

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

ASPETTI DELLA VITA
QUOTIDIANA
ANNO 2011

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

| | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 | Data di consegna all'ufficio del Comune <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> giorno mese anno |
| | L'INTERVISTATORE |
| | (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"/> |
| | Comune <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Da 00001 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. <u>ISTAT/IMF/2 Elenco</u>) |

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

| | |
|---|--------------------------------------|
| 6 | RISERVATO ISTAT <input type="text"/> |
|---|--------------------------------------|

SCHEDA GENERALE

[illegible]

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 (coniugamente) 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 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 Minore in affido temporaneo (solo per le persone con meno di 18 anni)

- NO 1
- Sì 2

Col. 5 Sesso

- Maschio 1
- Femmina 2

Col. 6 Anno di nascita

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

Coll. 7 e 11 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

Coll. 8 e 12 Titolo di studio più alto conseguito (6 anni e più)

- Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea 01
- Laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico) 02
- Laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento) 03
- Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento)..... 04
- Diploma universitario, Laurea breve vecchio ordinamento, Scuola diretta a fini speciali, Scuola Parauniversitaria 05
- Diploma post secondario non universitario (Corsi superiori e di perfezionamento di Accademia danza e di Conservatorio, Accademia di Belle arti, Alta Formazione artistica, musicale e coreutica di I e II livello, Scuola superiore per interpreti e traduttori, mediatori linguistici, Scuola di archivistica paleografia e diplomatica). 06
- Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università 07
- Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'Università 08
- Licenza media (o avviamento professionale) 09
- Licenza elementare 10
- Nessun titolo - sa leggere e scrivere 11
- Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere 12

Col. 9 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. 10 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. 13 Anno matrimonio attuale

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

Col. 14 Stato civile precedente al matrimonio attuale

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

(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.

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 Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune
di residenza.....1 ☐
Altro Comune italiano..... 2 ☐
Stato estero3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO

Vedi Appendice E

1.5 Qual   la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐
Apolide..... 2 ☐
Straniera..... 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....

Vedi Appendice E

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO1 ☐

S  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. FORMAZIONE (PER TUTTI)

2.1 E' attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?

NO.....01 ☐ → andare a
domanda 3.1

S , specificare quale:

Dottorato di ricerca02 ☐

Corso di laurea di 4 anni o pi ,
laurea specialistica di 2 anni,
master di secondo livello e scuola di
specializzazione post laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni (nuovo ordinamento),
corso di diploma universitario,
master di primo livello.....04 ☐

Corso post secondario non universitario
(Corsi superiori e di perfezionamento di Accademia danza e di
Conservatorio, Accademia di Belle arti, Alta Formazione
artistica, musicale e coreutica di I e II livello, Scuola superiore
per interpreti e traduttori, mediatori linguistici, Scuola di
archivistica paleografia e diplomatica).....05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐
- Istituto tecnico07 ☐
- Liceo (classico, scientifico, linguistico) 08 ☐
- Istituto magistrale09 ☐
- Liceo o istituto artistico.....10 ☐

Corso di formazione professionale..11 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(media inferiore)12 ☐

Scuola primaria (scuola elementare).....13 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)...14 ☐

Asilo nido15 ☐

(Se   iscritto, altrimenti andare a domanda 3.1)

2.2 L'asilo, la scuola o l'universit  a cui   iscritto   pubblica o privata?

Pubblica1 ☐

Privata2 ☐

(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola
secondaria superiore, altrimenti andare a
domanda 3.1)

2.3 A quale classe   attualmente iscritto?

Classe

Segue **Scheda Individuale del componente n. 011**

(col. 1 della Scheda Generale)

3. CORSI E LEZIONI PRIVATE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

3.1 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"/> |

4. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

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

Orario abitualeora minuti
 Orario variabile a causa di turni 7777 ☐
 Orario variabile per altra ragione 8888 ☐
 Non esco perché lavoro in casa 9999 ☐



andare a domanda 5.1

(Se esce per andare al lavoro o a scuola)

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

Tempo impiegato abitualmenteore minuti

Tempo impiegato variabile9999 ☐

4.3 Per motivi di lavoro o di studio lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?

NO1 ☐

Sì2 ☐

4.4 Dove lavora o studia abitualmente?

(possibili più risposte)

Nello stesso Comune in cui risiede1 ☐

In un altro Comune della stessa Provincia2 ☐

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

In un'altra Regione italiana 4 ☐

All'Estero 5 ☐

4.5 Per andare al lavoro o a scuola o all'asilo usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?

NO, vado a piedi1 ☐ → andare a domanda 5.1

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

(Se Sì)

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

(possibili più risposte)

Treno01 ☐

Tram02 ☐

Metropolitana 03 ☐

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

Pullman, corriera (tra Comuni diversi)05 ☐

Pullman aziendale o scolastico06 ☐

Auto privata (come conducente)07 ☐

Auto privata (come passeggero)08 ☐

Motocicletta o ciclomotore09 ☐

Bicicletta 10 ☐

Altro mezzo 11 ☐

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

(indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 4.6)

Mezzo di trasporto

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

(col. 1 della Scheda Generale)

5. ATTIVITÀ SETTIMANALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

a) Lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)

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)

5.2 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"/> |

6. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

6.1 Nelle ultime 4 settimane ha avuto qualche malattia o qualche disturbo di salute?

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite...) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi...).

Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste 4 settimane

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

6.2 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta al quesito precedente, nelle ultime 4 settimane le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, distorsioni, ustioni o altri disturbi dovuti a traumatismi, avvelenamenti, soffocamenti, ecc?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Se lavora, codice 1 a col. 9 della scheda generale, e Sì a dom. 6.1 o 6.2, gli altri vanno a domanda 7.1)

6.3 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute?

NO 00 ☐

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

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

7.2 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a servizi di day hospital?

(Per day hospital si intende il ricovero o il ciclo di ricoveri programmati limitato ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento)

NO 1 ☐ → andare a domanda 8.1

Sì 2 ☐

(Se Sì)

7.3 Quante giornate ha effettuato complessivamente in day hospital?

N° giornate

Non ricordo, non so..... 99 ☐

Segue **Scheda Individuale del componente n. 011**

(col. 1 della Scheda Generale)

7.4 In quanti cicli sono state organizzate le giornate?

N° cicli.....

Non ricordo, non so..... 99 ☐

7.5 Per il ricovero o i ricoveri in day hospital sono state aperte una o più cartelle cliniche?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Non ricordo, non so..... 3 ☐

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?

(considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

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. ASSICURAZIONE (PER TUTTI)

9.1 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"/> |

10. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO (PER TUTTI)

10.1 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 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

(Se Sì)

10.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → andare a domanda 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

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

(col. 1 della Scheda Generale)

11. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 12 mesi si è recato in vacanza per un periodo di almeno 4 notti consecutive?

NO00 ☐ → **andare a domanda 11.3**

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

11.2 Potrebbe indicare se è stato in vacanza solo in Italia, solo all'estero o sia in Italia sia all'estero ?

Faccia riferimento a vacanze di almeno 4 notti consecutive

Solo in Italia.....1 ☐

Solo all'estero.....2 ☐

Sia in Italia, sia all'estero ...3 ☐

andare a domanda 12.1

(Se non si è recato in vacanza)

11.3 Per quali motivi?

(possibili più risposte)

Per ragioni economiche1 ☐

Per motivi di lavoro o di studio...2 ☐

Per mancanza di abitudine3 ☐

Perché già residente in località di villeggiatura4 ☐

Per motivi di famiglia5 ☐

Per motivi di salute6 ☐

Per l'età7 ☐

Per altri motivi8 ☐

(specificare)

12. ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 12.4)

12.3 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?

NO1 ☐

Sì, una volta

o più volte alla settimana.....2 ☐

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

Sì, più raramente4 ☐

andare a domanda 13.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 13.1)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

13. AMICI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

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

Tutti i giorni1 ☐

Più di una volta alla settimana ... 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4)4 ☐

Qualche volta durante l'anno5 ☐

Mai6 ☐

Non ho amici 7 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 14 anni. Continuare per gli altri!

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

(col. 1 della Scheda Generale)

14. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

14.1 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 domanda 14.3**

Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a domanda 16.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 14.1)

14.2 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 15.1**

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 14.6**

Un lavoro di:

collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a domanda 14.9**
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 domanda 14.9**
Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

14.4 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 dom. 14.9)

14.5 Lei è iscritto ad un albo o ordine professionale?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ **andare a domanda 14.9**

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 14.3)

14.6 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 ☐

14.7 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 ☐

14.8 Lei è:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

- 14.9 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

- 14.10 In quale settore di attività economica lavora?
(nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere ... 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio .. 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali..09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa..... 10 ☐

Istruzione..... 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi..... 13 ☐

ATTENZIONE!

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

15. RICERCA DI LAVORO

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

- 15.1 Lei cerca lavoro?

NO..... 1 ☐ → andare a domanda 15.3

Sì 2 ☐

(Se Sì)

- 15.2 Nelle ultime 4 settimane ha fatto qualcosa per cercare lavoro?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐ → andare a domanda 15.4

(Se NO a domanda 15.1 o 15.2)

- 15.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà

inizio al massimo fra 3 mesi.... 1 ☐ → andare a domanda 15.5

Altro..... 2 ☐

andare a domanda 16.1

(Se Sì a domanda 15.2)

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

(una risposta per ogni riga)

| | NO | Sì |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 ad 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"/> |

- 15.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

16. LAVORO IN PASSATO

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

16.1 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**

Sì 2 ☐

Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **fine del questionario**

(Per tutte le persone che non lavorano, ma hanno lavorato in passato, codice 2 a dom. 16.1)

16.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, lei svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 16.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a domanda 16.5**
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 domanda 16.5**
Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

16.3 Aveva dei dipendenti?

(se l'aiutavano dei familiari senza essere pagati non li consideri)

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N ☐

andare a domanda 16.5

(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom. 16.2)

16.4 Lei era:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

16.5 In quale settore di attività economica lavorava? **(faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto)**

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali 09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa 10 ☐

Istruzione 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi 13 ☐

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 Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune
di residenza.....1 ☐
Altro Comune italiano..... 2 ☐
Stato estero3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO

Vedi Appendice E

1.5 Qual   la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐
Apolide..... 2 ☐
Straniera..... 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....

