

## INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

Ogni anno l'Istat conduce questa ricerca per capire i problemi del vivere quotidiano, il grado di soddisfazione in relazione ai principali servizi pubblici (file, orario dei servizi, affollamento dei mezzi pubblici) e le abitudini degli individui. È importante raccogliere dalla viva voce dei cittadini questi aspetti del vivere quotidiano, perché possano essere utilizzati anche per migliorare la situazione.

La ricerca, già prevista dal Programma statistico nazionale 2014-2016 - Aggiornamento 2016, è inserita nel Programma statistico nazionale 2017-2019, (codice IST-00204), attualmente in corso di approvazione, che comprendono l'insieme delle rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese. Il testo del Programma statistico nazionale in vigore è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

L'Istat è tenuto per legge a svolgere queste attività di ricerca e i cittadini sono tenuti a parteciparvi.

L'obbligo di risposta per le rilevazioni condotte dall'Istat è applicabile alle condizioni stabilite dall'art.7 del d.lgs.n.322/1989.

Sarà cura dell'intervistatore fornire indicazioni sull'elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati in vigore al momento dell'intervista; il testo di tale elenco è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

L'obbligo di risposta tuttavia, come previsto dalla normativa vigente (art. 7, comma 2, del d.lgs. n. 322/1989), non riguarda i quesiti di natura sensibile di seguito indicati, ai quali i cittadini potranno decidere se rispondere o meno. Sono di natura sensibile le domande presenti nelle sezioni 7, 8, 9, 10 e 12 del questionario ISTAT/IMF-7/A.17 (questionario individuale di colore rosa) e le sezioni 7 e 17 e i quesiti 19.2,19.3 e 19.5 del questionario ISTAT/IMF-7/B.17 (questionario per autocompilazione di colore verde). I quesiti riguardanti i dati sensibili saranno inoltre segnalati dall'intervistatore nel corso dell'intervista.

Le informazioni raccolte con i questionari di rilevazione, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistici, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

La invito, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 28.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e ad accogliere, con cortese disponibilità, l'incarico del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari. L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003).

I responsabili del trattamento statistico dei dati raccolti nell'ambito della presente indagine sono il Direttore centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione e il Direttore centrale per la raccolta dati. Per il trattamento dei dati personali il titolare è l'Istat - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 - 00184 Roma e i responsabili sono i Direttori Centrali sopra indicati; al Direttore centrale per la raccolta dati è possibile rivolgersi anche per quanto riguarda l'esercizio dei diritti degli interessati.

## SEGRETO STATISTICO, PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modifiche e integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" - art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166, "Regolamento recante il riordino dell'Istituto nazionale di Statistica";
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche e integrazioni, "Codice in materia di protezione dei dati personali" - art. 4 (definizioni), artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali - d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196).

# INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

## ASPETTI DELLA VITA QUOTIDIANA ANNO 2017

7	CODICE INTERVISTATORE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	-----------------------	--

8	Data di consegna all'ufficio del Comune	<input type="text"/>
		Giorno Mese Anno
	<b>L'INTERVISTATORE</b>	
	(Cognome e nome leggibili)	
	Visto per la revisione IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE	

1	Provincia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Comune	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Sezione di Censimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2	(a cura del Comune) Numero <u>progressivo</u> della famiglia intervistata	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Da 0001 al totale delle famiglie intervistate	

3	Numero d'ordine della famiglia nell'elenco <u>Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco</u>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Da 0001 al totale delle famiglie nell'elenco	

4	Numero dei componenti la famiglia <u>anagrafica</u>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	(Colonna 4 del Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco)	

5	Numero dei componenti la famiglia <u>attuale</u>	<input type="text"/> <input type="text"/>

6	RISERVATO ISTAT	<input type="checkbox"/>
---	-----------------	--------------------------



**CODICI DA UTILIZZARE PER LA SCHEDA GENERALE**

**Col. 1 - Numero d'ordine dei componenti**

N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)

**Col. 2 - Posizione con riferimento all'indirizzo della famiglia anagrafica**

- Dimorante  
 - abitualmente presente ..... 1  
 - temporaneamente assente ..... 2

**Col. 3 - Relazione di parentela con PR**

- PR (persona di riferimento del questionario) ..... 01  
 Coniuge di 01 ..... 02  
 Convivente (coniugalmente) di 01 ..... 03  
 Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 01 ... 04  
 Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01 ..... 05  
 Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza ..... 06  
 Figlio di 01 o del coniuge o convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a) ..... 07  
 Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) ..... 08  
 Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) ..... 09  
 Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) ..... 10  
 Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) ..... 11  
 Fratello/sorella di 01 ..... 12  
 Fratello/sorella del coniuge o convivente di 01 ..... 13  
 Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01) ..... 14  
 Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01) ..... 15  
 Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01) ..... 16  
 Persona legata da amicizia ..... 17

**Col. 4 - Sesso**

- Maschio ..... 1  
 Femmina ..... 2

**Col. 5 - Anno di nascita**

Indicare l'anno di nascita con 4 cifre (es. 1952)

**Coll. 6 e 10 - Stato civile attuale (6 anni e più) e dell'anno precedente (7 anni e più)**

- Celibe o nubile ..... 1  
 Coniugato/a coabitante col coniuge ..... 2  
 Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto) ..... 3  
 Separato/a legalmente ..... 4  
 Divorziato/a ..... 5  
 Vedovo/a ..... 6  
 Unito/a civilmente ..... 7  
 Già in unione civile (per decesso del partner) ..... 8  
 Già in unione civile (per scioglimento unione) ..... 9

(a) A colonna 3 il cod. 07 va utilizzato solo nel caso di due o più matrimoni (o convivenze). Nel caso di un solo matrimonio (o convivenza) anche se cessato utilizzare cod. 06.

**Coll. 7 e 11 - Titolo di studio più alto conseguito (6 anni e più) e dell'anno precedente (7 anni e più)**

- Dottorato di ricerca, Diploma accademico di formazione alla ricerca (AFAM) ..... 01  
 Laurea di 4-6 anni (laurea specialistica/magistrale a ciclo unico o laurea del vecchio ordinamento), Master di II livello, Diploma di specializzazione post-laurea ..... 02  
 Laurea specialistica/magistrale biennale, Diploma accademico di alta formazione artistica, musicale e coreutica (AFAM) di II livello ..... 03  
 Laurea di 3 anni di I livello, Diploma accademico di alta formazione artistica, musicale e coreutica (AFAM) di I livello, Master di I livello ..... 04  
 Diploma universitario di 2-3 anni, Diploma di Scuola diretta a fini speciali o di Scuola parauniversitaria ..... 05  
 Diploma del vecchio ordinamento di Accademia (Belle Arti, Nazionale di Arte Drammatica, Nazionale di Danza), di Conservatorio di Musica Statale, di Istituto di Musica Pareggiato, di Istituto Superiore Industrie Artistiche ..... 06  
 Diploma di Tecnico Superiore - ITS (corsi biennali) (dal 2013) .... 07  
 Certificato di Specializzazione Tecnica Superiore - IFTS, Diploma di qualifica professionale regionale di II livello (post diploma) (dal 2000) ..... 08  
 Diploma di maturità/Diploma di istruzione secondaria superiore (di II grado) di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'università ..... 09  
 Attestato IFP di qualifica professionale triennale (operatore), Diploma professionale IFP di tecnico (quarto anno), Diploma di qualifica professionale regionale di I livello (almeno biennale) (dal 2005) ..... 10  
 Diploma di qualifica professionale di scuola secondaria superiore (di II grado) di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'università (Maestro d'arte, Maestro d'asilo, Qualifiche di Istituto professionale, ecc.) ..... 11  
 Licenza media (o Avviamento professionale)/Diploma di istruzione secondaria di I grado ..... 12  
 Licenza elementare/Attestato di valutazione finale ..... 13  
 Nessun titolo - sa leggere e scrivere ..... 14  
 Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere ..... 15

**Col. 8 - Condizione (15 anni e più)**

- Occupato ..... 1  
 In cerca di nuova occupazione ..... 2  
 In cerca di prima occupazione ..... 3  
 Casalinga ..... 4  
 Studente ..... 5  
 Inabile al lavoro ..... 6  
 Persona ritirata dal lavoro ..... 7  
 In altra condizione ..... 8

**Col. 9 - Fonte principale di reddito (15 anni e più)**

- Reddito da lavoro dipendente ..... 1  
 Reddito da lavoro autonomo ..... 2  
 Pensione ..... 3  
 Indennità e provvidenze varie ..... 4  
 Redditi patrimoniali ..... 5  
 Mantenimento da parte dei familiari ..... 6

**Col. 12 - Anno matrimonio attuale**

Indicare l'anno di matrimonio con 4 cifre (es. 1952)

**Col. 13 - Stato civile precedente al matrimonio attuale**

- Celibe o nubile ..... 1  
 Divorziato/a ..... 5  
 Vedovo/a ..... 6

Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

**1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)**

1.1 Data di nascita         
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio ..... 1   
Femmina ..... 2

1.3 Età (in anni compiuti) .....

**1.4 Luogo di nascita**

Stesso Comune di residenza ..... 1

Altro Comune italiano ..... 2

Stato estero ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F

**1.5 Qual è la sua cittadinanza?**

Italiana ..... 1

Apolide ..... 2

Straniera ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F } **andare a dom. 2.1**

**(Se la cittadinanza è italiana, codice 1 a dom. 1.5)**

**1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?**

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 2.1**

**(Se NO)**

**1.7 In che modo ha avuto la cittadinanza italiana?**

Per matrimonio, adozione, residenza prolungata, naturalizzazione ..... 1

Per discendenza (da parente italiano) ..... 2

**1.8 In che anno ha avuto la cittadinanza italiana?**

Non so, non ricordo ..... 9999

**2. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)**

**2.1 È attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?**

NO ..... 01  → **andare al riquadro**

Sì, specificare quale:

Dottorato di ricerca o Corso di Diploma accademico di formazione alla ricerca AFAM ..... 02

Corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico o biennale (di II livello), laurea (di 4 anni o più) del vecchio ordinamento, Master di II livello, Scuola di Specializzazione post-laurea ..... 03

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master di I livello, corso di Diploma Universitario (incluse Scuole Dirette a Fini Speciali) ..... 04

Corso accademico di Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.) di I e II livello presso Accademie, Conservatori/Istituti di musica o Istituti di Industrie artistiche ..... 05

Istituto Tecnico Superiore (ITS) (dal 2013) ... 06

Percorso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS) (dal 2000) ..... 07

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale ..... 08

- Istituto tecnico ..... 09

- Liceo classico, scientifico, linguistico, musicale coreutico, delle scienze umane ..... 10

- Istituto magistrale (liceo socio-psico-pedagogico, delle scienze sociali, ecc.) ..... 11

- Liceo artistico o istituto d'arte ..... 12

Percorso triennale/quadriennale di Istruzione e Formazione Professionale (IFP) (dal 2005) ..... 13

Altro corso di formazione professionale ..... 14

Scuola secondaria di primo grado (cioè scuola media) ..... 15

Scuola primaria (cioè scuola elementare) ..... 16

Scuola dell'infanzia (cioè scuola materna) ..... 17

Asilo nido ..... 18

**ATTENZIONE!**  
**I bambini da 0 a 2 anni non iscritti all'asilo nido vanno a domanda 3.1.**  
**I bambini da 3 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.**  
**Gli altri non iscritti vanno a domanda 4.1.**  
**Gli iscritti continuano!**

*(Se iscritto all'asilo nido, altrimenti andare a domanda 2.3)*

**2.2 Perché frequenta l'asilo nido?**  
*(indicare il motivo principale)*

- È importante da un punto di vista educativo..... 1
- Per farlo stare in compagnia di altri bambini ..... 2
- Una baby sitter costerebbe troppo..... 3
- Nessun familiare lo può accudire..... 4
- Perché ci vanno tutti..... 5
- Altro ..... 6   
(specificare)

*(Per tutti gli iscritti)*

**2.3 L'asilo nido, la scuola o l'università a cui è iscritto è pubblica o privata?**

- Pubblica ..... 1
- Privata ..... 2

*(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola secondaria superiore, altrimenti andare al riquadro)*

**2.4 A quale classe è attualmente iscritto?**

Classe .....

**3. MOTIVI DELLA NON ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO**

*(PER I BAMBINI DA 0 A 2 ANNI NON ISCRITTI ALL'ASILO NIDO)*

**3.1 Perché non frequenta l'asilo nido?**  
*(possibili più risposte)*

- Ho fatto domanda all'asilo nido, ma non è stata accettata ..... 01
- Può seguirlo un membro della famiglia, non ho problemi di organizzazione familiare ..... 02
- L'asilo nido è lontano da casa, scomodo ..... 03
- Non voglio delegare ad altri il compito educativo ..... 04
- Ho provato, ma il bambino si ammalava troppo spesso..... 05
- Il bambino può sentirsi abbandonato ..... 06
- Ho tentato, ma il bambino non vuole andare ..... 07
- Un medico me lo ha sconsigliato ..... 08
- Il bambino è ancora troppo piccolo ..... 09
- L'asilo nido costa troppo..... 10
- L'asilo nido ha orari troppo scomodi ..... 11
- Altro ..... 12   
(specificare)

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 5 anni iscritti all'asilo nido o a scuola vanno a domanda 5.1. Gli altri vanno a domanda 4.1.***

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 2 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.***

Segue Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

**4. CORSI E LEZIONI PRIVATE**

*(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)*

**4.1 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi a spese sue o della famiglia?**

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	Solo in alcuni mesi dell'anno	Solo alcune settimane durante le vacanze estive	Per tutto l'anno
Recupero scolastico.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informatica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lingue .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attività artistiche e/o culturali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**5. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI**

*(PER I BAMBINI DELL'ASILO NIDO E DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA, GLI STUDENTI E GLI OCCUPATI)*

**5.1 A che ora esce di casa abitualmente per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università)?**

Orario abituale.....ora   minuti

Orario variabile a causa di turni .....7777

Orario variabile per altra ragione .....8888

Non esco perché lavoro in casa.....9999

↓  
**andare a domanda 6.1**

*(Se esce per andare al lavoro o a scuola)*

**5.2 Quanto tempo impiega complessivamente per andare al lavoro o a scuola?**

Tempo impiegato abitualmente.....ore   minuti

Tempo impiegato variabile ..... 9999

**5.3 Per motivi di lavoro o di studio Lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?**

NO ..... 1

Sì ..... 2

**5.4 Dove lavora o studia abitualmente?**

*(possibili più risposte)*

Nello stesso Comune in cui risiede ..... 1

In un altro Comune della stessa Provincia..... 2

In un'altra Provincia della stessa Regione ..... 3

In un'altra Regione italiana..... 4

All'Estero ..... 5

**5.5 Per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università) usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?**

NO, vado a piedi..... 1  → **andare a domanda 6.1**

Sì, un solo mezzo .....2

Sì, due o più mezzi.....3

*(Se Sì)*

**5.6 Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro o a scuola?**

*(possibili più risposte)*

Treno ..... 01

Tram ..... 02

Metropolitana..... 03

Autobus, filobus (all'interno del Comune) ..... 04

Pullman, corriera (tra Comuni diversi)..... 05

Pullman aziendale o scolastico ..... 06

Auto privata (come conducente) ..... 07

Auto privata (come passeggero) ..... 08

Motocicletta o ciclomotore ..... 09

Bicicletta ..... 10

Altro mezzo..... 11

Segue Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

5.7 Qual è il mezzo utilizzato per il tratto più lungo?

*(indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 5.6)*

Mezzo di trasporto.....

