

Sondaggio sulla salute all'interno della Comunità di Hallmark Health System

La ringraziamo per aver completato il sondaggio sulla salute all'interno della Comunità di Hallmark Health System. Il Suo contributo è molto importante per noi, perché ci permette di conoscere meglio le persone che vivono e lavorano nelle comunità servite da Hallmark Health. Il Suo feedback ci aiuterà a progettare programmi futuri che meglio soddisfino le esigenze della comunità.

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande nel miglior modo possibile. Le Sue risposte sono anonime, pertanto La preghiamo di non scrivere il Suo nome. Il completamento del sondaggio è volontario. In caso di domande alle quali non voglia rispondere, è possibile lasciarle in bianco.

1) A) Città di residenza

- | | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Everett | <input type="checkbox"/> Melrose | <input type="checkbox"/> Saugus | <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Lynnfield | <input type="checkbox"/> North Reading | <input type="checkbox"/> Stoneham | |
| <input type="checkbox"/> Malden | <input type="checkbox"/> Reading | <input type="checkbox"/> Wakefield | |
| <input type="checkbox"/> Medford | <input type="checkbox"/> Revere | <input type="checkbox"/> Winthrop | |

B) Sede del luogo di lavoro

- | | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Everett | <input type="checkbox"/> Melrose | <input type="checkbox"/> Saugus | <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Lynnfield | <input type="checkbox"/> North Reading | <input type="checkbox"/> Stoneham | |
| <input type="checkbox"/> Malden | <input type="checkbox"/> Reading | <input type="checkbox"/> Wakefield | |
| <input type="checkbox"/> Medford | <input type="checkbox"/> Revere | <input type="checkbox"/> Winthrop | |

2) Sesso

- Maschile Femminile Transgender

3) Età

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 o minore | <input type="checkbox"/> 40-49 | <input type="checkbox"/> 70-79 |
| <input type="checkbox"/> 19-29 | <input type="checkbox"/> 50-59 | <input type="checkbox"/> 80 e oltre |
| <input type="checkbox"/> 30-39 | <input type="checkbox"/> 60-69 | |

4) Razza (*Spuntare tutte le opzioni valide.*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indiana d'America/Nativa Americana | <input type="checkbox"/> Ispanica/latina |
| <input type="checkbox"/> Asiatica/Polinesiana | <input type="checkbox"/> Bianca |
| <input type="checkbox"/> Nera/Afroamericana | <input type="checkbox"/> Altra (specificare): _____ |

5) Lingue parlate (*Spuntare tutte le opzioni valide.*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inglese | <input type="checkbox"/> Francese |
| <input type="checkbox"/> Arabo | <input type="checkbox"/> Creolo haitiano |
| <input type="checkbox"/> Cinese (<i>Se cinese, quale dialetto?</i>) | <input type="checkbox"/> Italiano |
| <input type="checkbox"/> Cantonese | <input type="checkbox"/> Portoghese |
| <input type="checkbox"/> Mandarino | <input type="checkbox"/> Spagnolo |
| <input type="checkbox"/> Altro dialetto cinese
(quale? _____) | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |

6) In quale lingua preferisce ricevere l'assistenza sanitaria? (Sceglierne una).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inglese | <input type="checkbox"/> Francese |
| <input type="checkbox"/> Arabo | <input type="checkbox"/> Creolo haitiano |
| <input type="checkbox"/> Cinese (Se cinese, quale dialetto?) | <input type="checkbox"/> Italiano |
| <input type="checkbox"/> Cantonese | <input type="checkbox"/> Portoghese |
| <input type="checkbox"/> Mandarino | <input type="checkbox"/> Spagnolo |
| <input type="checkbox"/> Altro dialetto cinese
(quale? _____) | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |

7) A) Ha vissuto negli Stati Uniti tutta la vita?