Vedi Appendice E

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO1 ☐

S  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. FORMAZIONE (PER TUTTI)

2.1 E' attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?

NO.....01 ☐ → andare a
domanda 3.1

S , specificare quale:

Dottorato di ricerca02 ☐

Corso di laurea di 4 anni o pi ,
laurea specialistica di 2 anni,
master di secondo livello e scuola di
specializzazione post laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni (nuovo ordinamento),
corso di diploma universitario,
master di primo livello.....04 ☐

Corso post secondario non universitario
(Corsi superiori e di perfezionamento di Accademia danza e di
Conservatorio, Accademia di Belle arti, Alta Formazione
artistica, musicale e coreutica di I e II livello, Scuola superiore
per interpreti e traduttori, mediatori linguistici, Scuola di
archivistica paleografia e diplomatica).....05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐
- Istituto tecnico07 ☐
- Liceo (classico, scientifico, linguistico) 08 ☐
- Istituto magistrale09 ☐
- Liceo o istituto artistico.....10 ☐

Corso di formazione professionale..11 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(media inferiore)12 ☐

Scuola primaria (scuola elementare).....13 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)...14 ☐

Asilo nido15 ☐

(Se   iscritto, altrimenti andare a domanda 3.1)

2.2 L'asilo, la scuola o l'universit  a cui   iscritto   pubblica o privata?

Pubblica1 ☐

Privata2 ☐

(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola
secondaria superiore, altrimenti andare a
domanda 3.1)

2.3 A quale classe   attualmente iscritto?

Classe

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

(col. 1 della Scheda Generale)

3. CORSI E LEZIONI PRIVATE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

3.1 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"/> |

4. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

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

Orario abitualeora minuti
 Orario variabile a causa di turni 7777 ☐
 Orario variabile per altra ragione 8888 ☐
 Non esco perché lavoro in casa 9999 ☐



andare a domanda 5.1

(Se esce per andare al lavoro o a scuola)

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

Tempo impiegato abitualmenteore minuti
 Tempo impiegato variabile9999 ☐

4.3 Per motivi di lavoro o di studio lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?

NO1 ☐

Sì2 ☐

4.4 Dove lavora o studia abitualmente?
(possibili più risposte)

Nello stesso Comune in cui risiede1 ☐
 In un altro Comune della stessa Provincia2 ☐
 In un'altra Provincia della stessa Regione.....3 ☐
 In un'altra Regione italiana4 ☐
 All'Estero5 ☐

4.5 Per andare al lavoro o a scuola o all'asilo usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?

NO, vado a piedi1 ☐ → andare a domanda 5.1

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

(Se Sì)

4.6 Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro o a scuola?
(possibili più risposte)

Treno01 ☐
 Tram02 ☐
 Metropolitana03 ☐
 Autobus, filobus (all'interno del Comune)...04 ☐
 Pullman, corriera (tra Comuni diversi)05 ☐
 Pullman aziendale o scolastico06 ☐
 Auto privata (come conducente)07 ☐
 Auto privata (come passeggero)08 ☐
 Motocicletta o ciclomotore09 ☐
 Bicicletta10 ☐
 Altro mezzo11 ☐

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

(indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 4.6)

Mezzo di trasporto

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

(col. 1 della Scheda Generale)

5. ATTIVITÀ SETTIMANALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

a) Lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)

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)

5.2 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"/> |

6. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

6.1 Nelle ultime 4 settimane ha avuto qualche malattia o qualche disturbo di salute?

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite...) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi...).

Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste 4 settimane

NO1 ☐

Sì2 ☐

6.2 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta al quesito precedente, nelle ultime 4 settimane le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, distorsioni, ustioni o altri disturbi dovuti a traumatismi, avvelenamenti, soffocamenti, ecc?

NO1 ☐

Sì2 ☐

(Se lavora, codice 1 a col. 9 della scheda generale, e Sì a dom. 6.1 o 6.2, gli altri vanno a domanda 7.1)

6.3 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute?

NO00 ☐

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

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

7.2 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a servizi di day hospital?

(Per day hospital si intende il ricovero o il ciclo di ricoveri programmati limitato ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento)

NO1 ☐ → andare a domanda 8.1

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.3 Quante giornate ha effettuato complessivamente in day hospital?

N° giornate

Non ricordo, non so..... 99 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

7.4 In quanti cicli sono state organizzate le giornate?

N° cicli.....

Non ricordo, non so..... 99 ☐

7.5 Per il ricovero o i ricoveri in day hospital sono state aperte una o più cartelle cliniche?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Non ricordo, non so..... 3 ☐

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?

(considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

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. ASSICURAZIONE (PER TUTTI)

9.1 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"/> |

10. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO (PER TUTTI)

10.1 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 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

(Se Sì)

10.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → andare a domanda 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

Segue Scheda Individuale del componente n. **0/2**

(col. 1 della Scheda Generale)

11. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 12 mesi si è recato in vacanza per un periodo di almeno 4 notti consecutive?

NO00 ☐ → **andare a domanda 11.3**

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

11.2 Potrebbe indicare se è stato in vacanza solo in Italia, solo all'estero o sia in Italia sia all'estero?

Faccia riferimento a vacanze di almeno 4 notti consecutive

Solo in Italia.....1 ☐

Solo all'estero.....2 ☐

Sia in Italia, sia all'estero ...3 ☐

andare a domanda 12.1

(Se non si è recato in vacanza)

11.3 Per quali motivi?

(possibili più risposte)

Per ragioni economiche1 ☐

Per motivi di lavoro o di studio...2 ☐

Per mancanza di abitudine3 ☐

Perché già residente in località di villeggiatura4 ☐

Per motivi di famiglia5 ☐

Per motivi di salute6 ☐

Per l'età7 ☐

Per altri motivi8 ☐

(specificare)

12. ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 12.4)

12.3 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?