5.8 Le capita di organizzarsi con colleghi di lavoro o compagni di studio per andare insieme al lavoro o a scuola in modo da utilizzare una sola autovettura?

Tutti i giorni.....1

Una o più volte alla settimana...2

Più raramente.....3

Mai.....4

**ATTENZIONE!**

*Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 7.1.*

*Continuare per gli altri!*

**6. ATTIVITÀ SETTIMANALI**

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

6.1 Quanto tempo in ore e minuti dedica mediamente alla settimana a:

a) Lavoro domestico e cura della famiglia (attività domestiche, fare la spesa, cura dei figli o di altri familiari conviventi)

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

*(Se svolge lavoro domestico e familiare e/o attività lavorativa)*

6.2 Il suo lavoro domestico ed extradomestico è prevalentemente caratterizzato da attività fisica scarsa, moderata o pesante?

*(una risposta per ogni riga)*

	Scarsa	Moderata	Pesante
Lavoro domestico e familiare.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Attività lavorativa.....	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI**

*(PER TUTTI)*

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	Si	Quante volte N.
Pronto soccorso.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guardia medica .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consultorio familiare.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centri di assistenza psichiatrica (Centri Salute Mentale).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servizi assistenza ai tossicodipendenti.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**8. SERVIZI OSPEDALIERI**

*(PER TUTTI)*

8.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato convenzionato) o in una casa di cura privata?

*Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.*

Escluda il ricorso al day hospital e cioè al ricovero senza pernottamento.

NO ..... 1  → **andare a domanda 9.1**

Sì ..... 2

*(Se Sì)*

8.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

8.3 Per quante notti, complessivamente, è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

*(Con riferimento all'ultimo ricovero)*

8.4 In quale tipo di struttura è avvenuto il ricovero?

Ospedale o istituto di cura pubblico ..... 1

Casa di cura privata accreditata (convenzionata) ..... 2

Casa di cura privata a pagamento intero ..... 3

Segue Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

**8.5** Ha contribuito, direttamente o tramite un'assicurazione privata, al pagamento delle spese sanitarie e/o a quelle per altri servizi relativi al ricovero?

NO.....1  → **andare a domanda 8.7**

Sì.....2

**(Se Sì)**

**8.6** Il contributo ha riguardato:

**(possibili più risposte)**

	Direttamente	Tramite assicurazione privata
Spese sanitarie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altre spese (stanza, Tv, ecc.) ...	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Entrambe.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**(Con riferimento all'ultimo ricovero)**

**8.7** È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Assistenza medica.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vitto .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Servizi igienici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**9. VISITE MEDICHE**

**(PER TUTTI)**

**9.1** Negli ultimi 12 mesi ha fatto ricorso a visite effettuate presso medici specialisti, come oculista, ortopedico, ecc.?

*Non consideri le visite dentistiche.*

*Escluda anche le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto soccorso, quelle durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

*Includa le visite di lavoro e sportive.*

NO.....1  → **andare a domanda 9.4**

Sì.....2  → N.

**(Se ha fatto visite specialistiche negli ultimi 12 mesi)**

**9.2** Con riferimento all'ultima visita specialistica:

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN)..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

**9.3** Sempre con riferimento all'ultima visita specialistica, Le è stata prescritta da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**(Per tutti)**

**9.4** Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno?

**Escluda le visite dentistiche.**

NO ..... 1  → **andare a dom. 10.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

**(possibili più risposte)**

Non poteva pagarla, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

**(Se Sì)**

**9.5** Si trattava di visite specialistiche che avrebbe dovuto fare:

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	Sì	N. Visite
Nel Servizio Sanitario Nazionale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

Da specialisti privati, interamente a sue spese, prescritte da un medico .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
--	----------------------------	----------------------------	------------------------

Da specialisti privati, interamente a sue spese, non prescritte da un medico ...	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
--	----------------------------	----------------------------	------------------------

Segue Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

*(PER TUTTI)*

10.1 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami del sangue?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

10.2 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test o altri accertamenti?

*Escluda esami del sangue o delle urine.*

*Escluda quelli effettuati durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 10.5**

Sì ..... 2  → N.

*(Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)*

10.3 Con riferimento all'ultimo esame specialistico:

*(una sola risposta)*

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN) ..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

10.4 Sempre con riferimento all'ultimo esame specialistico, Le è stato prescritto da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

*(Per tutti)*

10.5 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche accertamento specialistico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno?

NO ..... 1  → **andare a domanda 11.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

*(possibili più risposte)*

Non poteva pagarlo, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga ..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

*(Se Sì)*

10.6 Si trattava di accertamenti specialistici che avrebbe dovuto fare:

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	Sì	N. Esami specialistici
Nel Servizio Sanitario Nazionale..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> →			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, prescritti da un medico..... 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> →			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--	--

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, non prescritti da un medico .... 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> →			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--	--

**11. ASSICURAZIONE**

*(PER TUTTI)*

11.1 Lei ha (da solo o insieme ad altri componenti della famiglia):

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	Sì
Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni .... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa ..... 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		
--	--	--

**12. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO** (PER TUTTI)

12.1 Negli ultimi 12 mesi ha subito uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le sue condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

NO ..... 1  → andare a domanda 13.1

Sì ..... 2  → Quante volte? N.

(Se Sì)

12.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → Quante volte? N.

**13. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA** (PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

13.1 Nel suo tempo libero pratica con carattere di continuità uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → andare a domanda 13.4

(Se NO)

13.2 Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → andare a domanda 13.4

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 13.4)

13.3 Le capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno?

NO ..... 1

Sì, una volta o più volte alla settimana ..... 2

Sì, una volta o più volte al mese ..... 3

Sì, più raramente ..... 4

} andare a dom. 14.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 14.1)

13.4 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Con che frequenza le ha praticate nell'anno?

Cinque o più volte a settimana ..... 1

Tre o quattro volte a settimana ..... 2

Due volte a settimana ..... 3

Una volta a settimana ..... 4

Due o tre volte al mese ..... 5

Una volta al mese ..... 6

Qualche volta durante l'anno ..... 7

13.5 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Per quante ore le ha praticate nell'ultima settimana?

Consideri tutti gli sport praticati e sommi tutte le ore di attività svolte nell'ultima settimana.

Nell'ultima settimana non ho praticato ..... 1

Fino a 2 ore ..... 2

Da più di 2 ore fino a 4 ore ..... 3

Da più di 4 ore fino a 6 ore ..... 4

Da più di 6 ore fino a 10 ore ..... 5

Più di 10 ore ..... 6

13.6 Negli ultimi 12 mesi ha fatto sport in luoghi a pagamento?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.7 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi di sport a spese sue o della famiglia?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.8 Paga una retta annua o periodica per un circolo o club sportivo?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**14. AMICI** (PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

14.1 Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?

- Tutti i giorni..... 1
- Più di una volta alla settimana ..... 2
- Una volta alla settimana..... 3
- Qualche volta al mese (meno di 4) ..... 4
- Qualche volta durante l'anno ..... 5
- Mai..... 6
- Non ho amici ..... 7

**ATTENZIONE!**  
**Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni.**  
**Continuare per gli altri!**

**15. ALTRI PARENTI AMICI E VICINATO** (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Oltre ai genitori, i figli, i fratelli e le sorelle, i nonni e i nipoti (figli di figli) ci sono altri parenti a cui tiene particolarmente e sui quali può contare?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

15.2 Ha uno o più amici su cui poter contare in caso di bisogno?

*Non consideri i parenti.*

- NO ..... 1
- Sì ..... 2
- Non so ..... 3

15.3 Escludendo i parenti (suoi o del coniuge/partner), ci sono persone che abitano vicino a Lei e sulle quali può contare in caso di necessità?

- NO ..... 1
- Sì, una persona o una famiglia ..... 2
- Sì, alcune persone o famiglie ..... 3

**16. GLI AIUTI DATI** (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

16.1 Nelle ultime 4 settimane ha fornito gratuitamente a persone (parenti e non) che non vivono con Lei qualcuno dei seguenti aiuti?

*(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)*

- Aiuto economico ..... 01
- Prestazioni sanitarie (iniezioni, medicazioni, ecc.)..... 02
- Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) ..... 03
- Accudimento, assistenza di bambini ..... 04
- Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) ..... 05
- Compagnia, accompagnamento, ospitalità ... 06
- Espletamento di pratiche burocratiche (andare alla posta, in banca, ecc.) ..... 07
- Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico ..... 08
- Aiuto nello studio ..... 09
- Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc. .... 10
- Altro aiuto a persone ..... 11
- No, nessun aiuto a persone..... 12

**ATTENZIONE!**  
**Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni.**  
**Continuare per gli altri!**

**17. SITUAZIONE LAVORATIVA**

*(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)*

**17.1** Da lunedì a domenica della settimana scorsa ha svolto almeno un'ora di lavoro?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N. ore   → **andare a dom. 17.3**

Permanentemente inabile al lavoro ..... 3  → **andare a dom. 19.1**

*(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 17.1)*

**17.2** Sempre da lunedì a domenica della settimana scorsa, aveva comunque un lavoro che non ha svolto (ad esempio: per ridotta attività, per malattia, per vacanza, per cassa integrazione guadagni, ecc.)?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 18.1**

Sì ..... 2

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.3** Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, Lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 17.6**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ..... 2  } **andare a dom. 17.12**  
 Prestazione d'opera occasionale ..... 3

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore ..... 4

Libero professionista ..... 5

Lavoratore in proprio ..... 6

Coadiuvante nell'azienda di un familiare ..... 7  } **andare a dom. 17.12**  
 Socio di cooperativa ..... 8

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**17.4** Ha dei dipendenti?

*Se l'aiutano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

*(Se libero professionista, gli altri vanno a domanda 17.12)*

**17.5** Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO ..... 1

Sì ..... 2  } **andare a domanda 17.12**

*(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 17.3)*

**17.6** Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) ..... 1

Sì, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) ..... 2

Sì, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato) ..... 3

**17.7** Il suo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il datore di lavoro?

Contratto ..... 1

Accordo verbale ..... 2

Non so ..... 3

**17.8** Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto?

*Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?*

NO ..... 1  → **andare a dom. 17.11**

Sì ..... 2  → N.

*(Se Sì)*

**17.9** Quanto è il valore del singolo buono pasto?

,   Euro

**17.10 In che tipo di esercizi pubblici usa i suoi buoni pasto?**

*(possibili più risposte)*

- Al bar, rosticceria, tavola calda..... 1
- In negozi, supermercati..... 2
- Al ristorante..... 3

**17.11 Lei è:**

- Dirigente..... 1
- Quadro..... 2
- Impiegato..... 3
- Operaio..... 4
- Apprendista..... 5
- Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa..... 6

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.12 Può dirmi il nome della sua professione?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale ed indichi nel modo più dettagliato possibile qual è il lavoro, la professione o il mestiere svolto (es. commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.) evitando termini generici come impiegato od operaio.*

Specificare .....

CODICE .....

Vedi Classificazione delle professioni

**17.13 In quale settore di attività economica lavora?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale.*

- Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca..... 01
- Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02
- Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03
- Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04
- Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05
- Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06
- Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.)..... 07
- Servizi di informazione e comunicazione ..... 08
- Attività finanziarie e assicurative ..... 09
- Attività immobiliari..... 10
- Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11
- Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12
- Istruzione e formazione ..... 13
- Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido)..... 14
- Altri servizi ..... 15

**ATTENZIONE!**  
*Qui finisce il questionario per le persone che hanno un lavoro. Continuare per gli altri!*

**18. RICERCA DI LAVORO** *(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)*

**18.1 Lei cerca lavoro?**

- NO..... 1  → **andare a dom. 18.3**
- Sì..... 2

**(Se Sì)**

18.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcosa per cercare lavoro?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 18.4**

**(Se NO a domanda 18.1 o 18.2)**

18.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi ..... 1  → **andare a dom. 18.5**

Altro ..... 2  → **andare a dom. 19.1**

**(Se Sì a domanda 18.2)**

18.4 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcuna delle seguenti azioni di ricerca di lavoro?

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	si
Ha avuto contatti con un centro pubblico per l'impiego (l'ex ufficio di collocamento) per cercare lavoro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha inviato una domanda per partecipare a un concorso pubblico .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Si è rivolto a parenti, amici, conoscenti, sindacati per trovare lavoro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato lavoro su Internet.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------	----------------------------

Ha avuto contatti con una agenzia interinale o con una struttura di intermediazione (pubblica o privata) diversa da un Centro pubblico per l'impiego per cercare lavoro.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma ...	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

18.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO..... 1

Sì..... 2

**19. LAVORO IN PASSATO**

**(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)**

19.1 Nel corso della sua vita ha mai svolto un lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricavato un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.

NO..... 1  → **fine del questionario individuale**

Sì..... 2

Permanentemente inabile al lavoro..... 3  → **fine del questionario individuale**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, codice 2 a dom. 19.1)**

19.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 19.4**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).....	2 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Prestazione d'opera occasionale.....	3 <input type="checkbox"/>	

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore.....	4 <input type="checkbox"/>	
Libero professionista.....	5 <input type="checkbox"/>	
Lavoratore in proprio.....	6 <input type="checkbox"/>	
Coadiuvante nell'azienda di un familiare .....	7 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Socio di cooperativa .....	8 <input type="checkbox"/>	

Segue Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**19.3 Aveva dei dipendenti?**

*Se l'aiutavano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO .....1

Sì .....2  → N.

} **andare a dom. 19.5**

*(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom. 19.2)*

**19.4 Lei era:**

Dirigente ..... 1

Quadro ..... 2

Impiegato ..... 3

Operaio ..... 4

Apprendista ..... 5

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa ..... 6

**19.5 In quale settore di attività economica lavorava? Faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto.**

Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca ..... 01

Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02

Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03

Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04

Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05

Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06

Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) ..... 07

Servizi di informazione e comunicazione ..... 08

Attività finanziarie e assicurative ..... 09

Attività immobiliari ..... 10

Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11

Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12

Istruzione e formazione ..... 13

Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) ..... 14

Altri servizi ..... 15

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

Sì, senza la presenza di altre persone... 1

NO, ma era presente ..... 3

Sì, con la presenza di altre persone ..... 2

NO, e non era presente ..... 4

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie (cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99 ..... N.

Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

**1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)**

1.1 Data di nascita         
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio ..... 1   
Femmina ..... 2

1.3 Età (in anni compiuti) .....

**1.4 Luogo di nascita**

Stesso Comune di residenza ..... 1

Altro Comune italiano ..... 2

Stato estero ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F

**1.5 Qual è la sua cittadinanza?**

Italiana ..... 1

Apolide ..... 2

Straniera ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F } **andare a dom. 2.1**

**(Se la cittadinanza è italiana, codice 1 a dom. 1.5)**

**1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?**

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 2.1**

**(Se NO)**

**1.7 In che modo ha avuto la cittadinanza italiana?**

Per matrimonio, adozione, residenza prolungata, naturalizzazione ..... 1

Per discendenza (da parente italiano) ..... 2

**1.8 In che anno ha avuto la cittadinanza italiana?**

Non so, non ricordo ..... 9999

**2. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)**

**2.1 È attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?**

NO ..... 01  → **andare al riquadro**

Sì, specificare quale:

Dottorato di ricerca o Corso di Diploma accademico di formazione alla ricerca AFAM ..... 02

Corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico o biennale (di II livello), laurea (di 4 anni o più) del vecchio ordinamento, Master di II livello, Scuola di Specializzazione post-laurea ..... 03

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master di I livello, corso di Diploma Universitario (incluse Scuole Dirette a Fini Speciali) ..... 04

Corso accademico di Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.) di I e II livello presso Accademie, Conservatori/Istituti di musica o Istituti di Industrie artistiche ..... 05

Istituto Tecnico Superiore (ITS) (dal 2013) ... 06

Percorso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTTS) (dal 2000) ..... 07

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale ..... 08

- Istituto tecnico ..... 09

- Liceo classico, scientifico, linguistico, musicale coreutico, delle scienze umane ..... 10

- Istituto magistrale (liceo socio-psico-pedagogico, delle scienze sociali, ecc.) ..... 11

- Liceo artistico o istituto d'arte ..... 12

Percorso triennale/quadriennale di Istruzione e Formazione Professionale (IFP) (dal 2005) ..... 13

Altro corso di formazione professionale ..... 14

Scuola secondaria di primo grado (cioè scuola media) ..... 15

Scuola primaria (cioè scuola elementare) ..... 16

Scuola dell'infanzia (cioè scuola materna) ..... 17

Asilo nido ..... 18

**ATTENZIONE!**  
**I bambini da 0 a 2 anni non iscritti all'asilo nido vanno a domanda 3.1.**  
**I bambini da 3 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.**  
**Gli altri non iscritti vanno a domanda 4.1.**  
**Gli iscritti continuano!**

*(Se iscritto all'asilo nido, altrimenti andare a domanda 2.3)*

**2.2 Perché frequenta l'asilo nido?**  
*(indicare il motivo principale)*

- È importante da un punto di vista educativo..... 1
- Per farlo stare in compagnia di altri bambini ..... 2
- Una baby sitter costerebbe troppo..... 3
- Nessun familiare lo può accudire..... 4
- Perché ci vanno tutti..... 5
- Altro ..... 6   
(specificare)

*(Per tutti gli iscritti)*

**2.3 L'asilo nido, la scuola o l'università a cui è iscritto è pubblica o privata?**

- Pubblica ..... 1
- Privata ..... 2

*(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola secondaria superiore, altrimenti andare al riquadro)*

**2.4 A quale classe è attualmente iscritto?**

Classe .....

**3. MOTIVI DELLA NON ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO**

*(PER I BAMBINI DA 0 A 2 ANNI NON ISCRITTI ALL'ASILO NIDO)*

**3.1 Perché non frequenta l'asilo nido?**  
*(possibili più risposte)*

- Ho fatto domanda all'asilo nido, ma non è stata accettata ..... 01
- Può seguirlo un membro della famiglia, non ho problemi di organizzazione familiare ..... 02
- L'asilo nido è lontano da casa, scomodo ..... 03
- Non voglio delegare ad altri il compito educativo ..... 04
- Ho provato, ma il bambino si ammalava troppo spesso..... 05
- Il bambino può sentirsi abbandonato ..... 06
- Ho tentato, ma il bambino non vuole andare ..... 07
- Un medico me lo ha sconsigliato ..... 08
- Il bambino è ancora troppo piccolo ..... 09
- L'asilo nido costa troppo..... 10
- L'asilo nido ha orari troppo scomodi ..... 11
- Altro ..... 12   
(specificare)

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 5 anni iscritti all'asilo nido o a scuola vanno a domanda 5.1. Gli altri vanno a domanda 4.1.***

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 2 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.***

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

**4. CORSI E LEZIONI PRIVATE**

*(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)*

**4.1 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi a spese sue o della famiglia?**

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	Solo in alcuni mesi dell'anno	Solo alcune settimane durante le vacanze estive	Per tutto l'anno
Recupero scolastico.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informatica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lingue .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attività artistiche e/o culturali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**5. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI**

*(PER I BAMBINI DELL'ASILO NIDO E DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA, GLI STUDENTI E GLI OCCUPATI)*

**5.1 A che ora esce di casa abitualmente per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università)?**

Orario abituale.....ora   minuti

Orario variabile a causa di turni .....7777

Orario variabile per altra ragione .....8888

Non esco perché lavoro in casa.....9999

↓  
**andare a domanda 6.1**

*(Se esce per andare al lavoro o a scuola)*

**5.2 Quanto tempo impiega complessivamente per andare al lavoro o a scuola?**

Tempo impiegato abitualmente.....ore   minuti

Tempo impiegato variabile ..... 9999

**5.3 Per motivi di lavoro o di studio Lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?**

NO ..... 1

Sì ..... 2

**5.4 Dove lavora o studia abitualmente?**

*(possibili più risposte)*

Nello stesso Comune in cui risiede ..... 1

In un altro Comune della stessa Provincia..... 2

In un'altra Provincia della stessa Regione ..... 3

In un'altra Regione italiana..... 4

All'Estero ..... 5

**5.5 Per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università) usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?**

NO, vado a piedi..... 1  → **andare a domanda 6.1**

Sì, un solo mezzo .....2

Sì, due o più mezzi.....3

*(Se Sì)*

**5.6 Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro o a scuola?**

*(possibili più risposte)*

Treno ..... 01

Tram ..... 02

Metropolitana..... 03

Autobus, filobus (all'interno del Comune) ..... 04

Pullman, corriera (tra Comuni diversi)..... 05

Pullman aziendale o scolastico ..... 06

Auto privata (come conducente) ..... 07

Auto privata (come passeggero) ..... 08

Motocicletta o ciclomotore ..... 09

Bicicletta ..... 10

Altro mezzo..... 11

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

5.7 Qual è il mezzo utilizzato per il tratto più lungo?  
*(indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 5.6)*

Mezzo di trasporto.....

5.8 Le capita di organizzarsi con colleghi di lavoro o compagni di studio per andare insieme al lavoro o a scuola in modo da utilizzare una sola autovettura?

Tutti i giorni.....1   
Una o più volte alla settimana...2   
Più raramente.....3   
Mai.....4

**ATTENZIONE!**  
*Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 7.1.  
Continuare per gli altri!*

**6. ATTIVITÀ SETTIMANALI** *(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

6.1 Quanto tempo in ore e minuti dedica mediamente alla settimana a:

a) Lavoro domestico e cura della famiglia (attività domestiche, fare la spesa, cura dei figli o di altri familiari conviventi)

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

*(Se svolge lavoro domestico e familiare e/o attività lavorativa)*

6.2 Il suo lavoro domestico ed extradomestico è prevalentemente caratterizzato da attività fisica scarsa, moderata o pesante?

*(una risposta per ogni riga)*

	Scarsa	Moderata	Pesante
Lavoro domestico e familiare.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Attività lavorativa .....	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI** *(PER TUTTI)*

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	Si	Quante volte N.
Pronto soccorso.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guardia medica .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consultorio familiare.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centri di assistenza psichiatrica (Centri Salute Mentale).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servizi assistenza ai tossicodipendenti.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**8. SERVIZI OSPEDALIERI** *(PER TUTTI)*

8.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato convenzionato) o in una casa di cura privata?

*Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.*

Escluda il ricorso al day hospital e cioè al ricovero senza pernottamento.

NO ..... 1  → **andare a domanda 9.1**

Sì ..... 2

*(Se Sì)*

8.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

8.3 Per quante notti, complessivamente, è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

*(Con riferimento all'ultimo ricovero)*

8.4 In quale tipo di struttura è avvenuto il ricovero?

Ospedale o istituto di cura pubblico ..... 1

Casa di cura privata accreditata (convenzionata) ..... 2

Casa di cura privata a pagamento intero ..... 3

**8.5** Ha contribuito, direttamente o tramite un'assicurazione privata, al pagamento delle spese sanitarie e/o a quelle per altri servizi relativi al ricovero?

NO.....1  → **andare a domanda 8.7**

Sì.....2

**(Se Sì)**

**8.6** Il contributo ha riguardato:

**(possibili più risposte)**

	Direttamente	Tramite assicurazione privata
Spese sanitarie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altre spese (stanza, Tv, ecc.) ...	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Entrambe.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**(Con riferimento all'ultimo ricovero)**

**8.7** È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Assistenza medica.....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vitto .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Servizi igienici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**9. VISITE MEDICHE**

**(PER TUTTI)**

**9.1** Negli ultimi 12 mesi ha fatto ricorso a visite effettuate presso medici specialisti, come oculista, ortopedico, ecc.?

*Non consideri le visite dentistiche.*

*Escluda anche le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto soccorso, quelle durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

*Includa le visite di lavoro e sportive.*

NO.....1  → **andare a domanda 9.4**

Sì.....2  → N.

**(Se ha fatto visite specialistiche negli ultimi 12 mesi)**

**9.2** Con riferimento all'ultima visita specialistica:

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN)..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

**9.3** Sempre con riferimento all'ultima visita specialistica, Le è stata prescritta da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**(Per tutti)**

**9.4** Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno?

**Escluda le visite dentistiche.**

NO ..... 1  → **andare a dom. 10.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

**(possibili più risposte)**

Non poteva pagarla, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

**(Se Sì)**

**9.5** Si trattava di visite specialistiche che avrebbe dovuto fare:

**(una risposta per ogni riga)**

Nel Servizio Sanitario Nazionale ..... NO  Si  → N. Visite

Da specialisti privati, interamente a sue spese, prescritte da un medico ..... 3  4  →

Da specialisti privati, interamente a sue spese, non prescritte da un medico ... 5  6  →

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

**(PER TUTTI)**

10.1 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami del sangue?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

10.2 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test o altri accertamenti?

*Escluda esami del sangue o delle urine.*

*Escluda quelli effettuati durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 10.5**

Sì ..... 2  → N.

**(Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)**

10.3 Con riferimento all'ultimo esame specialistico:

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN) ..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

10.4 Sempre con riferimento all'ultimo esame specialistico, Le è stato prescritto da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**(Per tutti)**

10.5 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche accertamento specialistico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno?

NO ..... 1  → **andare a domanda 11.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

**(possibili più risposte)**

Non poteva pagarlo, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga ..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

**(Se Sì)**

10.6 Si trattava di accertamenti specialistici che avrebbe dovuto fare:

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	Sì	N. Esami specialistici
Nel Servizio Sanitario Nazionale..... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, prescritti da un medico..... 3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
--	----------------------------	---	----------------------

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, non prescritti da un medico .... 5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
--	----------------------------	---	----------------------

**11. ASSICURAZIONE**

**(PER TUTTI)**

11.1 Lei ha (da solo o insieme ad altri componenti della famiglia):

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	Sì
Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni .... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	

Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa ..... 3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
---	----------------------------	--

**12. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO** (PER TUTTI)

12.1 Negli ultimi 12 mesi ha subito uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le sue condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

NO ..... 1  → andare a domanda 13.1

Sì ..... 2  → Quante volte? N.

*(Se Sì)*

12.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → Quante volte? N.

**13. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA** (PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

13.1 Nel suo tempo libero pratica con carattere di continuità uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → andare a domanda 13.4

*(Se NO)*

13.2 Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → andare a domanda 13.4

*(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 13.4)*

13.3 Le capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno?

NO ..... 1

Sì, una volta o più volte alla settimana ..... 2

Sì, una volta o più volte al mese ..... 3

Sì, più raramente ..... 4

andare a dom. 14.1

*(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 14.1)*

13.4 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Con che frequenza le ha praticate nell'anno?

Cinque o più volte a settimana ..... 1

Tre o quattro volte a settimana ..... 2

Due volte a settimana ..... 3

Una volta a settimana ..... 4

Due o tre volte al mese ..... 5

Una volta al mese ..... 6

Qualche volta durante l'anno ..... 7

13.5 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Per quante ore le ha praticate nell'ultima settimana?

*Consideri tutti gli sport praticati e sommi tutte le ore di attività svolte nell'ultima settimana.*

Nell'ultima settimana non ho praticato ..... 1

Fino a 2 ore ..... 2

Da più di 2 ore fino a 4 ore ..... 3

Da più di 4 ore fino a 6 ore ..... 4

Da più di 6 ore fino a 10 ore ..... 5

Più di 10 ore ..... 6

13.6 Negli ultimi 12 mesi ha fatto sport in luoghi a pagamento?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.7 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi di sport a spese sue o della famiglia?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.8 Paga una retta annua o periodica per un circolo o club sportivo?

NO ..... 1

Sì ..... 2

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

**14. AMICI**

*(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)*

**14.1 Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?**

- Tutti i giorni..... 1
- Più di una volta alla settimana ..... 2
- Una volta alla settimana..... 3
- Qualche volta al mese (meno di 4) ..... 4
- Qualche volta durante l'anno ..... 5
- Mai..... 6
- Non ho amici ..... 7

**ATTENZIONE!**

**Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni.  
Continuare per gli altri!**

**15. ALTRI PARENTI AMICI E VICINATO**

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

**15.1 Oltre ai genitori, i figli, i fratelli e le sorelle, i nonni e i nipoti (figli di figli) ci sono altri parenti a cui tiene particolarmente e sui quali può contare?**

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

**15.2 Ha uno o più amici su cui poter contare in caso di bisogno?**

*Non consideri i parenti.*

- NO ..... 1
- Sì ..... 2
- Non so ..... 3

**15.3 Escludendo i parenti (suoi o del coniuge/partner), ci sono persone che abitano vicino a Lei e sulle quali può contare in caso di necessità?**

- NO ..... 1
- Sì, una persona o una famiglia ..... 2
- Sì, alcune persone o famiglie ..... 3

**16. GLI AIUTI DATI**

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

**16.1 Nelle ultime 4 settimane ha fornito gratuitamente a persone (parenti e non) che non vivono con Lei qualcuno dei seguenti aiuti?**

*(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)*

- Aiuto economico ..... 01
- Prestazioni sanitarie (iniezioni, medicazioni, ecc.)..... 02
- Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) ..... 03
- Accudimento, assistenza di bambini ..... 04
- Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) ..... 05
- Compagnia, accompagnamento, ospitalità ... 06
- Espletamento di pratiche burocratiche (andare alla posta, in banca, ecc.) ..... 07
- Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico ..... 08
- Aiuto nello studio ..... 09
- Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc. .... 10
- Altro aiuto a persone ..... 11
- No, nessun aiuto a persone..... 12

**ATTENZIONE!**

**Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni.  
Continuare per gli altri!**

**17. SITUAZIONE LAVORATIVA**

*(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)*

**17.1** Da lunedì a domenica della settimana scorsa ha svolto almeno un'ora di lavoro?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N. ore   → **andare a dom. 17.3**

Permanentemente inabile al lavoro ..... 3  → **andare a dom. 19.1**

*(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 17.1)*

**17.2** Sempre da lunedì a domenica della settimana scorsa, aveva comunque un lavoro che non ha svolto (ad esempio: per ridotta attività, per malattia, per vacanza, per cassa integrazione guadagni, ecc.)?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 18.1**

Sì ..... 2

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.3** Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, Lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 17.6**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ..... 2  } **andare a dom. 17.12**  
 Prestazione d'opera occasionale ..... 3

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore ..... 4

Libero professionista ..... 5

Lavoratore in proprio ..... 6

Coadiuvante nell'azienda di un familiare ..... 7  } **andare a dom. 17.12**  
 Socio di cooperativa ..... 8

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**17.4** Ha dei dipendenti?