- Sì No

B) Se no, da quanto tempo vive negli Stati Uniti?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 anno o meno | <input type="checkbox"/> 6-10 anni |
| <input type="checkbox"/> 2-5 anni | <input type="checkbox"/> Più di 10 anni |

8) Qual è il Suo reddito familiare annuo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minore di \$10,000 | <input type="checkbox"/> Fra \$50,000 e \$59,999 |
| <input type="checkbox"/> Fra \$10,000 e \$19,999 | <input type="checkbox"/> Fra \$60,000 e \$79,999 |
| <input type="checkbox"/> Fra \$20,000 e \$29,999 | <input type="checkbox"/> Fra \$80,000 e \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> Fra \$30,000 e \$39,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 e oltre |
| <input type="checkbox"/> Fra \$40,000 e \$49,999 | |

9) Da quante persone è composta la Sua famiglia (incluso Lei stesso)?

_____ bambini (0-18 anni) _____ anziani (65 anni e oltre)
_____ adulti (19-64 anni)

10) Qual è il più alto grado di istruzione da Lei raggiunto?

- Licenza media o inferiore
 Diploma di scuola superiore
 Laurea o attestato di istituto professionale
 Laurea specialistica
 Altro (specificare): _____

11) Qual è la Sua attuale situazione lavorativa? Spuntare tutte le opzioni valide.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoratore a tempo pieno | <input type="checkbox"/> Pensionato |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore a tempo parziale | <input type="checkbox"/> Studente |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Disoccupato | |

12) Come definirebbe il Suo stato di salute generale?

- Eccellente
 Molto buono
 Buono
 Discreto
 Cattivo

13) A) Ha una persona che considera il Suo medico personale o che le offre assistenza sanitaria?

- Sì
- No
- Non so

B) Se sì, dove riceve l'assistenza sanitaria di base?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beth Israel Deaconess Medical Center | <input type="checkbox"/> Lynn Community Health Center |
| <input type="checkbox"/> Beverly Hospital | <input type="checkbox"/> Massachusetts General Hospital |
| <input type="checkbox"/> Brigham and Women's Hospital | <input type="checkbox"/> Melrose-Wakefield Hospital- Hallmark Health |
| <input type="checkbox"/> Cambridge Health Alliance | <input type="checkbox"/> Mount Auburn Hospital |
| <input type="checkbox"/> Harvard Vanguard Medical Associates | <input type="checkbox"/> North Shore Community Health --Peabody Family Health Center |
| <input type="checkbox"/> Lahey Clinic Medical Center, Burlington | <input type="checkbox"/> Tufts Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Lahey Clinic Medical Center, North Shore | <input type="checkbox"/> Winchester Hospital |
| <input type="checkbox"/> Lawrence Memorial Hospital - Hallmark Health | <input type="checkbox"/> Altro
(specificare) _____ |

14) Quanto tempo è passato dall'ultima volta in cui Lei è stato visitato da un medico o da altro fornitore di assistenza sanitaria per un controllo di routine? Un controllo di routine è un esame generico, non un esame per accertare una specifica lesione, malattia o condizione.

- Meno di 1 anno
- 1-2 anni
- 3-4 anni
- 5 anni e oltre
- Mai visitato
- Non so

15) A) È mai andato al pronto soccorso nell'ultimo anno?

- Sì
- No

B) Se sì, dove si è recato? Spuntare tutte le opzioni valide.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beth Israel Deaconess Medical Center | <input type="checkbox"/> Massachusetts General Hospital |
| <input type="checkbox"/> Beverly Hospital | <input type="checkbox"/> Melrose-Wakefield Hospital- Hallmark Health |
| <input type="checkbox"/> Boston Medical Center | <input type="checkbox"/> Mount Auburn Hospital |
| <input type="checkbox"/> Brigham and Women's Hospital | <input type="checkbox"/> Tufts Medical Center |
| <input type="checkbox"/> The Cambridge Hospital | <input type="checkbox"/> Whidden Memorial Hospital |
| <input type="checkbox"/> Lahey Clinic Medical Center, Burlington | <input type="checkbox"/> Winchester Hospital |
| <input type="checkbox"/> Lahey Clinic Medical Center, North Shore | <input type="checkbox"/> Altro
(specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Lawrence Memorial Hospital- Hallmark Health | |

16) A) Possiede attualmente un'assicurazione/copertura sulla salute?

