



Col patrocinio del
Comune di Vanzaghello

Questionario per l'identificazione del bisogno di salute nel Comune di Vanzaghello

Benvenuto!

Il questionario che sta per compilare ci aiuterà ad identificare il bisogno di salute dei cittadini di Vanzaghello con l'obiettivo di potenziare o integrare i servizi attivi sul territorio.

La compilazione del questionario è anonima e richiede 10 minuti di tempo.

La raccolta dei dati viene effettuata col patrocinio del Comune di Vanzaghello nell'ambito del Progetto di Tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche ad indirizzo Cure Primarie e Prevenzione *"Identificazione del bisogno di salute nel Comune di Vanzaghello: analisi quantitativa"* della studentessa dott.ssa Maria Scaccia

Conoscere il punto di vista del cittadino è molto importante: le piccole cose sono responsabili dei grandi cambiamenti!

Grazie!

[Dott.ssa Maria Scaccia](#)

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE "AMEDEO AVOGADRO"

Questionario

1. Genere

Maschio

Femmina

Non voglio rispondere

2. Qual è la sua età?

minore o uguale a 18 anni

da 19 anni a 45 anni

da 46 anni a 65 anni

da 66 anni a 80 anni

da 81 anni a 100 anni

3. Qual è la sua nazionalità?

Italiana (dalla nascita)

Italiana (acquisita)

Straniera

4. Qual è il suo titolo di studio?

Nessun titolo

Diploma

Dottorato, specializzazioni post laurea

Un titolo di studio conseguito all'estero che non so a cosa corrisponda in Italia

Licenza elementare

Laurea triennale

Licenza media

Laurea specialistica

5. Qual è il suo stato civile?

Celibe/Nubile

Convivente

Divorziato/a

Coniugato/a

Separato/a

Vedovo/a

6. Incluso se stesso, quanti componenti ha il suo nucleo familiare? *(Indicare soltanto le persone conviventi)*

1 componente

2 componenti

da 3 a 4 componenti

da 5 a 7 componenti

più di 7 componenti

7. Com'è composto il suo nucleo familiare convivente? *(Se necessario, si possono barrare più risposte)*

famiglia unipersonale

Coppia con figli

Genitori

Coppia senza figli

Coniuge/Partner

Amico/a

8. Da quanti anni vive stabilmente a Vanzaghello?

Da sempre, sono nato qui

Tra 5 e 10 anni

Più di 20 anni

Da meno di 5 anni

Tra 11 e 20 anni

9. Nella sua abitazione esistono scale o barriere architettoniche?

si

no

10. Quali mezzi di trasporto utilizza prevalentemente? *(Se necessario, si possono barrare più risposte)*

Auto privata (guido)

Bus

Moto/ciclomotore

Non ho nessun mezzo di trasporto e nessuno che mi accompagna

Auto privata (non guido)

Treno

Monopattino

Bicicletta

Nessuno

11. Ha parenti che non abitano con lei ma che risiedono nel Comune di Vanzaghello?

Si

No

12. Qual è la sua attuale condizione lavorativa?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sto lavorando | <input type="checkbox"/> Non lavoro e non sto cercando lavoro | <input type="checkbox"/> Studente/studentessa | <input type="checkbox"/> Pensionato/a |
| <input type="checkbox"/> Non sto lavorando ma sto cercando un lavoro | <input type="checkbox"/> Casalingo/a | <input type="checkbox"/> Frequentante un corso di formazione | <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro |

13. Chi, oltre a lei lavora nella sua famiglia? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge/partner | <input type="checkbox"/> Figli | <input type="checkbox"/> Genitori | <input type="checkbox"/> Nessuno |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

14. Oltre alle persone che vivono con lei, quali altre persone frequenta esclusi i contesti di lavoro? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Famiglia allargata/parenti | <input type="checkbox"/> Colleghi | <input type="checkbox"/> Servizi Sociali/Sanitari |
| <input type="checkbox"/> Amici | <input type="checkbox"/> Comunità religiose | <input type="checkbox"/> Nessuno |

15. Ha una persona di fiducia alla quale può rivolgersi per avere un consiglio o un aiuto? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amico o vicino di casa | <input type="checkbox"/> Medico di famiglia/pediatra | <input type="checkbox"/> Operatore di un servizio sociale | <input type="checkbox"/> Nessuno |
| <input type="checkbox"/> Sacerdote o suora | <input type="checkbox"/> Operatore di un servizio sanitario | <input type="checkbox"/> Persona dedita al volontariato | |