*Se l'aiutano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

*(Se libero professionista, gli altri vanno a domanda 17.12)*

**17.5** Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO ..... 1

Sì ..... 2  } **andare a domanda 17.12**

*(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 17.3)*

**17.6** Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) ..... 1

Sì, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) ..... 2

Sì, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato) ..... 3

**17.7** Il suo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il datore di lavoro?

Contratto ..... 1

Accordo verbale ..... 2

Non so ..... 3

**17.8** Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto?

*Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?*

NO ..... 1  → **andare a dom. 17.11**

Sì ..... 2  → N.

*(Se Sì)*

**17.9** Quanto è il valore del singolo buono pasto?

,   Euro

**17.10 In che tipo di esercizi pubblici usa i suoi buoni pasto?**

*(possibili più risposte)*

- Al bar, rosticceria, tavola calda..... 1
- In negozi, supermercati..... 2
- Al ristorante..... 3

**17.11 Lei è:**

- Dirigente..... 1
- Quadro..... 2
- Impiegato..... 3
- Operaio..... 4
- Apprendista..... 5
- Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa..... 6

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.12 Può dirmi il nome della sua professione?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale ed indichi nel modo più dettagliato possibile qual è il lavoro, la professione o il mestiere svolto (es. commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.) evitando termini generici come impiegato od operaio.*

Specificare .....

CODICE .....

Vedi Classificazione delle professioni

**17.13 In quale settore di attività economica lavora?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale.*

- Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca..... 01
- Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02
- Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03
- Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04
- Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05
- Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06
- Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.)..... 07
- Servizi di informazione e comunicazione ..... 08
- Attività finanziarie e assicurative ..... 09
- Attività immobiliari..... 10
- Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11
- Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12
- Istruzione e formazione ..... 13
- Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido)..... 14
- Altri servizi ..... 15

**ATTENZIONE!**  
*Qui finisce il questionario per le persone che hanno un lavoro. Continuare per gli altri!*

**18. RICERCA DI LAVORO**

*(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)*

**18.1 Lei cerca lavoro?**

- NO..... 1  → andare a dom. 18.3
- Sì..... 2

**(Se Sì)**

18.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcosa per cercare lavoro?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 18.4**

**(Se NO a domanda 18.1 o 18.2)**

18.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi ..... 1  → **andare a dom. 18.5**

Altro ..... 2  → **andare a dom. 19.1**

**(Se Sì a domanda 18.2)**

18.4 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcuna delle seguenti azioni di ricerca di lavoro?

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	si
Ha avuto contatti con un centro pubblico per l'impiego (l'ex ufficio di collocamento) per cercare lavoro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha inviato una domanda per partecipare a un concorso pubblico .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Si è rivolto a parenti, amici, conoscenti, sindacati per trovare lavoro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato lavoro su Internet.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------	----------------------------

Ha avuto contatti con una agenzia interinale o con una struttura di intermediazione (pubblica o privata) diversa da un Centro pubblico per l'impiego per cercare lavoro.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma ...	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

18.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO..... 1

Sì..... 2

**19. LAVORO IN PASSATO**

**(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)**

19.1 Nel corso della sua vita ha mai svolto un lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricavato un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.

NO..... 1  → **fine del questionario individuale**

Sì..... 2

Permanentemente inabile al lavoro..... 3  → **fine del questionario individuale**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, codice 2 a dom. 19.1)**

19.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 19.4**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).....	2 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Prestazione d'opera occasionale.....	3 <input type="checkbox"/>	

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore.....	4 <input type="checkbox"/>	
Libero professionista.....	5 <input type="checkbox"/>	
Lavoratore in proprio.....	6 <input type="checkbox"/>	
Coadiuvante nell'azienda di un familiare .....	7 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Socio di cooperativa .....	8 <input type="checkbox"/>	

Segue Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**19.3 Aveva dei dipendenti?**

*Se l'aiutavano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO .....1

Sì .....2  → N.

} **andare a dom. 19.5**

*(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom. 19.2)*

**19.4 Lei era:**

Dirigente ..... 1

Quadro ..... 2

Impiegato ..... 3

Operaio ..... 4

Apprendista ..... 5

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa ..... 6

**19.5 In quale settore di attività economica lavorava? Faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto.**

Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca ..... 01

Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02

Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03

Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04

Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05

Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06

Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) ..... 07

Servizi di informazione e comunicazione ..... 08

Attività finanziarie e assicurative ..... 09

Attività immobiliari ..... 10

Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11

Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12

Istruzione e formazione ..... 13

Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) ..... 14

Altri servizi ..... 15

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

Sì, senza la presenza di altre persone... 1

NO, ma era presente ..... 3

Sì, con la presenza di altre persone ..... 2

NO, e non era presente ..... 4

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie (cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99..... N.

Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

**1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)**

1.1 Data di nascita        
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio ..... 1   
Femmina ..... 2

1.3 Età (in anni compiuti) .....

**1.4 Luogo di nascita**

Stesso Comune di residenza ..... 1

Altro Comune italiano ..... 2

Stato estero ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F

**1.5 Qual è la sua cittadinanza?**

Italiana ..... 1

Apolide ..... 2

Straniera ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F } **andare a dom. 2.1**

**(Se la cittadinanza è italiana, codice 1 a dom. 1.5)**

**1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?**

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 2.1**

**(Se NO)**

**1.7 In che modo ha avuto la cittadinanza italiana?**

Per matrimonio, adozione, residenza prolungata, naturalizzazione ..... 1

Per discendenza (da parente italiano) ..... 2

**1.8 In che anno ha avuto la cittadinanza italiana?**

Non so, non ricordo ..... 9999

**2. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)**

**2.1 È attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?**

NO ..... 01  → **andare al riquadro**

Sì, specificare quale:

Dottorato di ricerca o Corso di Diploma accademico di formazione alla ricerca AFAM ..... 02

Corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico o biennale (di II livello), laurea (di 4 anni o più) del vecchio ordinamento, Master di II livello, Scuola di Specializzazione post-laurea ..... 03

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master di I livello, corso di Diploma Universitario (incluse Scuole Dirette a Fini Speciali) ..... 04

Corso accademico di Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.) di I e II livello presso Accademie, Conservatori/Istituti di musica o Istituti di Industrie artistiche ..... 05

Istituto Tecnico Superiore (ITS) (dal 2013) ... 06

Percorso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTTS) (dal 2000) ..... 07

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale ..... 08

- Istituto tecnico ..... 09

- Liceo classico, scientifico, linguistico, musicale coreutico, delle scienze umane ..... 10

- Istituto magistrale (liceo socio-psico-pedagogico, delle scienze sociali, ecc.) ..... 11

- Liceo artistico o istituto d'arte ..... 12

Percorso triennale/quadriennale di Istruzione e Formazione Professionale (IFP) (dal 2005) ..... 13

Altro corso di formazione professionale ..... 14

Scuola secondaria di primo grado (cioè scuola media) ..... 15

Scuola primaria (cioè scuola elementare) ..... 16

Scuola dell'infanzia (cioè scuola materna) ..... 17

Asilo nido ..... 18

**ATTENZIONE!**  
**I bambini da 0 a 2 anni non iscritti all'asilo nido vanno a domanda 3.1.**  
**I bambini da 3 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.**  
**Gli altri non iscritti vanno a domanda 4.1.**  
**Gli iscritti continuano!**

*(Se iscritto all'asilo nido, altrimenti andare a domanda 2.3)*

**2.2 Perché frequenta l'asilo nido?**  
*(indicare il motivo principale)*

- È importante da un punto di vista educativo..... 1
- Per farlo stare in compagnia di altri bambini ..... 2
- Una baby sitter costerebbe troppo..... 3
- Nessun familiare lo può accudire..... 4
- Perché ci vanno tutti..... 5
- Altro ..... 6   
(specificare)

*(Per tutti gli iscritti)*

**2.3 L'asilo nido, la scuola o l'università a cui è iscritto è pubblica o privata?**

- Pubblica ..... 1
- Privata ..... 2

*(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola secondaria superiore, altrimenti andare al riquadro)*

**2.4 A quale classe è attualmente iscritto?**

Classe .....

**3. MOTIVI DELLA NON ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO**

*(PER I BAMBINI DA 0 A 2 ANNI NON ISCRITTI ALL'ASILO NIDO)*

**3.1 Perché non frequenta l'asilo nido?**  
*(possibili più risposte)*

- Ho fatto domanda all'asilo nido, ma non è stata accettata ..... 01
- Può seguirlo un membro della famiglia, non ho problemi di organizzazione familiare ..... 02
- L'asilo nido è lontano da casa, scomodo ..... 03
- Non voglio delegare ad altri il compito educativo ..... 04
- Ho provato, ma il bambino si ammalava troppo spesso..... 05
- Il bambino può sentirsi abbandonato ..... 06
- Ho tentato, ma il bambino non vuole andare ..... 07
- Un medico me lo ha sconsigliato ..... 08
- Il bambino è ancora troppo piccolo ..... 09
- L'asilo nido costa troppo..... 10
- L'asilo nido ha orari troppo scomodi ..... 11
- Altro ..... 12   
(specificare)

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 5 anni iscritti all'asilo nido o a scuola vanno a domanda 5.1. Gli altri vanno a domanda 4.1.***

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 2 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.***

**4. CORSI E LEZIONI PRIVATE**

*(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)*

**4.1 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi a spese sue o della famiglia?**

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	Solo in alcuni mesi dell'anno	Solo alcune settimane durante le vacanze estive	Per tutto l'anno
Recupero scolastico.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informatica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lingue .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attività artistiche e/o culturali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**5. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI**

*(PER I BAMBINI DELL'ASILO NIDO E DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA, GLI STUDENTI E GLI OCCUPATI)*

**5.1 A che ora esce di casa abitualmente per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università)?**

Orario abituale.....ora   minuti

Orario variabile a causa di turni .....7777

Orario variabile per altra ragione .....8888

Non esco perché lavoro in casa.....9999

↓  
**andare a domanda 6.1**

*(Se esce per andare al lavoro o a scuola)*

**5.2 Quanto tempo impiega complessivamente per andare al lavoro o a scuola?**

Tempo impiegato abitualmente.....ore   minuti

Tempo impiegato variabile ..... 9999

**5.3 Per motivi di lavoro o di studio Lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?**

NO ..... 1

Sì ..... 2

**5.4 Dove lavora o studia abitualmente?**

*(possibili più risposte)*

Nello stesso Comune in cui risiede ..... 1

In un altro Comune della stessa Provincia..... 2

In un'altra Provincia della stessa Regione ..... 3

In un'altra Regione italiana..... 4

All'Estero ..... 5

**5.5 Per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università) usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?**

NO, vado a piedi..... 1  → **andare a domanda 6.1**

Sì, un solo mezzo .....2

Sì, due o più mezzi.....3

*(Se Sì)*

**5.6 Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro o a scuola?**

*(possibili più risposte)*

Treno ..... 01

Tram ..... 02

Metropolitana..... 03

Autobus, filobus (all'interno del Comune) ..... 04

Pullman, corriera (tra Comuni diversi)..... 05

Pullman aziendale o scolastico ..... 06

Auto privata (come conducente) ..... 07

Auto privata (come passeggero) ..... 08

Motocicletta o ciclomotore ..... 09

Bicicletta ..... 10

Altro mezzo..... 11

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

5.7 Qual è il mezzo utilizzato per il tratto più lungo?  
(*indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 5.6*)

Mezzo di trasporto.....

5.8 Le capita di organizzarsi con colleghi di lavoro o compagni di studio per andare insieme al lavoro o a scuola in modo da utilizzare una sola autovettura?

Tutti i giorni.....1

Una o più volte alla settimana...2

Più raramente.....3

Mai.....4

**ATTENZIONE!**

*Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 7.1.  
Continuare per gli altri!*

**6. ATTIVITÀ SETTIMANALI** (*PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ*)

6.1 Quanto tempo in ore e minuti dedica mediamente alla settimana a:

a) Lavoro domestico e cura della famiglia (attività domestiche, fare la spesa, cura dei figli o di altri familiari conviventi)

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

*(Se svolge lavoro domestico e familiare e/o attività lavorativa)*

6.2 Il suo lavoro domestico ed extradomestico è prevalentemente caratterizzato da attività fisica scarsa, moderata o pesante?

*(una risposta per ogni riga)*

	Scarsa	Moderata	Pesante
Lavoro domestico e familiare.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Attività lavorativa .....	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI** (*PER TUTTI*)

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	Si	Quante volte N.
Pronto soccorso.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guardia medica .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consultorio familiare.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centri di assistenza psichiatrica (Centri Salute Mentale).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servizi assistenza ai tossicodipendenti.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**8. SERVIZI OSPEDALIERI** (*PER TUTTI*)

8.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato convenzionato) o in una casa di cura privata?

*Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.*

Escluda il ricorso al day hospital e cioè al ricovero senza pernottamento.

NO ..... 1  → **andare a domanda 9.1**

Sì ..... 2

*(Se Sì)*

8.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

8.3 Per quante notti, complessivamente, è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

*(Con riferimento all'ultimo ricovero)*

8.4 In quale tipo di struttura è avvenuto il ricovero?

Ospedale o istituto di cura pubblico ..... 1

Casa di cura privata accreditata (convenzionata) ..... 2

Casa di cura privata a pagamento intero ..... 3

**8.5** Ha contribuito, direttamente o tramite un'assicurazione privata, al pagamento delle spese sanitarie e/o a quelle per altri servizi relativi al ricovero?

NO.....1  → **andare a domanda 8.7**

Sì.....2

**(Se Sì)**

**8.6** Il contributo ha riguardato:

**(possibili più risposte)**

	Direttamente	Tramite assicurazione privata
Spese sanitarie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altre spese (stanza, Tv, ecc.) ...	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Entrambe.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**(Con riferimento all'ultimo ricovero)**

**8.7** È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Assistenza medica.....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vitto .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Servizi igienici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**9. VISITE MEDICHE**

**(PER TUTTI)**

**9.1** Negli ultimi 12 mesi ha fatto ricorso a visite effettuate presso medici specialisti, come oculista, ortopedico, ecc.?

*Non consideri le visite dentistiche.*

*Escluda anche le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto soccorso, quelle durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

*Includa le visite di lavoro e sportive.*

NO.....1  → **andare a domanda 9.4**

Sì.....2  → N.

**(Se ha fatto visite specialistiche negli ultimi 12 mesi)**

**9.2** Con riferimento all'ultima visita specialistica:

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN)..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

**9.3** Sempre con riferimento all'ultima visita specialistica, Le è stata prescritta da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**(Per tutti)**

**9.4** Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno?

**Escluda le visite dentistiche.**

NO ..... 1  → **andare a dom. 10.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

**(possibili più risposte)**

Non poteva pagarla, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

**(Se Sì)**

**9.5** Si trattava di visite specialistiche che avrebbe dovuto fare:

**(una risposta per ogni riga)**

Nel Servizio Sanitario Nazionale ..... NO  Si  N. Visite

Da specialisti privati, interamente a sue spese, prescritte da un medico ..... 3  4  →

Da specialisti privati, interamente a sue spese, non prescritte da un medico ... 5  6  →

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

**(PER TUTTI)**

10.1 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami del sangue?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

10.2 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test o altri accertamenti?