NO1 ☐

Sì, una volta

o più volte alla settimana.....2 ☐

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

Sì, più raramente4 ☐

andare a domanda 13.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 13.1)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

13. AMICI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

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

Tutti i giorni1 ☐

Più di una volta alla settimana ... 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4)4 ☐

Qualche volta durante l'anno5 ☐

Mai6 ☐

Non ho amici7 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 14 anni. Continuare per gli altri!

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

(col. 1 della Scheda Generale)

14. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

14.1 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 domanda 14.3**

Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a domanda 16.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 14.1)

14.2 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 15.1**

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 14.6**

Un lavoro di:

collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a domanda 14.9**
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 domanda 14.9**
Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

14.4 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 dom. 14.9)

14.5 Lei è iscritto ad un albo o ordine professionale?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ **andare a domanda 14.9**

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 14.3)

14.6 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 ☐

14.7 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 ☐

14.8 Lei è:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

Segue **Scheda Individuale del componente n. 0/2**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.9 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

14.10 In quale settore di attività economica lavora?
(nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere ... 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio .. 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali..09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa..... 10 ☐

Istruzione..... 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi..... 13 ☐

ATTENZIONE!

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

15. RICERCA DI LAVORO

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

15.1 Lei cerca lavoro?

NO..... 1 ☐ → andare a domanda 15.3

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐ → andare a domanda 15.4

(Se NO a domanda 15.1 o 15.2)

15.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà

inizio al massimo fra 3 mesi.... 1 ☐ → andare a domanda 15.5

Altro..... 2 ☐

andare a domanda 16.1

(Se Sì a domanda 15.2)

15.4 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 ☐ 2 ☐

Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati 3 ☐ 4 ☐

Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico 5 ☐ 6 ☐

Ha inviato una domanda per partecipare ad un concorso pubblico 7 ☐ 8 ☐

Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali... 1 ☐ 2 ☐

Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci 3 ☐ 4 ☐

Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati... 5 ☐ 6 ☐

Si è rivolto a parenti, amici, conoscenti, sindacati per trovare lavoro..... 7 ☐ 8 ☐

Ha cercato lavoro su Internet 1 ☐ 2 ☐

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 ☐ 4 ☐

Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma 5 ☐ 6 ☐

Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma 7 ☐ 8 ☐

Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti 1 ☐ 2 ☐

15.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**16. LAVORO
IN PASSATO**

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

16.1 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**

Sì 2 ☐

Permanentemente
inabile al lavoro 3 ☐ → **fine del
questionario**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma
hanno lavorato in passato, codice 2 a dom.
16.1)**

16.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, lei
svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a
domanda 16.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e con-
tinuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a
domanda 16.5**
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
domanda 16.5**
Socio di cooperativa 8 ☐

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

16.3 Aveva dei dipendenti?
(se l'aiutavano dei familiari senza essere
pagati non li consideri)

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N ☐

**andare a
domanda
16.5**

**(Per tutte le persone che lavoravano alle
dipendenze, codice 1 a dom. 16.2)**

16.4 Lei era:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

16.5 In quale settore di attività economica lavorava?
(faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e
comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio,
informatica, ricerca ed altre attività
professionali o imprenditoriali 09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa 10 ☐

Istruzione 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi 13 ☐

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 Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (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 E

1.5 Qual   la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐
Apolide..... 2 ☐
Straniera..... 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....

Vedi Appendice E

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO1 ☐

S  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. FORMAZIONE (PER TUTTI)

2.1 E' attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?

NO.....01 ☐ → andare a
domanda 3.1

S , specificare quale:

Dottorato di ricerca02 ☐

Corso di laurea di 4 anni o pi ,
laurea specialistica di 2 anni,
master di secondo livello e scuola di
specializzazione post laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni (nuovo ordinamento),
corso di diploma universitario,
master di primo livello.....04 ☐

Corso post secondario non universitario
(Corsi superiori e di perfezionamento di Accademia danza e di
Conservatorio, Accademia di Belle arti, Alta Formazione
artistica, musicale e coreutica di I e II livello, Scuola superiore
per interpreti e traduttori, mediatori linguistici, Scuola di
archivistica paleografia e diplomatica).....05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐
- Istituto tecnico07 ☐
- Liceo (classico, scientifico, linguistico) 08 ☐
- Istituto magistrale09 ☐
- Liceo o istituto artistico.....10 ☐

Corso di formazione professionale..11 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(media inferiore)12 ☐

Scuola primaria (scuola elementare).....13 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)...14 ☐

Asilo nido15 ☐

(Se   iscritto, altrimenti andare a domanda 3.1)

2.2 L'asilo, la scuola o l'universit  a cui   iscritto   pubblica o privata?

Pubblica1 ☐

Privata2 ☐

(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola
secondaria superiore, altrimenti andare a
domanda 3.1)

2.3 A quale classe   attualmente iscritto?

Classe

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

(col. 1 della Scheda Generale)

3. CORSI E LEZIONI PRIVATE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

3.1 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"/> |

4. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

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

Orario abitualeora minuti
 Orario variabile a causa di turni 7777 ☐
 Orario variabile per altra ragione 8888 ☐
 Non esco perché lavoro in casa 9999 ☐



andare a domanda 5.1

(Se esce per andare al lavoro o a scuola)