16. Circa le esigenze di cura personali o di un suo familiare, vi sono o vi sono stati problemi come i seguenti? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficoltà nella gestione delle cure personali | <input type="checkbox"/> servizi sanitari territoriali | <input type="checkbox"/> Mancanza di aiuto da parte dei parenti | <input type="checkbox"/> Rinuncia del lavoro da parte di un membro della famiglia |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà nell'attivazione di | <input type="checkbox"/> Difficoltà nell'attivazione di servizi sociali territoriali | <input type="checkbox"/> Mancanza di aiuto negli spostamenti | <input type="checkbox"/> Nessun problema |

17. Qual è il suo stato di salute?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non soffro di nessuna patologia | <input type="checkbox"/> Presento da 1 a 3 patologie | <input type="checkbox"/> Presento da 4 a 6 patologie | <input type="checkbox"/> Presento più di 6 patologie |
|--|--|--|--|

18. Lei è autosufficiente nello svolgere le attività di vita quotidiana? (per esempio fare la spesa, cucinare, fare la doccia)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> In parte |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

19. Durante il periodo di pandemia, quali sono stati per la sua famiglia, i problemi maggiori? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemi di salute | <input type="checkbox"/> Problemi nelle relazioni di coppia/familiari | <input type="checkbox"/> Problemi legati all'isolamento sociale/relazione |
| <input type="checkbox"/> Problemi economici (entrate insufficienti) | <input type="checkbox"/> Problemi nella gestione dei figli e conciliazione lavoro/famiglia | <input type="checkbox"/> Non abbiamo avuto particolari difficoltà |
| <input type="checkbox"/> Problemi di lavoro (perdita del lavoro) | | |

20. Quante volte si sei recato dal Medico di Medicina Generale per la sua salute negli ultimi 3 mesi?

- | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> mai | <input type="checkbox"/> da 1 a 2 volte | <input type="checkbox"/> da 3 a 5 volte | <input type="checkbox"/> da 6 a 8 volte | <input type="checkbox"/> da 9 a 10 volte | <input type="checkbox"/> più di 10 volte |
|------------------------------|---|---|---|--|--|

21. Nel momento attuale, qual è la preoccupazione più grande per lei e per la sua famiglia?

Barrare con una crocetta il valore percepito da 1 (poco preoccupato) a 5 (molto preoccupato).	1	2	3	4	5
Disoccupazione/sottoccupazione/precarità occupazionale					
Scarsità di risorse economiche					
Problemi abitativi					
Problemi di salute e di cura personali					
Problemi di salute e di cura verso altri componenti della famiglia					
Problemi di mobilità/trasporti					
Problemi di tipo relazionale (conflittualità nei rapporti con il coniuge/con i figli)					
Offerta sanitaria presente su suo territorio di domicilio					
Offerta sociale presente su suo territorio di domicilio					

22. Negli ultimi 3 mesi qualcuno dei membri del suo nucleo familiare ha avuto necessità di ricevere prestazioni sanitarie al domicilio?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No mai | <input type="checkbox"/> Sì per prelievi di sangue | <input type="checkbox"/> Sì, è attualmente in carico alle cure domiciliari |
| <input type="checkbox"/> Sì per visita medica | <input type="checkbox"/> Sì per misurazione pressione | <input type="checkbox"/> Sì, è attualmente in carico alle cure palliative |
| <input type="checkbox"/> Sì per iniezioni | <input type="checkbox"/> Sì per somministrazione di farmaci | |
| <input type="checkbox"/> Sì per medicazioni | | |

23. Quante volte si è recato in Pronto Soccorso nell'ultimo anno?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> mai | <input type="checkbox"/> da 3 a 5 volte | <input type="checkbox"/> da 9 a 10 volte |
| <input type="checkbox"/> da 1 a 2 volte | <input type="checkbox"/> da 6 a 8 volte | <input type="checkbox"/> più di 10 volte |

24. Quando le capita di dover chiedere aiuto, a chi si rivolge?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non ho avuto/non ho bisogno di chiedere aiuto | <input type="checkbox"/> Agli amici | <input type="checkbox"/> Alle associazioni di persone che provengono dal tuo paese (per stranieri) |
| <input type="checkbox"/> Non ho nessuno a cui chiedere aiuto | <input type="checkbox"/> Alle organizzazioni di volontariato (Caritas, parrocchie ecc.) | <input type="checkbox"/> non so, non voglio rispondere |
| <input type="checkbox"/> Ai parenti | <input type="checkbox"/> Ai servizi del Comune | |