*Escluda esami del sangue o delle urine.*

*Escluda quelli effettuati durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 10.5**

Sì ..... 2  → N.

**(Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)**

10.3 Con riferimento all'ultimo esame specialistico:

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN) ..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

10.4 Sempre con riferimento all'ultimo esame specialistico, Le è stato prescritto da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**(Per tutti)**

10.5 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche accertamento specialistico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno?

NO ..... 1  → **andare a domanda 11.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

**(possibili più risposte)**

Non poteva pagarlo, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga ..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

**(Se Sì)**

10.6 Si trattava di accertamenti specialistici che avrebbe dovuto fare:

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	Sì	N. Esami specialistici
Nel Servizio Sanitario Nazionale..... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, prescritti da un medico..... 3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
--	----------------------------	---	----------------------

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, non prescritti da un medico .... 5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>
--	----------------------------	---	----------------------

**11. ASSICURAZIONE**

**(PER TUTTI)**

11.1 Lei ha (da solo o insieme ad altri componenti della famiglia):

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	Sì
Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni .... 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	

Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa ..... 3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
---	----------------------------	--

**12. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO** (PER TUTTI)

12.1 Negli ultimi 12 mesi ha subito uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le sue condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

NO ..... 1  → andare a domanda 13.1

Sì ..... 2  → Quante volte? N.

(Se Sì)

12.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → Quante volte? N.

**13. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA** (PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

13.1 Nel suo tempo libero pratica con carattere di continuità uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → andare a domanda 13.4

(Se NO)

13.2 Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → andare a domanda 13.4

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 13.4)

13.3 Le capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno?

NO ..... 1

Sì, una volta o più volte alla settimana ..... 2

Sì, una volta o più volte al mese ..... 3

Sì, più raramente ..... 4

} andare a dom. 14.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 14.1)

13.4 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Con che frequenza le ha praticate nell'anno?

Cinque o più volte a settimana ..... 1

Tre o quattro volte a settimana ..... 2

Due volte a settimana ..... 3

Una volta a settimana ..... 4

Due o tre volte al mese ..... 5

Una volta al mese ..... 6

Qualche volta durante l'anno ..... 7

13.5 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Per quante ore le ha praticate nell'ultima settimana?

Consideri tutti gli sport praticati e sommi tutte le ore di attività svolte nell'ultima settimana.

Nell'ultima settimana non ho praticato ..... 1

Fino a 2 ore ..... 2

Da più di 2 ore fino a 4 ore ..... 3

Da più di 4 ore fino a 6 ore ..... 4

Da più di 6 ore fino a 10 ore ..... 5

Più di 10 ore ..... 6

13.6 Negli ultimi 12 mesi ha fatto sport in luoghi a pagamento?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.7 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi di sport a spese sue o della famiglia?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.8 Paga una retta annua o periodica per un circolo o club sportivo?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**14. AMICI** (PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

14.1 Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?

- Tutti i giorni..... 1
- Più di una volta alla settimana ..... 2
- Una volta alla settimana..... 3
- Qualche volta al mese (meno di 4) ..... 4
- Qualche volta durante l'anno ..... 5
- Mai..... 6
- Non ho amici ..... 7

**ATTENZIONE!**  
**Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni.**  
**Continuare per gli altri!**

**15. ALTRI PARENTI AMICI E VICINATO** (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

15.1 Oltre ai genitori, i figli, i fratelli e le sorelle, i nonni e i nipoti (figli di figli) ci sono altri parenti a cui tiene particolarmente e sui quali può contare?

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

15.2 Ha uno o più amici su cui poter contare in caso di bisogno?

*Non consideri i parenti.*

- NO ..... 1
- Sì ..... 2
- Non so ..... 3

15.3 Escludendo i parenti (suoi o del coniuge/partner), ci sono persone che abitano vicino a Lei e sulle quali può contare in caso di necessità?

- NO ..... 1
- Sì, una persona o una famiglia ..... 2
- Sì, alcune persone o famiglie ..... 3

**16. GLI AIUTI DATI** (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

16.1 Nelle ultime 4 settimane ha fornito gratuitamente a persone (parenti e non) che non vivono con Lei qualcuno dei seguenti aiuti?

*(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)*

- Aiuto economico ..... 01
- Prestazioni sanitarie (iniezioni, medicazioni, ecc.)..... 02
- Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) ..... 03
- Accudimento, assistenza di bambini ..... 04
- Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) ..... 05
- Compagnia, accompagnamento, ospitalità ... 06
- Espletamento di pratiche burocratiche (andare alla posta, in banca, ecc.) ..... 07
- Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico ..... 08
- Aiuto nello studio ..... 09
- Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc. .... 10
- Altro aiuto a persone ..... 11
- No, nessun aiuto a persone..... 12

**ATTENZIONE!**  
**Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni.**  
**Continuare per gli altri!**

**17. SITUAZIONE LAVORATIVA**

*(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)*

**17.1** Da lunedì a domenica della settimana scorsa ha svolto almeno un'ora di lavoro?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N. ore   → **andare a dom. 17.3**

Permanentemente inabile al lavoro ..... 3  → **andare a dom. 19.1**

*(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 17.1)*

**17.2** Sempre da lunedì a domenica della settimana scorsa, aveva comunque un lavoro che non ha svolto (ad esempio: per ridotta attività, per malattia, per vacanza, per cassa integrazione guadagni, ecc.)?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 18.1**

Sì ..... 2

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.3** Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, Lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 17.6**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ..... 2  } **andare a dom. 17.12**  
 Prestazione d'opera occasionale ..... 3

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore ..... 4

Libero professionista ..... 5

Lavoratore in proprio ..... 6

Coadiuvante nell'azienda di un familiare ..... 7  } **andare a dom. 17.12**  
 Socio di cooperativa ..... 8

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**17.4** Ha dei dipendenti?

*Se l'aiutano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

*(Se libero professionista, gli altri vanno a domanda 17.12)*

**17.5** Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO ..... 1

Sì ..... 2  } **andare a domanda 17.12**

*(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 17.3)*

**17.6** Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) ..... 1

Sì, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) ..... 2

Sì, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato) ..... 3

**17.7** Il suo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il datore di lavoro?

Contratto ..... 1

Accordo verbale ..... 2

Non so ..... 3

**17.8** Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto?

*Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?*

NO ..... 1  → **andare a dom. 17.11**

Sì ..... 2  → N.

*(Se Sì)*

**17.9** Quanto è il valore del singolo buono pasto?

,   Euro

**17.10 In che tipo di esercizi pubblici usa i suoi buoni pasto?**

*(possibili più risposte)*

- Al bar, rosticceria, tavola calda..... 1
- In negozi, supermercati..... 2
- Al ristorante..... 3

**17.11 Lei è:**

- Dirigente..... 1
- Quadro..... 2
- Impiegato..... 3
- Operaio..... 4
- Apprendista..... 5
- Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa..... 6

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.12 Può dirmi il nome della sua professione?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale ed indichi nel modo più dettagliato possibile qual è il lavoro, la professione o il mestiere svolto (es. commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.) evitando termini generici come impiegato od operaio.*

Specificare .....

CODICE .....

Vedi Classificazione delle professioni

**17.13 In quale settore di attività economica lavora?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale.*

- Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca..... 01
- Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02
- Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03
- Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04
- Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05
- Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06
- Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.)..... 07
- Servizi di informazione e comunicazione ..... 08
- Attività finanziarie e assicurative ..... 09
- Attività immobiliari..... 10
- Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11
- Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12
- Istruzione e formazione ..... 13
- Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido)..... 14
- Altri servizi ..... 15

**ATTENZIONE!**  
*Qui finisce il questionario per le persone che hanno un lavoro. Continuare per gli altri!*

**18. RICERCA DI LAVORO**

*(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)*

**18.1 Lei cerca lavoro?**

- NO..... 1  → andare a dom. 18.3
- Sì..... 2

**(Se Sì)**

**18.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcosa per cercare lavoro?**

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 18.4**

**(Se NO a domanda 18.1 o 18.2)**

**18.3 Per quale motivo?**

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi ..... 1  → **andare a dom. 18.5**

Altro ..... 2  → **andare a dom. 19.1**

**(Se Sì a domanda 18.2)**

**18.4 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcuna delle seguenti azioni di ricerca di lavoro?**

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	si
Ha avuto contatti con un centro pubblico per l'impiego (l'ex ufficio di collocamento) per cercare lavoro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha inviato una domanda per partecipare a un concorso pubblico .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Si è rivolto a parenti, amici, conoscenti, sindacati per trovare lavoro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato lavoro su Internet.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------	----------------------------

Ha avuto contatti con una agenzia interinale o con una struttura di intermediazione (pubblica o privata) diversa da un Centro pubblico per l'impiego per cercare lavoro.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma ...	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

**18.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?**

NO..... 1

Sì..... 2

**19. LAVORO IN PASSATO**

**(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)**

**19.1 Nel corso della sua vita ha mai svolto un lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricavato un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.**

NO..... 1  → **fine del questionario individuale**

Sì..... 2

Permanentemente inabile al lavoro..... 3  → **fine del questionario individuale**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, codice 2 a dom. 19.1)**

**19.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:**

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 19.4**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).....	2 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Prestazione d'opera occasionale.....	3 <input type="checkbox"/>	

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore.....	4 <input type="checkbox"/>	
Libero professionista.....	5 <input type="checkbox"/>	
Lavoratore in proprio.....	6 <input type="checkbox"/>	
Coadiuvante nell'azienda di un familiare .....	7 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Socio di cooperativa .....	8 <input type="checkbox"/>	

Segue Scheda Individuale del componente n. **03**

(col. 1 della Scheda Generale)

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**19.3 Aveva dei dipendenti?**

*Se l'aiutavano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO .....1

Sì .....2  → N.

} **andare a dom. 19.5**

*(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom. 19.2)*

**19.4 Lei era:**

Dirigente ..... 1

Quadro ..... 2

Impiegato ..... 3

Operaio ..... 4

Apprendista ..... 5

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa ..... 6

**19.5 In quale settore di attività economica lavorava? Faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto.**

Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca ..... 01

Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02

Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03

Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04

Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05

Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06

Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) ..... 07

Servizi di informazione e comunicazione ..... 08

Attività finanziarie e assicurative ..... 09

Attività immobiliari ..... 10

Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11

Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12

Istruzione e formazione ..... 13

Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) ..... 14

Altri servizi ..... 15

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

Sì, senza la presenza di altre persone... 1

NO, ma era presente ..... 3

Sì, con la presenza di altre persone ..... 2

NO, e non era presente ..... 4

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie (cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99..... N.

Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)**

1.1 Data di nascita        
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio ..... 1   
Femmina ..... 2

1.3 Età (in anni compiuti) .....

**1.4 Luogo di nascita**

Stesso Comune di residenza ..... 1

Altro Comune italiano ..... 2

Stato estero ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F

**1.5 Qual è la sua cittadinanza?**

Italiana ..... 1

Apolide ..... 2

Straniera ..... 3   
(specificare)

CODICE STATO ESTERO      
Vedi Appendice F } **andare a dom. 2.1**

**(Se la cittadinanza è italiana, codice 1 a dom. 1.5)**

**1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?**

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 2.1**

**(Se NO)**

**1.7 In che modo ha avuto la cittadinanza italiana?**

Per matrimonio, adozione, residenza prolungata, naturalizzazione ..... 1

Per discendenza (da parente italiano) ..... 2

**1.8 In che anno ha avuto la cittadinanza italiana?**

Non so, non ricordo ..... 9999

**2. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)**

**2.1 È attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?**

NO ..... 01  → **andare al riquadro**

Sì, specificare quale:

Dottorato di ricerca o Corso di Diploma accademico di formazione alla ricerca AFAM ..... 02

Corso di laurea specialistica/magistrale a ciclo unico o biennale (di II livello), laurea (di 4 anni o più) del vecchio ordinamento, Master di II livello, Scuola di Specializzazione post-laurea ..... 03

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master di I livello, corso di Diploma Universitario (incluse Scuole Dirette a Fini Speciali) ..... 04

Corso accademico di Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.) di I e II livello presso Accademie, Conservatori/Istituti di musica o Istituti di Industrie artistiche ..... 05

Istituto Tecnico Superiore (ITS) (dal 2013) ... 06

Percorso di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTTS) (dal 2000) ..... 07

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale ..... 08

- Istituto tecnico ..... 09

- Liceo classico, scientifico, linguistico, musicale coreutico, delle scienze umane ..... 10

- Istituto magistrale (liceo socio-psico-pedagogico, delle scienze sociali, ecc.) ..... 11

- Liceo artistico o istituto d'arte ..... 12

Percorso triennale/quadriennale di Istruzione e Formazione Professionale (IFP) (dal 2005) ..... 13

Altro corso di formazione professionale ..... 14

Scuola secondaria di primo grado (cioè scuola media) ..... 15

Scuola primaria (cioè scuola elementare) ..... 16

Scuola dell'infanzia (cioè scuola materna) ..... 17

Asilo nido ..... 18

**ATTENZIONE!**  
**I bambini da 0 a 2 anni non iscritti all'asilo nido vanno a domanda 3.1.**  
**I bambini da 3 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.**  
**Gli altri non iscritti vanno a domanda 4.1.**  
**Gli iscritti continuano!**

*(Se iscritto all'asilo nido, altrimenti andare a domanda 2.3)*

**2.2 Perché frequenta l'asilo nido?**  
*(indicare il motivo principale)*

- È importante da un punto di vista educativo..... 1
- Per farlo stare in compagnia di altri bambini ..... 2
- Una baby sitter costerebbe troppo..... 3
- Nessun familiare lo può accudire..... 4
- Perché ci vanno tutti..... 5
- Altro ..... 6   
(specificare)

*(Per tutti gli iscritti)*

**2.3 L'asilo nido, la scuola o l'università a cui è iscritto è pubblica o privata?**

- Pubblica ..... 1
- Privata ..... 2

*(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola secondaria superiore, altrimenti andare al riquadro)*

**2.4 A quale classe è attualmente iscritto?**

Classe .....