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

Tempo impiegato abitualmenteore minuti

Tempo impiegato variabile9999 ☐

4.3 Per motivi di lavoro o di studio lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?

NO1 ☐

Sì2 ☐

4.4 Dove lavora o studia abitualmente?
(possibili più risposte)

Nello stesso Comune in cui risiede1 ☐
 In un altro Comune della stessa Provincia2 ☐
 In un'altra Provincia della stessa Regione..... 3 ☐
 In un'altra Regione italiana 4 ☐
 All'Estero 5 ☐

4.5 Per andare al lavoro o a scuola o all'asilo usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?

NO, vado a piedi1 ☐ → andare a domanda 5.1

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

(Se Sì)

4.6 Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro o a scuola?
(possibili più risposte)

Treno01 ☐
 Tram02 ☐
 Metropolitana 03 ☐
 Autobus, filobus (all'interno del Comune)... 04 ☐
 Pullman, corriera (tra Comuni diversi)05 ☐
 Pullman aziendale o scolastico06 ☐
 Auto privata (come conducente)07 ☐
 Auto privata (come passeggero)08 ☐
 Motocicletta o ciclomotore09 ☐
 Bicicletta 10 ☐
 Altro mezzo 11 ☐

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

(indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 4.6)

Mezzo di trasporto

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

(col. 1 della Scheda Generale)

5. ATTIVITÀ SETTIMANALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

a) Lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)

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)

5.2 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"/> |

6. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

6.1 Nelle ultime 4 settimane ha avuto qualche malattia o qualche disturbo di salute?

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite...) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi...).

Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste 4 settimane

NO1 ☐

Sì2 ☐

6.2 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta al quesito precedente, nelle ultime 4 settimane le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, distorsioni, ustioni o altri disturbi dovuti a traumatismi, avvelenamenti, soffocamenti, ecc?

NO1 ☐

Sì2 ☐

(Se lavora, codice 1 a col. 9 della scheda generale, e Sì a dom. 6.1 o 6.2, gli altri vanno a domanda 7.1)

6.3 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute?

NO00 ☐

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

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

7.2 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a servizi di day hospital?

(Per day hospital si intende il ricovero o il ciclo di ricoveri programmati limitato ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento)

NO1 ☐ → **andare a domanda 8.1**

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.3 Quante giornate ha effettuato complessivamente in day hospital?

N° giornate

Non ricordo, non so..... 99 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

7.4 In quanti cicli sono state organizzate le giornate?

N° cicli.....

Non ricordo, non so..... 99 ☐

7.5 Per il ricovero o i ricoveri in day hospital sono state aperte una o più cartelle cliniche?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Non ricordo, non so..... 3 ☐

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?

(considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

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. ASSICURAZIONE (PER TUTTI)

9.1 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"/> |

10. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO (PER TUTTI)

10.1 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 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

(Se Sì)

10.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → andare a domanda 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

Segue **Scheda Individuale del componente n. 0/3**

(col. 1 della Scheda Generale)

11. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 12 mesi si è recato in vacanza per un periodo di almeno 4 notti consecutive?

NO00 ☐ → **andare a domanda 11.3**

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

11.2 Potrebbe indicare se è stato in vacanza solo in Italia, solo all'estero o sia in Italia sia all'estero?

Faccia riferimento a vacanze di almeno 4 notti consecutive

Solo in Italia.....1 ☐

Solo all'estero.....2 ☐

Sia in Italia, sia all'estero ...3 ☐

andare a domanda 12.1

(Se non si è recato in vacanza)

11.3 Per quali motivi?

(possibili più risposte)

Per ragioni economiche1 ☐

Per motivi di lavoro o di studio...2 ☐

Per mancanza di abitudine3 ☐

Perché già residente in località di villeggiatura4 ☐

Per motivi di famiglia5 ☐

Per motivi di salute6 ☐

Per l'età7 ☐

Per altri motivi8 ☐

(specificare)

12. ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 12.4)

12.3 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?

NO1 ☐

Sì, una volta

o più volte alla settimana.....2 ☐

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

Sì, più raramente4 ☐

andare a domanda 13.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 13.1)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

13. AMICI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

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

Tutti i giorni1 ☐

Più di una volta alla settimana ... 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4)4 ☐

Qualche volta durante l'anno5 ☐

Mai6 ☐

Non ho amici 7 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 14 anni. Continuare per gli altri!

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

(col. 1 della Scheda Generale)

14. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

14.1 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 domanda 14.3**

Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a domanda 16.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 14.1)

14.2 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 15.1**

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 14.6**

Un lavoro di:

collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a domanda 14.9**
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 domanda 14.9**
Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

14.4 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 dom. 14.9)

14.5 Lei è iscritto ad un albo o ordine professionale?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ **andare a domanda 14.9**

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 14.3)

14.6 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 ☐

14.7 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 ☐

14.8 Lei è:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.9 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

14.10 In quale settore di attività economica lavora?
(nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere ... 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio .. 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali..09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa..... 10 ☐

Istruzione..... 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi..... 13 ☐

ATTENZIONE!