25. Nell'arco della settimana la sua famiglia si avvale dei seguenti servizi erogati in forma privata? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Badante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nessuno |
| Collaborator e domestico | <input type="checkbox"/> Operatore domiciliare | Infermiere | Assistenza a persona disabile | |

26. Dal suo punto di vista, quali cose servirebbero di più nel Comune in cui vive? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servizi di assistenza per gli anziani | <input type="checkbox"/> Servizi di compagnia per gli anziani | <input type="checkbox"/> Servizi per le persone con disabilità |
|--|---|--|

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servizi per i giovani | <input type="checkbox"/> Servizi per la formazione linguistica | <input type="checkbox"/> Aiuti per le attività domestiche |
| <input type="checkbox"/> Servizi per i bambini | <input type="checkbox"/> Servizi per la mobilità e il trasporto | <input type="checkbox"/> Spazi per la socialità e l'incontro |
| <input type="checkbox"/> Attività educative | <input type="checkbox"/> Servizi commerciali | <input type="checkbox"/> Servizi per genitori in attesa e/o con figli minori |
| <input type="checkbox"/> Servizi sanitari | <input type="checkbox"/> Aiuti per gli affitti/mutui | <input type="checkbox"/> Servizi per i caregiver |
| <input type="checkbox"/> Servizi per la formazione professionale | | |

27. Vi sono problemi che sta affrontando o che ha dovuto affrontare negli ultimi 3 mesi? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accudimento di persona ammalata o non autosufficiente | <input type="checkbox"/> Grave discordia o conflitto in famiglia | <input type="checkbox"/> Separazione tra i coniugi | <input type="checkbox"/> Abbandono da parte di un membro della famiglia | <input type="checkbox"/> Problemi di salute |
| | | | | <input type="checkbox"/> Altro/no |

28. Quali servizi offerti sul territorio che utilizza o che ha utilizzato conosce? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mensa scolastica | <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare Integrata | <input type="checkbox"/> Servizi sociali comunali |
| <input type="checkbox"/> Servizio pre/post scuola | <input type="checkbox"/> Assistenza protesica (richiesta presidi sanitari o per la deambulazione) | <input type="checkbox"/> Casa di Comunità |
| <input type="checkbox"/> Biblioteca Comunale | <input type="checkbox"/> Servizi educativi domiciliari | <input type="checkbox"/> Pasto al domicilio |
| <input type="checkbox"/> Trasporto pubblico urbano | <input type="checkbox"/> Adozioni/affidamenti | <input type="checkbox"/> Servizio di Teleassistenza |
| <input type="checkbox"/> Sportello stranieri | <input type="checkbox"/> Mediazione culturale/familiare | <input type="checkbox"/> Centro estivo |
| <input type="checkbox"/> CAF | | |

29. Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a qualche servizio pubblico o convenzionato sotto riportato? (Se necessario, si possono barrare più risposte)

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultorio familiare | <input type="checkbox"/> Centro di salute mentale | <input type="checkbox"/> Casa di riposo per anziani | <input type="checkbox"/> Istituto di lungodegenza per malati cronici | <input type="checkbox"/> Centro diurno disabili |
| <input type="checkbox"/> Servizio di neuropsichiatria infantile | <input type="checkbox"/> SERT | <input type="checkbox"/> Casa famiglia o comunità | <input type="checkbox"/> servizio di inserimento lavorativo | <input type="checkbox"/> Servizio formazione all'autonomia |
| <input type="checkbox"/> servizio sociale comunale | <input type="checkbox"/> Servizio di assistenza domiciliare | <input type="checkbox"/> Comunità terapeutica | <input type="checkbox"/> Centro diurno integrato | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto sociale |
| | <input type="checkbox"/> centro diurno socio-educativo | <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione | | <input type="checkbox"/> Nessuno |

30. Avverte l'esigenza di un supporto particolare nella gestione dei familiari?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Figli minori | <input type="checkbox"/> Familiari anziani coabitanti | <input type="checkbox"/> Familiari anziani non coabitanti | <input type="checkbox"/> Persona disabile | <input type="checkbox"/> Familiare bisognoso | <input type="checkbox"/> Nessuna |
|---------------------------------------|---|---|---|--|----------------------------------|

31. In quale fascia oraria della giornata avverte l'esigenza di un supporto particolare nella gestione dei familiari?

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mattina | <input type="checkbox"/> Pomeriggio | <input type="checkbox"/> Notte | <input type="checkbox"/> Più momenti della giornata | <input type="checkbox"/> Tutta la giornata |
| <input type="checkbox"/> Pranzo/cena | <input type="checkbox"/> Sera | | | |
| <input type="checkbox"/> Nessuna | | | | |