**3. MOTIVI DELLA NON ISCRIZIONE ALL'ASILO NIDO**

*(PER I BAMBINI DA 0 A 2 ANNI NON ISCRITTI ALL'ASILO NIDO)*

**3.1 Perché non frequenta l'asilo nido?**  
*(possibili più risposte)*

- Ho fatto domanda all'asilo nido, ma non è stata accettata ..... 01
- Può seguirlo un membro della famiglia, non ho problemi di organizzazione familiare ..... 02
- L'asilo nido è lontano da casa, scomodo ..... 03
- Non voglio delegare ad altri il compito educativo ..... 04
- Ho provato, ma il bambino si ammalava troppo spesso..... 05
- Il bambino può sentirsi abbandonato ..... 06
- Ho tentato, ma il bambino non vuole andare ..... 07
- Un medico me lo ha sconsigliato ..... 08
- Il bambino è ancora troppo piccolo ..... 09
- L'asilo nido costa troppo..... 10
- L'asilo nido ha orari troppo scomodi ..... 11
- Altro ..... 12   
(specificare)

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 5 anni iscritti all'asilo nido o a scuola vanno a domanda 5.1. Gli altri vanno a domanda 4.1.***

**ATTENZIONE!**

***I bambini da 0 a 2 anni non iscritti vanno a domanda 7.1.***

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**4. CORSI E LEZIONI PRIVATE**

*(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)*

**4.1 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi a spese sue o della famiglia?**

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	Solo in alcuni mesi dell'anno	Solo alcune settimane durante le vacanze estive	Per tutto l'anno
Recupero scolastico.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informatica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lingue .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attività artistiche e/o culturali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**5. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI**

*(PER I BAMBINI DELL'ASILO NIDO E DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA, GLI STUDENTI E GLI OCCUPATI)*

**5.1 A che ora esce di casa abitualmente per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università)?**

Orario abituale.....ora   minuti

Orario variabile a causa di turni .....7777

Orario variabile per altra ragione .....8888

Non esco perché lavoro in casa.....9999

↓  
**andare a domanda 6.1**

*(Se esce per andare al lavoro o a scuola)*

**5.2 Quanto tempo impiega complessivamente per andare al lavoro o a scuola?**

Tempo impiegato abitualmente.....ore   minuti

Tempo impiegato variabile ..... 9999

**5.3 Per motivi di lavoro o di studio Lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?**

NO ..... 1

Sì ..... 2

**5.4 Dove lavora o studia abitualmente?**

*(possibili più risposte)*

Nello stesso Comune in cui risiede ..... 1

In un altro Comune della stessa Provincia..... 2

In un'altra Provincia della stessa Regione ..... 3

In un'altra Regione italiana..... 4

All'Estero ..... 5

**5.5 Per andare al lavoro o a scuola (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università) usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?**

NO, vado a piedi..... 1  → **andare a domanda 6.1**

Sì, un solo mezzo .....2

Sì, due o più mezzi.....3

*(Se Sì)*

**5.6 Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro o a scuola?**

*(possibili più risposte)*

Treno ..... 01

Tram ..... 02

Metropolitana..... 03

Autobus, filobus (all'interno del Comune) ..... 04

Pullman, corriera (tra Comuni diversi)..... 05

Pullman aziendale o scolastico ..... 06

Auto privata (come conducente) ..... 07

Auto privata (come passeggero) ..... 08

Motocicletta o ciclomotore ..... 09

Bicicletta ..... 10

Altro mezzo..... 11

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

5.7 Qual è il mezzo utilizzato per il tratto più lungo?  
(*indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 5.6*)

Mezzo di trasporto.....

5.8 Le capita di organizzarsi con colleghi di lavoro o compagni di studio per andare insieme al lavoro o a scuola in modo da utilizzare una sola autovettura?

Tutti i giorni.....1

Una o più volte alla settimana...2

Più raramente.....3

Mai.....4

**ATTENZIONE!**

*Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 7.1.  
Continuare per gli altri!*

**6. ATTIVITÀ SETTIMANALI** (*PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ*)

6.1 Quanto tempo in ore e minuti dedica mediamente alla settimana a:

a) Lavoro domestico e cura della famiglia (attività domestiche, fare la spesa, cura dei figli o di altri familiari conviventi)

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività.....0000

N. ore   minuti   a settimana

*(Se svolge lavoro domestico e familiare e/o attività lavorativa)*

6.2 Il suo lavoro domestico ed extradomestico è prevalentemente caratterizzato da attività fisica scarsa, moderata o pesante?

*(una risposta per ogni riga)*

	Scarsa	Moderata	Pesante
Lavoro domestico e familiare.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Attività lavorativa.....	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI** (*PER TUTTI*)

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	Si	Quante volte N.
Pronto soccorso.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guardia medica.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consultorio familiare.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centri di assistenza psichiatrica (Centri Salute Mentale).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servizi assistenza ai tossicodipendenti.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**8. SERVIZI OSPEDALIERI** (*PER TUTTI*)

8.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato convenzionato) o in una casa di cura privata?

*Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.*

Escluda il ricorso al day hospital e cioè al ricovero senza pernottamento.

NO.....1  → **andare a domanda 9.1**

Si.....2

*(Se Sì)*

8.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

8.3 Per quante notti, complessivamente, è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

*(Con riferimento all'ultimo ricovero)*

8.4 In quale tipo di struttura è avvenuto il ricovero?

Ospedale o istituto di cura pubblico.....1

Casa di cura privata accreditata (convenzionata).....2

Casa di cura privata a pagamento intero.....3

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**8.5** Ha contribuito, direttamente o tramite un'assicurazione privata, al pagamento delle spese sanitarie e/o a quelle per altri servizi relativi al ricovero?

NO.....1  → **andare a domanda 8.7**

Sì.....2

**(Se Sì)**

**8.6** Il contributo ha riguardato:

**(possibili più risposte)**

	Direttamente	Tramite assicurazione privata
Spese sanitarie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altre spese (stanza, Tv, ecc.) ...	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Entrambe.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**(Con riferimento all'ultimo ricovero)**

**8.7** È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Assistenza medica.....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vitto .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Servizi igienici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**9. VISITE MEDICHE**

**(PER TUTTI)**

**9.1** Negli ultimi 12 mesi ha fatto ricorso a visite effettuate presso medici specialisti, come oculista, ortopedico, ecc.?

*Non consideri le visite dentistiche.*

*Escluda anche le eventuali visite della Guardia medica, del Pronto soccorso, quelle durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

*Includa le visite di lavoro e sportive.*

NO.....1  → **andare a domanda 9.4**

Sì.....2  → N.

**(Se ha fatto visite specialistiche negli ultimi 12 mesi)**

**9.2** Con riferimento all'ultima visita specialistica:

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN)..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

**9.3** Sempre con riferimento all'ultima visita specialistica, Le è stata prescritta da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**(Per tutti)**

**9.4** Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche visita specialistica pur avendone bisogno?

**Escluda le visite dentistiche.**

NO ..... 1  → **andare a dom. 10.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

**(possibili più risposte)**

Non poteva pagarla, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

**(Se Sì)**

**9.5** Si trattava di visite specialistiche che avrebbe dovuto fare:

**(una risposta per ogni riga)**

Nel Servizio Sanitario Nazionale ..... NO  Si  N. Visite

Da specialisti privati, interamente a sue spese, prescritte da un medico ..... 3  4  →

Da specialisti privati, interamente a sue spese, non prescritte da un medico ... 5  6  →

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**10. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

**(PER TUTTI)**

10.1 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami del sangue?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

10.2 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto a esami specialistici, quali radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, pap test o altri accertamenti?

*Escluda esami del sangue o delle urine.*

*Escluda quelli effettuati durante un ricovero ospedaliero o in day hospital.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 10.5**

Sì ..... 2  → N.

**(Se ha effettuato esami specialistici nei 12 mesi)**

10.3 Con riferimento all'ultimo esame specialistico:

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla ..... 1

Ha pagato il ticket (consegnando la ricetta rossa del SSN) ..... 2

Ha pagato interamente (senza rimborsi dall'assicurazione) ..... 3

Ha pagato interamente con rimborso parziale o totale dall'assicurazione privata/aziendale ..... 4

10.4 Sempre con riferimento all'ultimo esame specialistico, Le è stato prescritto da un medico (Medico di medicina generale o specialista)?

NO ..... 1

Sì ..... 2

**(Per tutti)**

10.5 Negli ultimi 12 mesi, ha dovuto rinunciare a qualche accertamento specialistico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno?

NO ..... 1  → **andare a domanda 11.1**

**Se Sì, per quale motivo?**

**(possibili più risposte)**

Non poteva pagarlo, costava troppo ..... 2

Lista d'attesa lunga ..... 3

Scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi) ..... 4

Non poteva assentarsi dal lavoro ..... 5

Doveva accudire figli o altre persone ..... 6

Altro ..... 7

(specificare)

**(Se Sì)**

10.6 Si trattava di accertamenti specialistici che avrebbe dovuto fare:

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	Sì	N. Esami specialistici
Nel Servizio Sanitario Nazionale..... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> →			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, prescritti da un medico..... 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> →			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--	--

Al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, interamente a sue spese, non prescritti da un medico .... 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> →			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--	--

**11. ASSICURAZIONE**

**(PER TUTTI)**

11.1 Lei ha (da solo o insieme ad altri componenti della famiglia):

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	Sì
Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni .... 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		

Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa ..... 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		
--	--	--

**12. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO** (PER TUTTI)

12.1 Negli ultimi 12 mesi ha subito uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le sue condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

NO ..... 1  → **andare a domanda 13.1**

Sì ..... 2  → **Quante volte? N.**

*(Se Sì)*

12.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **Quante volte? N.**

**13. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA** (PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

13.1 Nel suo tempo libero pratica con carattere di continuità uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 13.4**

*(Se NO)*

13.2 Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 13.4**

*(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 13.4)*

13.3 Le capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno?

NO ..... 1

Sì, una volta o più volte alla settimana ..... 2

Sì, una volta o più volte al mese ..... 3

Sì, più raramente ..... 4

**andare a dom. 14.1**

*(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 14.1)*

13.4 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Con che frequenza le ha praticate nell'anno?

Cinque o più volte a settimana ..... 1

Tre o quattro volte a settimana ..... 2

Due volte a settimana ..... 3

Una volta a settimana ..... 4

Due o tre volte al mese ..... 5

Una volta al mese ..... 6

Qualche volta durante l'anno ..... 7

13.5 Consideri tutte le attività sportive praticate negli ultimi 12 mesi. Per quante ore le ha praticate nell'ultima settimana?

**Consideri tutti gli sport praticati e sommi tutte le ore di attività svolte nell'ultima settimana.**

Nell'ultima settimana non ho praticato ..... 1

Fino a 2 ore ..... 2

Da più di 2 ore fino a 4 ore ..... 3

Da più di 4 ore fino a 6 ore ..... 4

Da più di 6 ore fino a 10 ore ..... 5

Più di 10 ore ..... 6

13.6 Negli ultimi 12 mesi ha fatto sport in luoghi a pagamento?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.7 Negli ultimi 12 mesi ha frequentato lezioni private o corsi di sport a spese sue o della famiglia?

NO ..... 1

Sì ..... 2

13.8 Paga una retta annua o periodica per un circolo o club sportivo?

NO ..... 1

Sì ..... 2

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**14. AMICI** (PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

**14.1 Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?**

- Tutti i giorni..... 1
- Più di una volta alla settimana ..... 2
- Una volta alla settimana..... 3
- Qualche volta al mese (meno di 4) ..... 4
- Qualche volta durante l'anno ..... 5
- Mai..... 6
- Non ho amici ..... 7

**ATTENZIONE!**

**Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 13 anni. Continuare per gli altri!**

**15. ALTRI PARENTI AMICI E VICINATO** (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

**15.1 Oltre ai genitori, i figli, i fratelli e le sorelle, i nonni e i nipoti (figli di figli) ci sono altri parenti a cui tiene particolarmente e sui quali può contare?**

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

**15.2 Ha uno o più amici su cui poter contare in caso di bisogno?**

**Non consideri i parenti.**

- NO ..... 1
- Sì ..... 2
- Non so ..... 3

**15.3 Escludendo i parenti (suoi o del coniuge/partner), ci sono persone che abitano vicino a Lei e sulle quali può contare in caso di necessità?**

- NO ..... 1
- Sì, una persona o una famiglia ..... 2
- Sì, alcune persone o famiglie ..... 3

**16. GLI AIUTI DATI** (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

**16.1 Nelle ultime 4 settimane ha fornito gratuitamente a persone (parenti e non) che non vivono con Lei qualcuno dei seguenti aiuti?**

**(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)**

- Aiuto economico ..... 01
- Prestazioni sanitarie (iniezioni, medicazioni, ecc.)..... 02
- Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) ..... 03
- Accudimento, assistenza di bambini ..... 04
- Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) ..... 05
- Compagnia, accompagnamento, ospitalità ... 06
- Espletamento di pratiche burocratiche (andare alla posta, in banca, ecc.) ..... 07
- Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico ..... 08
- Aiuto nello studio ..... 09
- Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc. .... 10
- Altro aiuto a persone ..... 11
- No, nessun aiuto a persone..... 12

**ATTENZIONE!**

**Qui finisce il questionario per le persone di 14 anni. Continuare per gli altri!**

**17. SITUAZIONE LAVORATIVA**

*(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)*

**17.1** Da lunedì a domenica della settimana scorsa ha svolto almeno un'ora di lavoro?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N. ore   → **andare a dom. 17.3**

Permanentemente inabile al lavoro ..... 3  → **andare a dom. 19.1**

*(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 17.1)*

**17.2** Sempre da lunedì a domenica della settimana scorsa, aveva comunque un lavoro che non ha svolto (ad esempio: per ridotta attività, per malattia, per vacanza, per cassa integrazione guadagni, ecc.)?

*Consideri il lavoro da cui ha ricavato o ricaverà un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.*

*Consideri qualsiasi attività lavorativa in proprio o alle dipendenze, con o senza contratto.*

NO ..... 1  → **andare a domanda 18.1**

Sì ..... 2

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.3** Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, Lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 17.6**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ..... 2  } **andare a dom. 17.12**  
 Prestazione d'opera occasionale ..... 3

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore ..... 4

Libero professionista ..... 5

Lavoratore in proprio ..... 6

Coadiuvante nell'azienda di un familiare ..... 7  } **andare a dom. 17.12**  
 Socio di cooperativa ..... 8

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**17.4** Ha dei dipendenti?

*Se l'aiutano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO ..... 1

Sì ..... 2  → N.

*(Se libero professionista, gli altri vanno a domanda 17.12)*

**17.5** Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO ..... 1

Sì ..... 2  } **andare a domanda 17.12**

*(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 17.3)*

**17.6** Si tratta di un lavoro a termine?

NO, non ha scadenza (a tempo indeterminato) ..... 1

Sì, terminerà con la fornitura di un particolare prodotto, servizio, con la realizzazione di un progetto (a tempo determinato) ..... 2

Sì, ha una scadenza temporale prefissata (a tempo determinato) ..... 3

**17.7** Il suo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il datore di lavoro?

Contratto ..... 1

Accordo verbale ..... 2

Non so ..... 3

**17.8** Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto?

*Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?*

NO ..... 1  → **andare a dom. 17.11**

Sì ..... 2  → N.

*(Se Sì)*

**17.9** Quanto è il valore del singolo buono pasto?

,   Euro

**17.10 In che tipo di esercizi pubblici usa i suoi buoni pasto?**

*(possibili più risposte)*

- Al bar, rosticceria, tavola calda..... 1
- In negozi, supermercati..... 2
- Al ristorante..... 3

**17.11 Lei è:**

- Dirigente..... 1
- Quadro..... 2
- Impiegato..... 3
- Operaio..... 4
- Apprendista..... 5
- Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa..... 6

*(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 17.1 o dom. 17.2)*

**17.12 Può dirmi il nome della sua professione?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale ed indichi nel modo più dettagliato possibile qual è il lavoro, la professione o il mestiere svolto (es. commercialista, professore di lettere, camionista, ecc.) evitando termini generici come impiegato od operaio.*

Specificare .....

CODICE .....