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

15. RICERCA DI LAVORO

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

15.1 Lei cerca lavoro?

NO..... 1 ☐ → andare a domanda 15.3

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐ → andare a domanda 15.4

(Se NO a domanda 15.1 o 15.2)

15.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà

inizio al massimo fra 3 mesi.... 1 ☐ → andare a domanda 15.5

Altro..... 2 ☐

andare a domanda 16.1

(Se Sì a domanda 15.2)

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

(una risposta per ogni riga)

| | NO | Sì |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 ad 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"/> |

15.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

**16. LAVORO
IN PASSATO**

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

16.1 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**

Sì 2 ☐

Permanentemente
inabile al lavoro 3 ☐ → **fine del
questionario**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma
hanno lavorato in passato, codice 2 a dom.
16.1)**

16.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, lei
svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a
domanda 16.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e con-
tinuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a
domanda 16.5**

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
domanda 16.5**

Socio di cooperativa 8 ☐

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

16.3 Aveva dei dipendenti?

**(se l'aiutavano dei familiari senza essere
pagati non li consideri)**

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N ☐

**andare a
domanda
16.5**

**(Per tutte le persone che lavoravano alle
dipendenze, codice 1 a dom. 16.2)**

16.4 Lei era:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

16.5 In quale settore di attività economica lavorava?
(faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e
comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio,
informatica, ricerca ed altre attività
professionali o imprenditoriali 09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa 10 ☐

Istruzione 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi 13 ☐

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 Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune
di residenza.....1 ☐
Altro Comune italiano..... 2 ☐
Stato estero3 ☐

(specificare)

CODICE STATO ESTERO

Vedi Appendice E

1.5 Qual   la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐
Apolide..... 2 ☐
Straniera..... 3 ☐

(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....

Vedi Appendice E

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO1 ☐

S  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. FORMAZIONE (PER TUTTI)

2.1 E' attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?

NO.....01 ☐ → andare a
domanda 3.1

S , specificare quale:

Dottorato di ricerca02 ☐

Corso di laurea di 4 anni o pi ,
laurea specialistica di 2 anni,
master di secondo livello e scuola di
specializzazione post laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni (nuovo ordinamento),
corso di diploma universitario,
master di primo livello.....04 ☐

Corso post secondario non universitario
(Corsi superiori e di perfezionamento di Accademia danza e di
Conservatorio, Accademia di Belle arti, Alta Formazione
artistica, musicale e coreutica di I e II livello, Scuola superiore
per interpreti e traduttori, mediatori linguistici, Scuola di
archivistica paleografia e diplomatica).....05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐
- Istituto tecnico07 ☐
- Liceo (classico, scientifico, linguistico) 08 ☐
- Istituto magistrale09 ☐
- Liceo o istituto artistico.....10 ☐

Corso di formazione professionale..11 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(media inferiore)12 ☐

Scuola primaria (scuola elementare).....13 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)...14 ☐

Asilo nido15 ☐

(Se   iscritto, altrimenti andare a domanda 3.1)

2.2 L'asilo, la scuola o l'universit  a cui   iscritto   pubblica o privata?

Pubblica1 ☐

Privata2 ☐

(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola
secondaria superiore, altrimenti andare a
domanda 3.1)

2.3 A quale classe   attualmente iscritto?

Classe

Segue **Scheda Individuale del componente n. 04**

(col. 1 della Scheda Generale)

3. CORSI E LEZIONI PRIVATE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

3.1 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"/> |

4. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

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

Orario abitualeora minuti
 Orario variabile a causa di turni 7777 ☐
 Orario variabile per altra ragione 8888 ☐
 Non esco perché lavoro in casa 9999 ☐



andare a domanda 5.1

(Se esce per andare al lavoro o a scuola)

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

Tempo impiegato abitualmenteore minuti
 Tempo impiegato variabile9999 ☐

4.3 Per motivi di lavoro o di studio lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?

NO1 ☐

Sì2 ☐

4.4 Dove lavora o studia abitualmente?
(possibili più risposte)

Nello stesso Comune in cui risiede1 ☐
 In un altro Comune della stessa Provincia2 ☐
 In un'altra Provincia della stessa Regione..... 3 ☐
 In un'altra Regione italiana 4 ☐
 All'Estero 5 ☐

4.5 Per andare al lavoro o a scuola o all'asilo usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?

NO, vado a piedi1 ☐ → **andare a domanda 5.1**

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

(Se Sì)

4.6 Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente per andare al lavoro o a scuola?
(possibili più risposte)

Treno01 ☐
 Tram02 ☐
 Metropolitana 03 ☐
 Autobus, filobus (all'interno del Comune)... 04 ☐
 Pullman, corriera (tra Comuni diversi)05 ☐
 Pullman aziendale o scolastico06 ☐
 Auto privata (come conducente)07 ☐
 Auto privata (come passeggero)08 ☐
 Motocicletta o ciclomotore09 ☐
 Bicicletta 10 ☐
 Altro mezzo 11 ☐

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

(indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 4.6)

Mezzo di trasporto

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

5. ATTIVITÀ SETTIMANALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

a) Lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)

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)

5.2 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"/> |

6. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

6.1 Nelle ultime 4 settimane ha avuto qualche malattia o qualche disturbo di salute?

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite...) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi...).

Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste 4 settimane

NO1 ☐

Sì2 ☐

6.2 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta al quesito precedente, nelle ultime 4 settimane le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, distorsioni, ustioni o altri disturbi dovuti a traumatismi, avvelenamenti, soffocamenti, ecc?

NO1 ☐

Sì2 ☐

(Se lavora, codice 1 a col. 9 della scheda generale, e Sì a dom. 6.1 o 6.2, gli altri vanno a domanda 7.1)

6.3 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute?

NO00 ☐

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

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

7.2 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a servizi di day hospital?