- Sì, e copre tutte le mie esigenze sanitarie in genere
- Sì, ma non copre le mie esigenze sanitarie
- No

B) Se la Sua assicurazione non copre le sue esigenze, perché? Spuntare tutte le opzioni valide.

- Premio troppo alto
- Quota deducibile troppo alta
- Cure dentali non coperte
- Cure oculistiche non coperte
- Servizi di prevenzione, come mammografie e altri esami, non coperti
- Altro (specificare): _____

17) A) Ci sono state occasioni, negli ultimi 12 mesi, in cui ha avuto bisogno di essere visitato da un medico, da un infermiere/a o da altro fornitore di assistenza sanitaria ma non ha potuto?

- Sì
- No

B) Se sì, per quale motivo? Spuntare tutte le opzioni valide.

- Costo troppo alto
- Impossibilità di avere un appuntamento
- Differenze culturali tra me e il fornitore di assistenza sanitaria
- Orari di apertura non adatti
- Barriere linguistiche
- Non ho alcuna assicurazione
- Impossibilità/problemi di trasporto
- Impegnato nella cura di bambini e/o anziani
- Altro (specificare): _____

18) In media, quanti giorni a settimana fa attività fisica per almeno 30 minuti?

- Mai
- 1-2 giorni
- 3-4 giorni
- 5 giorni o più

19) In media, con quale frequenza mangia ciascuno dei seguenti alimenti?

	Una volta a settimana o meno	2-4 volte a settimana	Una volta al giorno	2-4 volte al giorno	5 volte al giorno o più
Frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereali integrali (come riso integrale o pane 100% integrale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Fino a che punto è d'accordo o in disaccordo con la seguente affermazione?

	Fortemente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
La scelta di cibi sani (compresi frutta e verdure fresche, cereali integrali, ecc.) nella mia comunità è sostenibile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Se ha 50 anni o più, si è sottoposto a colonscopia negli ultimi 10 anni?

- Sì
- No
- Non so
- Ho meno di 50 anni

22) Solo per le donne:

A) Quando si è sottoposta a pap test per la prima volta?

- Mai
- 1 anno fa o meno
- 1-2 anni fa
- 3-5 anni fa
- Più di 5 anni fa

B) Se ha 40 anni o più, quando si è sottoposta a mammografia per l'ultima volta?

- Mai
- 1 anno fa o meno
- 1-2 anni fa
- 3-5 anni fa
- Più di 5 anni fa
- Ho meno di 40 anni

23) Le è stata mai diagnosticata una delle seguenti condizioni? Se sì, spuntare tutte le opzioni valide:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Malattie cardiache |
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Ipertensione |
| <input type="checkbox"/> Cancro | <input type="checkbox"/> Colesterolo alto |
| <input type="checkbox"/> Depressione | <input type="checkbox"/> Sovrappeso |
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Altra condizione cronica (specificare): _____ |

24) Fa uso di tabacco?

- Sì
- Ne facevo uso ma ho smesso
- No, non ne ho mai fatto uso

25) Quali pensa che siano i maggiori problemi di salute nella comunità in cui vive? Indichi i primi 3.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Obesità |
| <input type="checkbox"/> Cancro | <input type="checkbox"/> Ictus |
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Abuso di sostanze |
| <input type="checkbox"/> Malattie cardiache | <input type="checkbox"/> Violenza/violenza domestica |
| <input type="checkbox"/> Malattie polmonari | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> Salute mentale | |

26) Che cosa può fare Hallmark Health per aiutare lei o la Sua famiglia a migliorare la Sua salute?

27) Altre osservazioni o suggerimenti sulla Sua salute e su quella della Sua famiglia e della Sua comunità, o in merito a Hallmark Health? (Se necessario, scrivere sul retro).