Vedi Classificazione delle professioni

**17.13 In quale settore di attività economica lavora?**

*Nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale.*

- Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca..... 01
- Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02
- Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03
- Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04
- Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05
- Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06
- Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.)..... 07
- Servizi di informazione e comunicazione ..... 08
- Attività finanziarie e assicurative ..... 09
- Attività immobiliari..... 10
- Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11
- Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12
- Istruzione e formazione ..... 13
- Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido)..... 14
- Altri servizi ..... 15

**ATTENZIONE!**  
*Qui finisce il questionario per le persone che hanno un lavoro. Continuare per gli altri!*

**18. RICERCA DI LAVORO**

*(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)*

**18.1 Lei cerca lavoro?**

- NO..... 1  → andare a dom. 18.3
- Sì..... 2

**(Se Sì)**

**18.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcosa per cercare lavoro?**

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **andare a domanda 18.4**

**(Se NO a domanda 18.1 o 18.2)**

**18.3 Per quale motivo?**

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi ..... 1  → **andare a dom. 18.5**

Altro ..... 2  → **andare a dom. 19.1**

**(Se Sì a domanda 18.2)**

**18.4 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcuna delle seguenti azioni di ricerca di lavoro?**

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	si
Ha avuto contatti con un centro pubblico per l'impiego (l'ex ufficio di collocamento) per cercare lavoro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha inviato una domanda per partecipare a un concorso pubblico .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Si è rivolto a parenti, amici, conoscenti, sindacati per trovare lavoro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato lavoro su Internet.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	----------------------------	----------------------------

Ha avuto contatti con una agenzia interinale o con una struttura di intermediazione (pubblica o privata) diversa da un Centro pubblico per l'impiego per cercare lavoro.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma ...	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

**18.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?**

NO..... 1

Sì..... 2

**19. LAVORO IN PASSATO**

**(PER TUTTE LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ CHE NON LAVORANO)**

**19.1 Nel corso della sua vita ha mai svolto un lavoro? Consideri il lavoro da cui ha ricavato un guadagno o il lavoro non pagato solo se effettuato abitualmente presso l'azienda di un familiare.**

NO..... 1  → **fine del questionario individuale**

Sì..... 2

Permanentemente inabile al lavoro..... 3  → **fine del questionario individuale**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, codice 2 a dom. 19.1)**

**19.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:**

Un lavoro alle dipendenze ..... 1  → **andare a dom. 19.4**

*Un lavoro di:*

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).....	2 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Prestazione d'opera occasionale.....	3 <input type="checkbox"/>	

*Un lavoro autonomo come:*

Imprenditore.....	4 <input type="checkbox"/>	
Libero professionista.....	5 <input type="checkbox"/>	
Lavoratore in proprio.....	6 <input type="checkbox"/>	
Coadiuvante nell'azienda di un familiare .....	7 <input type="checkbox"/>	} <b>andare a dom. 19.5</b>
Socio di cooperativa .....	8 <input type="checkbox"/>	

*(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)*

**19.3 Aveva dei dipendenti?**

*Se l'aiutavano dei familiari senza essere pagati non li consideri.*

NO .....1

Sì .....2  → N.

} **andare a dom. 19.5**

*(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom. 19.2)*

**19.4 Lei era:**

Dirigente ..... 1

Quadro ..... 2

Impiegato ..... 3

Operaio ..... 4

Apprendista ..... 5

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa ..... 6

**19.5 In quale settore di attività economica lavorava? Faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto.**

Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca ..... 01

Attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti ..... 02

Attività manifatturiere e riparazione, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature ..... 03

Costruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati ..... 04

Commercio all'ingrosso e al dettaglio e riparazione di auto e moto ..... 05

Trasporti, magazzinaggio, servizi postali e attività di corrieri ..... 06

Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.) ..... 07

Servizi di informazione e comunicazione ..... 08

Attività finanziarie e assicurative ..... 09

Attività immobiliari ..... 10

Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese ..... 11

Pubblica amministrazione e Difesa ..... 12

Istruzione e formazione ..... 13

Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) ..... 14

Altri servizi ..... 15

**LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?**

Sì, senza la presenza di altre persone... 1

NO, ma era presente ..... 3

Sì, con la presenza di altre persone ..... 2

NO, e non era presente ..... 4

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie (cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99..... N.

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

**1. ELETTRICITÀ E GAS**

**1.1 Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio dell'energia elettrica?**

- Molto soddisfatto ..... 1
- Abbastanza soddisfatto ..... 2
- Poco soddisfatto ..... 3
- Per niente soddisfatto ..... 4

**1.2 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio dell'energia elettrica?**

*(una risposta per ogni riga)*

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Continuità del servizio (assenza di guasti e interruzioni della fornitura) ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Assenza di sbalzi di tensione .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità del display del contatore elettronico .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazioni sul servizio (su prezzi e tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti, ecc.) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**1.3 Come arriva il gas all'abitazione?**

*(una sola risposta)*

- L'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione di gas naturale (metano) ... 1
- L'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione di gas diverso da gas metano (Gpl) ..... 2
- Il gas viene acquistato in bombole ..... 3
- È installato un "bombolone" esterno con rifornimento periodico ..... 4
- L'abitazione non dispone di gas, né di bombola, né di "bombolone" esterno ..... 5

**andare a dom. 1.6**

*(Se l'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione, altrimenti andare a domanda 1.6)*

**1.4 Complessivamente quanto è soddisfatto del servizio del gas?**

- Molto soddisfatto ..... 1
- Abbastanza soddisfatto ..... 2
- Poco soddisfatto ..... 3
- Per niente soddisfatto ..... 4

**1.5 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio del gas?**

*(una risposta per ogni riga)*

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Adeguatezza pressione di fornitura .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza di lettura dei contatori .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazioni sul servizio (su prezzi e tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti, ecc.) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sicurezza della rete di distribuzione ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

*(Per tutti)*

**1.6 Lei è al corrente della possibilità di scegliere un fornitore diverso dall'azienda che le eroga attualmente l'energia elettrica e/o il gas?**

- NO ..... 1  → **andare a domanda 1.9**
- SÌ ..... 2

*(Se Sì)*

**1.7 La sua famiglia ha mai cambiato fornitore di energia elettrica o gas?**

*(una sola risposta)*

- NO, non ha mai cambiato ..... 1
- SÌ, il fornitore di energia elettrica ..... 2
- SÌ, il fornitore di gas ..... 3
- SÌ, entrambi ..... 4  → **andare a dom. 1.9**

**Segue**

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

*(Se non ha cambiato almeno un fornitore)*

**1.8 Per quale motivo la sua famiglia non ha cambiato l'azienda fornitrice di energia elettrica o di gas?**

*(possibili più risposte)*

	Energia elettrica	Gas
Siamo soddisfatti del fornitore attuale.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Per mancanza di informazioni.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
È difficile valutare la convenienza del cambiamento.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Il risparmio ottenibile non è consistente .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Temo un peggioramento della qualità del servizio .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

*(Per tutti)*

**1.9 Negli ultimi 12 mesi, Lei o qualche componente della famiglia ha mai utilizzato il servizio di call center (numero verde) dell'azienda fornitrice di energia elettrica o di gas per richiedere informazioni, fare reclami, o altri servizi (contratti, lettura contatore, ecc.)?**

*(una sola risposta)*

- NO..... 1  → **andare a domanda 1.11**
- Sì, solo dell'azienda fornitrice di energia elettrica..... 2
- Sì, solo dell'azienda fornitrice del gas..... 3
- Sì, di entrambe..... 4

*(Se Sì)*

**1.10 Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio di call center?**

- Molto soddisfatto..... 1
- Abbastanza soddisfatto..... 2
- Poco soddisfatto..... 3
- Per niente soddisfatto ..... 4

*(Per tutti)*

**1.11 Negli ultimi 12 mesi, Lei o qualche componente della famiglia ha mai utilizzato il numero di pronto intervento o segnalazione guasti dell'azienda fornitrice di energia elettrica o di gas?**

*(una sola risposta)*

- NO..... 1  → **andare a domanda 2.1**
- Sì, il numero per i guasti elettrici..... 2
- Sì, il numero per il pronto intervento gas..... 3
- Sì, entrambi..... 4

*(Se Sì)*

**1.12 Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio di pronto intervento o segnalazione guasti?**

- Molto soddisfatto ..... 1
- Abbastanza soddisfatto ..... 2
- Poco soddisfatto ..... 3
- Per niente soddisfatto..... 4

**2. LA ZONA E L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA**

**2.1 La zona in cui abita la famiglia presenta:**

*(una risposta per ogni riga)*

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Sporcizia nelle strade.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di parcheggio.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Traffico.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Inquinamento dell'aria .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rumore.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rischio di criminalità .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Odori sgradevoli .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Scarsa illuminazione delle strade.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cattive condizioni della pavimentazione stradale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**2.2 Nella zona in cui abita la famiglia ci sono parchi, giardini o altro verde pubblico raggiungibile a piedi in meno di 15 minuti?**

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

**2.3 Nella zona in cui abita la famiglia ci sono piste ciclabili raggiungibili in bicicletta in meno di 5 minuti?**

- NO ..... 1
- Sì ..... 2

**Segue**

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

**2.4** La sua abitazione affaccia su una strada in cui il passaggio di veicoli (automobili, motocicli, camion, autobus, ecc.), in una normale giornata feriale, è:

*Se l'abitazione non affaccia su una strada, indichi "Assente o quasi assente"*

- Molto intenso..... 1
- Intenso ..... 2
- Contenuto.....3
- Assente o quasi assente..... 4

**2.5** Di quante stanze si compone l'abitazione?

*Consideri anche la cucina se ha caratteristiche di stanza.*

N.

**2.6** L'abitazione dispone di:

*(una risposta per ogni riga)*

- |                          | NO                         | SÌ                         |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Terrazzo o balcone ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Giardino privato.....    | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

*(Se dispone di giardino privato, altrimenti andare a domanda 2.10)*

**2.7** Sa che è possibile per le abitazioni con il giardino effettuare il compostaggio domestico, cioè trasformare tramite un apposito contenitore (compostiera) rifiuti organici come scarti di frutta e verdura, foglie, erba, ecc. in concime?

- NO..... 1  → **andare a domanda 2.10**
- Sì.....2

*(Se Sì)*

**2.8** La sua famiglia dispone di una compostiera?

- NO..... 1  → **andare a domanda 2.10**
- Sì.....2

*(Se Sì)*

**2.9** Ha delle agevolazioni (ad esempio uno sconto sulla tariffa rifiuti, compostiera gratuita, ecc.) dovute al fatto di effettuare il compostaggio domestico?

- NO..... 1
- Sì.....2

*(Per tutti)*

**2.10** L'abitazione dispone di telefono?

- NO..... 1  → **andare a domanda 2.12**
- Sì..... 2

*(Se Sì)*

**2.11** Il numero telefonico dell'abitazione principale è riportato nell'elenco telefonico del Comune in cui vive?

- NO..... 1
- Sì..... 2

*(Per tutti)*

**2.12** L'abitazione dispone di riscaldamento?

- NO..... 1  → **andare a domanda 2.14**
- Sì..... 2

*(Se Sì)*

**2.13** Tipo di riscaldamento prevalente:

*(una sola risposta)*

- Centralizzato..... 1
- Autonomo ..... 2
- Solo apparecchi singoli (compresi camini e stufe) ..... 3

*(Per tutti)*

**2.14** In che modo arriva l'acqua nell'abitazione?

*(possibili più risposte)*

- Attraverso la rete comunale ..... 1
- Attraverso pozzi, sorgenti o altre fonti di approvvigionamento private ... 2
- Attraverso sistemi di raccolta dell'acqua piovana ..... 3
- Attraverso autobotti ..... 4
- Altro ..... 5
- (specificare)
- andare a dom. 2.17**

*(Se l'abitazione è allacciata alla rete idrica comunale)*

**2.15** Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio idrico?

- Molto soddisfatto ..... 1
- Abbastanza soddisfatto ..... 2
- Poco soddisfatto ..... 3
- Per niente soddisfatto..... 4

**2.16 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio idrico?**

*(una risposta per ogni riga)*

	Molto soddi- sfatto	Abba- stanza soddi- sfatto	Poco soddi- sfatto	Per niente soddi- sfatto
Assenza di interruzioni della fornitura .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Livello di pressione dell'acqua .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Odore, sapore e limpidezza dell'acqua .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza di lettura dei contatori .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza della fatturazione .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

*(Per tutti)*

**2.17 L'abitazione è allacciata alla rete fognaria pubblica?**

NO ..... 1

Sì ..... 2

**2.18 Si verificano uno o più dei seguenti problemi?**

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	SI
Le spese per l'abitazione sono troppo alte .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è troppo piccola .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è troppo distante da altri familiari .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Irregolarità nella erogazione dell'acqua .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è in cattive condizioni .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

*(Se l'erogazione dell'acqua è irregolare, altrimenti andare a domanda 2.20)*

**2.19 Negli ultimi 12 mesi l'irregolarità nell'erogazione dell'acqua si è verificata:**

Sporadicamente ..... 1

Solo nel periodo estivo .....

2

Durante tutto l'anno .....

3

Altro ..... 4

(specificare)

*(Per tutti)*

**2.20 La famiglia o qualche componente beve abitualmente acqua di rubinetto in casa?**

*(possibili più risposte)*

Sì ..... 1

NO, perché non è bevibile o non ci fidiamo a berla (inquinata, brutto colore, cattivo sapore, ecc.) .....

2

NO, per altro motivo ..... 3

**2.21 A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?**

Affitto o subaffitto ..... 1

Proprietà ..... 2

Usufrutto ..... 3

Titolo gratuito ..... 4

Altro ..... 5

**3. ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI**

**3.1 In generale raggiungere i seguenti servizi crea problemi o difficoltà per la famiglia?**

*(una risposta per ogni riga)*

	Nessuna difficoltà	Un po' di difficoltà	Molta difficoltà	Non so
Farmacie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pronto soccorso .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ufficio postale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Polizia, Carabinieri .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Uffici comunali .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Asilo nido <sup>(a)</sup> .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola dell'infanzia <sup>(a)</sup> (ex scuola materna) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola primaria <sup>(a)</sup> (ex scuola elementare) ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola secondaria di primo grado <sup>(a)</sup> (ex scuola media) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Negozi di generi alimentari, mercati .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Supermercati .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori rifiuti (cassonetti) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli azienda gas ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli dell'Enel o dell'azienda elettrica locale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(a) lasciare in bianco se il servizio non è utilizzato

Segue

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

**3.2 Come giudica il costo sostenuto dalla famiglia per i seguenti servizi?**

*(una risposta per ogni riga)*

	Elevato	Adeguito	Basso	Non so
Raccolta rifiuti.....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Erogazione dell'acqua.....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**3.3 Sono presenti nella zona in cui vive la famiglia i contenitori per la raccolta differenziata dei rifiuti?**

*(una risposta per ogni riga)*

	Sì, e sono facilmente raggiungibili	Sì, ma non sono facilmente raggiungibili	NO	Non so
Carta e cartone .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vetro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Farmaci .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Batterie usate .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori di alluminio e altri metalli .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori in plastica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici/umido.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rifiuti tessili (indumenti, scarpe, borse, ecc.) ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(specificare)				

**3.4 La zona in cui vive la famiglia è servita dalla raccolta porta a porta dei rifiuti?**

NO.....1

Sì.....2

**3.5 La sua famiglia ha l'abitudine di raccogliere i seguenti rifiuti in modo separato tramite gli appositi contenitori di rifiuti in strada (cassonetti) e/o il servizio porta a porta?**

*(possibili più risposte per ogni riga)*

	CASSONETTI		PORTA A PORTA		NO, né cassonetti, né porta a porta
	Sì, sempre	Sì, qualche volta	Sì, sempre	Sì, qualche volta	
Carta e cartone..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vetro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Farmaci.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Batterie usate ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Contenitori di alluminio e altri metalli .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Contenitori in plastica.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici/umido ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rifiuti tessili (indumenti, scarpe, borse, ecc.)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
(specificare)					