(Per day hospital si intende il ricovero o il ciclo di ricoveri programmati limitato ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento)

NO1 ☐ → **andare a domanda 8.1**

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.3 Quante giornate ha effettuato complessivamente in day hospital?

N° giornate

Non ricordo, non so..... 99 ☐

Segue **Scheda Individuale del componente n. 04**

(col. 1 della Scheda Generale)

7.4 In quanti cicli sono state organizzate le giornate?

N° cicli.....

Non ricordo, non so..... 99 ☐

7.5 Per il ricovero o i ricoveri in day hospital sono state aperte una o più cartelle cliniche?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Non ricordo, non so..... 3 ☐

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?

(considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

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. ASSICURAZIONE (PER TUTTI)

9.1 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"/> |

10. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO (PER TUTTI)

10.1 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 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

(Se Sì)

10.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → andare a domanda 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

Segue Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

11. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 12 mesi si è recato in vacanza per un periodo di almeno 4 notti consecutive?

NO00 ☐ → andare a domanda 11.3

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

11.2 Potrebbe indicare se è stato in vacanza solo in Italia, solo all'estero o sia in Italia sia all'estero?

Faccia riferimento a vacanze di almeno 4 notti consecutive

Solo in Italia.....1 ☐

Solo all'estero.....2 ☐

Sia in Italia, sia all'estero ...3 ☐

andare a domanda 12.1

(Se non si è recato in vacanza)

11.3 Per quali motivi?

(possibili più risposte)

Per ragioni economiche1 ☐

Per motivi di lavoro o di studio...2 ☐

Per mancanza di abitudine3 ☐

Perché già residente in località di villeggiatura4 ☐

Per motivi di famiglia5 ☐

Per motivi di salute6 ☐

Per l'età7 ☐

Per altri motivi8 ☐

(specificare)

12. ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → andare a domanda 12.4

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → andare a domanda 12.4

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 12.4)

12.3 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?

NO1 ☐

Sì, una volta

o più volte alla settimana.....2 ☐

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

Sì, più raramente4 ☐

andare a domanda 13.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 13.1)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

13. AMICI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

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

Tutti i giorni1 ☐

Più di una volta alla settimana ... 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4)4 ☐

Qualche volta durante l'anno5 ☐

Mai6 ☐

Non ho amici 7 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 14 anni. Continuare per gli altri!

Segue **Scheda Individuale del componente n. 04**

(col. 1 della Scheda Generale)

14. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

14.1 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 domanda 14.3**

Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a domanda 16.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 14.1)

14.2 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 15.1**

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 14.6**

Un lavoro di:

collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a domanda 14.9**
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 domanda 14.9**
Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

14.4 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 dom. 14.9)

14.5 Lei è iscritto ad un albo o ordine professionale?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ **andare a domanda 14.9**

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 14.3)

14.6 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 ☐

14.7 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 ☐

14.8 Lei è:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

Segue **Scheda Individuale del componente n. 04**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.9 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

14.10 In quale settore di attività economica lavora?
(nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere ... 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio .. 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali..09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa..... 10 ☐

Istruzione..... 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi..... 13 ☐

ATTENZIONE!

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

15. RICERCA DI LAVORO

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

15.1 Lei cerca lavoro?

NO..... 1 ☐ → andare a domanda 15.3

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐ → andare a domanda 15.4

(Se NO a domanda 15.1 o 15.2)

15.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà

inizio al massimo fra 3 mesi.... 1 ☐ → andare a domanda 15.5

Altro..... 2 ☐

andare a domanda 16.1

(Se Sì a domanda 15.2)

15.4 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 ☐ 2 ☐

Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati

3 ☐ 4 ☐

Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico

5 ☐ 6 ☐

Ha inviato una domanda per partecipare ad un concorso pubblico

7 ☐ 8 ☐

Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali...

1 ☐ 2 ☐

Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci

3 ☐ 4 ☐

Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati...

5 ☐ 6 ☐

Si è rivolto a parenti, amici, conoscenti, sindacati per trovare lavoro.....

7 ☐ 8 ☐

Ha cercato lavoro su Internet

1 ☐ 2 ☐

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 ☐ 4 ☐

Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma

5 ☐ 6 ☐

Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma

7 ☐ 8 ☐

Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti

1 ☐ 2 ☐

15.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

Segue **Scheda Individuale del componente n. 04**

(col. 1 della Scheda Generale)

**16. LAVORO
IN PASSATO**

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

16.1 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**

Sì 2 ☐

Permanentemente
inabile al lavoro 3 ☐ → **fine del
questionario**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma
hanno lavorato in passato, codice 2 a dom.
16.1)**

16.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, lei
svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a
domanda 16.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e con-
tinuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a
domanda 16.5**
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
domanda 16.5**
Socio di cooperativa 8 ☐

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

16.3 Aveva dei dipendenti?

**(se l'aiutavano dei familiari senza essere
pagati non li consideri)**

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N

**andare a
domanda
16.5**

**(Per tutte le persone che lavoravano alle
dipendenze, codice 1 a dom. 16.2)**

16.4 Lei era:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

16.5 In quale settore di attività economica lavorava?
(faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e
comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio,
informatica, ricerca ed altre attività
professionali o imprenditoriali 09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa 10 ☐

Istruzione 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi 13 ☐

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. **05**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Et  (in anni compiuti)

1.4 Luogo di nascita

Stesso Comune
di residenza.....1 ☐
Altro Comune italiano..... 2 ☐
Stato estero3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO

Vedi Appendice E

1.5 Qual   la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐
Apolide..... 2 ☐
Straniera..... 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....

