lei abitualmente si rivolge per i comuni problemi di salute) ...

(Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Ad ogni visita	Solo ad alcune visite	Mai
	▼	▼	▼
a) ... Le chiede quanta attività fisica svolge?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ... Le consiglia di fare regolarmente esercizio fisico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ... Le chiede di eventuali cadute?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ... controlla il Suo equilibrio o il modo in cui cammina?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ... Le chiede di eventuali medicinali che sta prendendo, prescritti da un altro medico o acquistati senza ricetta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9. In che misura si sente incoraggiato a parlare con il Suo medico a riguardo di... (Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

		Fortemente incoraggiato ▼	Piuttosto incoraggiato ▼	Piuttosto scoraggiato ▼	Fortemente scoraggiato ▼
a)	... problemi di salute fisica , come dolore, problemi motori, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b)	... problemi di salute emotiva, nervosa o psichica , come stress, tristezza, ansietà, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c)	... problemi di salute delicati , come la vita sessuale, problemi di incontinenza, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d)	... problemi sociali che hanno effetto sulla salute , come la famiglia, i problemi di lavoro, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10. In generale, quanto spesso il Suo medico...
(Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

		Sempre ▼	Quasi sempre ▼	Quasi mai ▼	Mai ▼
a)	... Le spiega i risultati degli esami medici (radiologici, di laboratorio, etc.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b)	...Le spiega le diverse possibilità di cura?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c)	... ascolta la Sua opinione e tiene conto delle Sue preferenze nella scelta della cura?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

11. Nelle prossime domande ci occuperemo di prevenzione. Negli ultimi 12 mesi ... (Per favore, barrare la casella appropriata in ogni riga)

		Sì ▼	No ▼
a)	... ha fatto il vaccino antinfluenzale?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b)	... il Suo medico le ha controllato la pressione?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c)	... il Suo medico le ha fatto controllare il colesterolo?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d)	... il Suo medico le ha fatto controllare la glicemia (diabete)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

12. Negli ultimi due anni si è sottoposto ad una visita oculistica da uno specialista, come un optometrista o un oculista?

₁ Sì

₅ No

13. Se è una donna: Negli ultimi due anni si è sottoposta ad una mammografia (radiografia del seno)?

₁ Sì

₈ Non pertinente (per uomini)

₅ No

14. Al momento, ha uno o più di uno dei seguenti animali domestici in famiglia? (Per favore, segnare tutte le possibili risposte)

	Sì	No
	▼	▼
a) Cane	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Gatto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Uccellini	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Pesci	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Altri animali domestici	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

15. Infine, per favore può dirci il Suo sesso e il Suo anno di nascita?

a) **Sono...**

Maschio

₁

Femmina

₂

b) Sono nato nel (Anno)

La ringraziamo molto della Sua collaborazione e del tempo utilizzato per compilare questo questionario.

La preghiamo di restituire il questionario all'intervistatore o spedirlo nella busta fornita.