*(Se utilizza il servizio dei rifiuti porta a porta, altrimenti andare a domanda 3.8)*

**3.6 Complessivamente la sua famiglia quanto è soddisfatta del servizio di raccolta dei rifiuti porta a porta nella zona in cui vive?**

Molto soddisfatta ..... 1

Abbastanza soddisfatta ..... 2

Poco soddisfatta ..... 3

Per niente soddisfatta..... 4

} andare a dom. 3.8

**Segue**

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

*(Se poco o per niente soddisfatta del servizio di raccolta dei rifiuti porta a porta, altrimenti andare a domanda 3.8)*

**3.7 Per quale motivo la sua famiglia non è soddisfatta del servizio di raccolta dei rifiuti porta a porta?**  
*(possibili più risposte)*

Problemi legati agli orari di ritiro dei rifiuti..... 1

Problemi legati alla frequenza di ritiro dei rifiuti..... 2

Problemi legati ai sacchetti/contenitori da utilizzare per la raccolta ..... 3

Odori causati dall'umido non raccolto quotidianamente..... 4

Non ritiene utile raccogliere i rifiuti in modo differenziato..... 5

Non crede che i rifiuti raccolti separatamente vengano recuperati/riciclati ..... 6

Non sono adeguate le informazioni e l'assistenza agli utenti ..... 7

Altro ..... 8   
(specificare)

*(Per tutti)*

**3.8 Nella zona in cui vive la sua famiglia ci sono stazioni ecologiche, cioè centri dove è possibile portare gratuitamente i rifiuti che non possono essere gettati nei cassonetti?**

NO.....1

Sì.....2

Non so..... 3

**3.9 La sua famiglia ha mai portato rifiuti nelle stazioni ecologiche?**

NO.....1  → **andare a domanda 3.11**

Sì, negli ultimi 12 mesi...2

Sì, più di 1 anno fa ..... 3

*(Se Sì)*

**3.10 Che tipo di rifiuti?**

*(possibili più risposte)*

Carta/cartone di dimensioni ingombranti..... 01

Vetro (lastre, damigiane, ecc.)..... 02

Plastica di dimensioni ingombranti ..... 03

Pneumatici..... 04

Metalli ..... 05

Legno..... 06

Farmaci scaduti ..... 07

Batterie usate ..... 08

Rifiuti ingombranti (mobili, porte, finestre, ecc.) ..... 09

Inerti (calcinacci, macerie, ecc.) ..... 10

Apparecchiature elettriche ed elettroniche (cellulari, computer, televisori, frigoriferi, lavatrici, condizionatori, ecc.) ..... 11

Olio esausto (olio utilizzato per friggere, olio per motori, ecc.) ..... 12

Rifiuti tossici e/o infiammabili (vernici, acidi, solventi, toner per stampanti, neon, contenitori sotto pressione, ecc.)..... 13

Verde e potature (fogliame, erba, sfalci, rami, ecc.) ..... 14

Rifiuti tessili (indumenti, scarpe, lenzuola, stracci, tappeti, ecc.) ..... 15

Altro ..... 16   
(specificare)

*(Se non ha mai portato rifiuti nelle stazioni ecologiche, altrimenti andare alla domanda 3.12)*

**3.11 Per quale motivo la sua famiglia non ha mai portato rifiuti nelle stazioni ecologiche?**

Non ne abbiamo avuto bisogno..... 1

Sono troppo lontane dalla nostra abitazione ... 2

Non abbiamo un mezzo adeguato a trasportare questo tipo di rifiuti ..... 3

Abbiamo utilizzato un servizio pubblico o privato a domicilio..... 4

Li abbiamo lasciati in appositi cassonetti (ad esempio per le potature, per i metalli)..... 5

Altro ..... 6   
(specificare)

**Segue**

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

*(Per tutti)*

**3.12** Cosa potrebbe spingere la sua famiglia ad effettuare la raccolta differenziata dei rifiuti o, se già la fa, a farla più spesso e/o per più tipologie di rifiuti?

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	SI
Maggiori informazioni su come separare i rifiuti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Maggiori informazioni su dove separare i rifiuti.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
La raccolta a domicilio (porta a porta)...	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
La disponibilità di appositi contenitori nelle vicinanze dell'abitazione.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Centri di raccolta per i rifiuti riciclabili e compostabili migliori e più numerosi..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Maggiori garanzie che i rifiuti raccolti separatamente vengano effettivamente recuperati/riciclati .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Obbligo legale/multe per chi non effettua la raccolta differenziata .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Detrazioni, agevolazioni fiscali o tariffarie per chi effettua regolarmente la raccolta differenziata...	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

**4. CAMBIAMENTI DI ABITAZIONE**

**4.1** Negli ultimi 12 mesi uno o più dei componenti della famiglia attuale ha cambiato abitazione?

NO ..... 1

SÌ ..... 2  → **andare a domanda 5.1**

*(Se non c'è stato cambiamento di abitazione, altrimenti andare alla domanda 5.1)*

**4.2** Negli ultimi 12 mesi la famiglia o qualche componente ha preso seriamente in considerazione la possibilità di cambiare abitazione?

NO ..... 1

SÌ ..... 2

**5. ASSICURAZIONE CONTRO I FURTI NELL'ABITAZIONE**

**5.1** La famiglia è assicurata contro i furti nell'abitazione?

NO ..... 1

SÌ ..... 2

**6. SERVIZI PRIVATI ALLA FAMIGLIA**

**6.1** La famiglia si avvale del servizio a pagamento di: *(possibili più risposte per ogni riga)*

	NO	Sì, italiano	Sì, straniero
Collaboratore/ collaboratrice domestico/a.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Baby-sitter .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Persona che assiste un anziano o un disabile.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

*(Se Sì ad almeno una delle precedenti modalità, altrimenti andare alla domanda 7.1)*

**6.2** Per quante ore a settimana?

Collaboratore/ collaboratrice domestico/a.....	_	ore a settimana
	00 <input type="checkbox"/>	saltuariamente
Baby-sitter .....	_	ore a settimana
	00 <input type="checkbox"/>	saltuariamente
Persona che assiste un anziano o un disabile.....	_	ore a settimana
	00 <input type="checkbox"/>	saltuariamente

*(Per le famiglie con almeno un bambino da 0 a 13 anni)*

**6.3** Negli ultimi 12 mesi la sua famiglia ha avuto bisogno di ricorrere ad aiuti in denaro per sostenere spese relative ai figli?

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	SÌ
Aiuti da familiari, parenti .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Aiuti da amici .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Prestito, finanziamento bancario .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altro .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

(specificare)

**7. RICORSO ALLA CONSULENZA DI PROFESSIONISTI E INSERZIONI**

**7.1** Negli ultimi 12 mesi qualcuno della famiglia ha fatto ricorso alla consulenza dei seguenti professionisti (escluso per le imprese, anche se di proprietà della famiglia)?

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	SÌ
Avvocato .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Notaio .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Commercialista .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Segue

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

**7.2 Ogni anno i cittadini sono tenuti a pagare alcune tasse; la sua famiglia come si organizza per la compilazione dei relativi modelli (per esempio per la dichiarazione dei redditi, escluso ciò che riguarda le imprese, ecc.)?**

*(possibili più risposte)*

Non deve compilare nessun modulo.... 1

Se ne occupano uno o più componenti della famiglia ..... 2

Se ne occupano organizzazioni o persone non a pagamento ..... 3

Se ne occupa un commercialista, una organizzazione o altra persona a pagamento ..... 4

**7.3 Qualche componente della famiglia ha effettuato nel corso dell'anno inserzioni a pagamento sui giornali per vari motivi (vendite di case, annunci di nozze, lutti, ecc.)?**

Sì, più volte nel corso dell'anno ..... 1

Sì, una volta ..... 2

NO ..... 3

**8. ELETTRODOMESTICI, MEZZI DI COMUNICAZIONE E TRASPORTO**

**8.1 La famiglia possiede:**

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	si	N.
Lavastoviglie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Lavatrice.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Videoregistratore.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Videocamera.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Lettore DVD/Blu-Ray.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Impianto stereo hi-fi per ascoltare musica.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Segreteria telefonica.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Fax.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Televisore.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Antenna parabolica.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Condizionatori, climatizzatori ....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Bicicletta.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Motorino, scooter.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Motocicletta, moto.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>

**8.2 La famiglia possiede un abbonamento o una carta prepagata per la visione della pay TV?**

Sì, un abbonamento... 1

Sì, una carta prepagata senza abbonamento ..... 2

NO ..... 3

**8.3 La famiglia possiede una Smart TV (televisore connesso ad Internet)?**

NO ..... 1

Sì ..... 2

**8.4 La famiglia possiede l'automobile?**

NO ..... 1  → **andare a domanda 9.1**

Sì ..... 2  → **N.**

*(Se Sì)*

**8.5 La famiglia dispone di un posto macchina o di un garage di proprietà non attaccato all'abitazione in cui vive, dove tiene abitualmente una o più auto della famiglia?**

NO ..... 1

Sì ..... 2  → **N.**

**9. LIBRI**

**9.1 Quanti libri possiede la sua famiglia?**

Nessuno..... 1

da 1 a 10..... 2

da 11 a 25..... 3

da 26 a 50..... 4

da 51 a 100..... 5

da 101 a 200 ..... 6

da 201 a 400 ..... 7

oltre 400..... 8

**10. TELEFONO CELLULARE**

10.1 La famiglia dispone del telefono cellulare (compreso smartphone)?

NO ..... 1  → **andare a domanda 11.1**  
 Sì ..... 2  → **N.**

**(Se Sì)**

10.2 Il telefono o i telefoni cellulari di cui dispone la famiglia hanno la possibilità di collegarsi ad Internet?

NO ..... 1   
 Sì ..... 2

**11. APPARECCHIATURE INFORMATICHE E DIGITALI**

11.1 La famiglia dispone di personal computer a casa?

*Consideri computer fisso da tavolo, computer portatile (laptop, notebook, tablet); escluda smartphone, palmare con funzioni di telefonia, lettore di e-book e console per videogiochi.*

NO ..... 1   
 Sì ..... 2  → **N.**

11.2 La famiglia possiede:

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	si	N.
Modem .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Console per videogiochi.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Lettore di e-book .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Lettore Mp3/Mp4.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Macchina fotografica digitale ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Navigatore satellitare .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>

**12. INTERNET**

12.1 La famiglia dispone di un accesso ad Internet da casa? Attraverso un qualsiasi dispositivo.

NO ..... 1  → **andare a domanda 12.3**  
 Sì ..... 2  → **N.**

12.2 Con quale tipo di connessione la famiglia accede ad Internet da casa?

**(possibili più risposte)**

**Banda larga**

Connessione fissa (es. DSL, ADSL, VDSL, cavo, fibra ottica, satellite, rete pubblica WIFI, ecc.) ..... 1

Connessione a una rete di telefonia mobile tramite cellulare o smartphone (minimo con tecnologia 3G, es. UMTS, ecc.) .. 2

Connessione a una rete di telefonia mobile tramite SIM card o chiavetta USB (minimo con tecnologia 3G, es. UMTS, ecc.) .. 3

**Banda stretta**

Linea telefonica tradizionale o ISDN, connessione mobile a banda stretta tramite cellulari, smartphone o modem per computer portatili con tecnologia inferiore a 3G (es. 2G+/GPRS, ecc.)..... 4

**(Se non dispone di un accesso ad Internet da casa)**

12.3 Per quale motivo la famiglia non dispone di un accesso ad Internet da casa?

**(possibili più risposte)**

Accede ad Internet da altro luogo (es. posto di lavoro, luogo di studio, a casa di altri) ..... 1

Internet non è utile, non è interessante ..... 2

Gli strumenti per connettersi costano troppo... 3

I costi della connessione sono troppo alti (abbonamenti, tariffe, ecc.)..... 4

Nessuno sa usare Internet ..... 5

Motivi di privacy, sicurezza ..... 6

Mancanza di una connessione a banda larga nella zona ..... 7

Altro ..... 8   
 (specificare)

**13. SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA**

13.1 Confrontando la situazione economica della famiglia con quella di un anno fa, Lei ritiene che sia:

Molto migliorata ..... 1

Un po' migliorata..... 2

Rimasta più o meno la stessa .... 3

Un po' peggiorata ..... 4

Molto peggiorata ..... 5

**Segue**

**QUESTIONARIO FAMILIARE**

**13.2 Con riferimento agli ultimi 12 mesi e tenendo presente le esigenze di tutti i componenti familiari, come sono state le risorse economiche complessive della famiglia?**

- Ottime.....1
- Adeguate.....2
- Scarse.....3
- Assolutamente insufficienti.....4

**13.3 La sua famiglia negli ultimi 12 mesi è riuscita a risparmiare?**

- NO.....1
- Sì.....2
- Non ricordo, non so.....3

**13.4 Pensa che la sua famiglia nei prossimi 12 mesi risparmierà di più, come quest'anno o di meno?**

- Risparmierà di più.....1
- Risparmierà come quest'anno..2
- Risparmierà di meno.....3
- Non so.....4

**13.5 Facendo riferimento alla situazione economica della famiglia, Lei la definirebbe:**

- Molto ricca.....1
- Ricca.....2
- Né ricca né povera.....3
- Povera.....4
- Molto povera.....5

**13.6 A quanto ammonta approssimativamente il reddito netto mensile complessivo della sua famiglia? Sommi tutte le entrate nette sue e dei suoi familiari.**

    | | | | | | | | , | 0 | 0 | Euro

Non so .....9

**(Se NON SO)**

**13.7 Può dirmi, almeno, a quale cifra si avvicina di più il reddito netto mensile della sua famiglia?**

**(una sola risposta)**

- Più di 10.000 euro .....01
- 9.000 euro .....02
- 7.000 euro .....03
- 6.000 euro .....04
- 5.000 euro .....05
- 4.000 euro .....06
- 3.000 euro .....07
- 2.500 euro .....08
- 2.000 euro .....09
- 1.800 euro .....10
- 1.600 euro .....11
- 1.400 euro .....12
- 1.200 euro .....13
- 1.000 euro .....14
- 800 euro.....15
- 600 euro.....16
- Meno di 600 euro.....17

**La ringraziamo per la sua gentile collaborazione. Nel caso dovessimo in seguito aver bisogno di contattare la sua famiglia per colmare qualche lacuna nel questionario, potrebbe cortesemente fornirci i recapiti della sua famiglia?**

Telefono cellulare   | | | | | | | | | | | | | |

777 non lo possiede    888 rifiuta

Telefono fisso       | | | | | | | | | | | | | |

777 non lo possiede    888 rifiuta

E-mail .....

777 non la possiede    888 rifiuta

**CHI HA RISPOSTO ALLE DOMANDE?**

**Per le famiglie con più di un componente.**

**Le notizie sulla Scheda Familiare sono state fornite da uno o più componenti?**

Da un componente.....1

Da più componenti .....2

**Se le risposte sono state fornite da un solo componente familiare:**

Numero d'ordine del componente che ha fornito le risposte ai quesiti della Scheda familiare  
(cfr. col. 1 della Scheda Generale)

se estraneo alla famiglia indicare 99..... N.







