QUESTIONARIO SULLA MEDICINA DI GENERE

Le donne vivono generalmente più a lungo degli uomini, in media 6-8 anni in più, ma questo dato non indica un privilegio in termini di qualità di vita. Secondo i dati dell'ISTAT, l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini.
Uomini e donne, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano significative differenze riguardo: insorgenza, progressione, risposta ai trattamenti e prognosi di molte malattie.
Inoltre, la differenza tra uomini e donne sta nel contesto sociale, motivo per cui, dallo studio delle differenze di tipo biologico legate al sesso, si sta passando ad uno studio più complesso che includa tutte le implicazioni sociali, psicologiche, culturali e ambientali che identificano le cosiddette differenze di genere.
Tutto ciò alla base della cosi detta MEDICINA di GENERE.
La finalità della medicina di genere è quella di impostare dei percorsi preventivi, cosa che ci interessa in modo particolare come S.I.M.P.e S.V., ma anche diagnostici, terapeutici e assistenziali specifici per ciascuno dei due sessi.
Iniziamo quindi con la somministrazione di un Questionario dedicato al tema che è stato oggetto di discussione e preparazione nell'ambito della nostra Società Scientifica, al fine di meglio programmare le nostre attività sulla Medicina di Genere nel contesto della Medicina Generale.
I Medici di Medicina Generale che vorranno somministrarlo ai propri pazienti, potranno farlo autonomamente e successivamente farli pervenire, entro il 25 febbraio, a:

SIMPeSV c/o FIMMG NAZIONALE
Piazza Guglielmo Marconi 25
00144 ROMA

Grazie per la collaborazione

Daniela Livadiotti
Comp.nte Direttivo S.I.M.P.e S.V.
Tel. 0654896627

Walter Marrocco
Pres.te S.I.M.P.e S.V.
Tel. 0654896627

Società Italiana
di Medicina di Prevenzione
e degli Stili di Vita

QUESTIONARIO SULLA MEDICINA DI GENERE

Rivolto a pazienti di età uguale o maggiore di 18 anni

SESSO [F] [M] **ETA'**_____ **PESO (in Kg)** _____ A **LTEZZA** (in cm)_____

REGIONE _____

1. STATO CIVILE [a] Celibe/nubile [b] Coniugato/convivente [c] Separato/divorziato [d] Vedovo	**6. COSA FA QUANDO AVVERTE UN MALESSERE:** [a] Cerco subito aiuto [b] Cerco di nasconderlo sperando che passi [c] Cerco di risolverlo da solo/a [d] Ne parlo subito al mio medico
2. GRADO DI ISTRUZIONE [a] Licenza elementare [b] Licenza media [c] Licenza superiore [d] Laurea	**7. HA PATOLOGIE CRONICHE COME DIABETE, MALATTIE CARDIOVASCOLARI, MALATTIE RESPIRATORIE, MALATTIE OSTEOARTICOLARI?** [a] Sì [b] No
3. COME PERCEPISCE IL SUO STATO DI SALUTE [a] Ottimo [b] Buono [c] Discreto [d] Cattivo	**8. TALI PATOLOGIE LIMITANO LE SUE ATTIVITÀ QUOTIDIANE (PASSEGGIARE, LAVARSI, LAVORARE, ETC.)?** [a] Sì [b] No
4. INDICHI COSA METTEREBBE AL PRIMO POSTO PER ORDINE DI IMPORTANZA TRA: [a] Hobby [b] Lavoro [c] Salute [d] Famiglia	**9. FUMA?** [a] No, non ho mai fumato [b] Fumavo ma ho smesso [c] Fumo più di 10 sigarette al giorno [d] Fumo meno di 10 sigarette al giorno
5. COSA PROVA QUANDO NON SI SENTE BENE: [a] Ho paura di morire [b] Mi preoccupo per me stesso [c] Mi preoccupo per i miei cari [d] Non mi preoccupo affatto	**10. BEVE VINO O ALTRI ALCOLICI?** [a] No, sono astemio [b] Sì, saltuariamente [c] Sì, solo ai pasti [d] Sì, anche fuori dai pasti

11. PRATICA ATTIVITÀ FISICA a Non pratico attività fisica b Pratico attività fisica saltuariamente c Non pratico attività fisica, ma cammino per almeno 30 minuti tutti i giorni d Pratico attività fisica due o tre volte a settimana per almeno 40 minuti	**16. COME RITIENE LA SUA VITA SESSUALE?** a Ottima b Soddisfacente c Poco soddisfacente d Inesistente
12. COME TRASCORRE LA SUA GIORNATA? a Passo gran parte del tempo seduto, sia al lavoro che nel tempo libero b Passo gran parte del tempo in movimento, sia al lavoro che nel tempo libero c Passo gran parte del tempo seduto, ma cerco di muovermi appena possibile	**17. HA NOTATO UNA PERDITA DI INTERESSE O PIACERE NEL FARE LE COSE CHE DI SOLITO LE PIACEVANO O LE DAVANO SODDISFAZIONE?** a Sì b No
13. CONSUMA ALMENO 3 PASTI AL GIORNO? a Sì, sempre b Sì, tranne che in qualche occasione c No, quasi mai d Mai	**18. FA ESAMI DI CONTROLLO E DI PREVENZIONE SOTTO IL CONSIGLIO DEL SUO MEDICO?** a Sì, lo ritengo molto importante b No, ho paura di scoprire qualche malattia c No, costano troppo d No, non mi sono mai stati consigliati
14. QUALI ALIMENTI SONO PRESENTI AD OGNI PASTO? a Cereali (pane, pasta, riso, fette biscottate, ecc) b Verdura e frutta c Carne, uova, pesce d Latticini	**19. ASSUME REGOLARMENTE I FARMACI PRESCRITTI DAL SUO MEDICO DI FAMIGLIA O DALLO SPECIALISTA?** a Sì, sempre b Sì, ma talvolta li dimentico c No, perché non vedo benefici / penso che i farmaci siano dannosi d No, perché non ne ho bisogno
15. COME DORME? a Bene e al mattino mi sento riposato b Dormo, ma avverto stanchezza al risveglio c Utilizzo farmaci/integratori per riuscire a dormire d Ho difficoltà ad addormentarmi	

GRAZIE

Il Tuo Medico