Vedi Appendice E

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO1 ☐

S  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. FORMAZIONE (PER TUTTI)

2.1 E' attualmente iscritto ad una delle scuole, dei corsi o istituti sottoelencati?

NO.....01 ☐ → andare a
domanda 3.1

S , specificare quale:

Dottorato di ricerca02 ☐

Corso di laurea di 4 anni o pi ,
laurea specialistica di 2 anni,
master di secondo livello e scuola di
specializzazione post laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni (nuovo ordinamento),
corso di diploma universitario,
master di primo livello.....04 ☐

Corso post secondario non universitario
(Corsi superiori e di perfezionamento di Accademia danza e di
Conservatorio, Accademia di Belle arti, Alta Formazione
artistica, musicale e coreutica di I e II livello, Scuola superiore
per interpreti e traduttori, mediatori linguistici, Scuola di
archivistica paleografia e diplomatica).....05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐
- Istituto tecnico07 ☐
- Liceo (classico, scientifico, linguistico) 08 ☐
- Istituto magistrale09 ☐
- Liceo o istituto artistico.....10 ☐

Corso di formazione professionale..11 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(media inferiore)12 ☐

Scuola primaria (scuola elementare).....13 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)...14 ☐

Asilo nido15 ☐

(Se   iscritto, altrimenti andare a domanda 3.1)

2.2 L'asilo, la scuola o l'universit  a cui   iscritto   pubblica o privata?

Pubblica1 ☐

Privata2 ☐

(Se studente della scuola dell'obbligo o scuola
secondaria superiore, altrimenti andare a
domanda 3.1)

2.3 A quale classe   attualmente iscritto?

Classe

Segue **Scheda Individuale del componente n. 05**

(col. 1 della Scheda Generale)

3. CORSI E LEZIONI PRIVATE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

3.1 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"/> |

4. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

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

Orario abitualeora minuti
 Orario variabile a causa di turni 7777 ☐
 Orario variabile per altra ragione 8888 ☐
 Non esco perché lavoro in casa 9999 ☐



andare a domanda 5.1

(Se esce per andare al lavoro o a scuola)

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

Tempo impiegato abitualmenteore minuti

Tempo impiegato variabile9999 ☐

4.3 Per motivi di lavoro o di studio lei abita con una certa regolarità prevalentemente in un Comune diverso da questo?

NO1 ☐

Sì2 ☐

4.4 Dove lavora o studia abitualmente?

(possibili più risposte)

Nello stesso Comune in cui risiede1 ☐

In un altro Comune della stessa Provincia2 ☐

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

In un'altra Regione italiana 4 ☐

All'Estero 5 ☐

4.5 Per andare al lavoro o a scuola o all'asilo usa abitualmente qualche mezzo di trasporto pubblico e/o privato?

NO, vado a piedi1 ☐ → andare a domanda 5.1

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

(Se Sì)

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

(possibili più risposte)

Treno01 ☐

Tram02 ☐

Metropolitana 03 ☐

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

Pullman, corriera (tra Comuni diversi)05 ☐

Pullman aziendale o scolastico06 ☐

Auto privata (come conducente)07 ☐

Auto privata (come passeggero)08 ☐

Motocicletta o ciclomotore09 ☐

Bicicletta 10 ☐

Altro mezzo 11 ☐

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

(indicare un solo codice fra quelli barrati alla domanda 4.6)

Mezzo di trasporto

Segue Scheda Individuale del componente n. **05**

(col. 1 della Scheda Generale)

5. ATTIVITÀ SETTIMANALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

a) Lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)

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)

5.2 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"/> |

6. CONDIZIONI DI SALUTE

(PER TUTTI)

6.1 Nelle ultime 4 settimane ha avuto qualche malattia o qualche disturbo di salute?

Rispondendo tenga presente che siamo interessati a tutte le cause che hanno eventualmente disturbato la sua salute in tale periodo, sia gravi (come polmonite, appendicite...) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi...).

Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se insorte prima delle quattro settimane, purché abbiano dato luogo a disturbi di salute durante queste 4 settimane

NO1 ☐

Sì2 ☐

6.2 Oltre a quanto eventualmente indicato in risposta al quesito precedente, nelle ultime 4 settimane le sue condizioni di salute sono state compromesse da ferite, fratture, contusioni, lussazioni, distorsioni, ustioni o altri disturbi dovuti a traumatismi, avvelenamenti, soffocamenti, ecc?

NO1 ☐

Sì2 ☐

(Se lavora, codice 1 a col. 9 della scheda generale, e Sì a dom. 6.1 o 6.2, gli altri vanno a domanda 7.1)

6.3 Durante le ultime 4 settimane ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute?

NO00 ☐

Sì, assenze dal lavoro, per quanti giorni? N.

7. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

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

7.2 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a servizi di day hospital?

(Per day hospital si intende il ricovero o il ciclo di ricoveri programmati limitato ad una sola parte della giornata, ovvero senza pernottamento)

NO1 ☐ → andare a domanda 8.1

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.3 Quante giornate ha effettuato complessivamente in day hospital?

N° giornate

Non ricordo, non so..... 99 ☐

Segue **Scheda Individuale del componente n. 05**

(col. 1 della Scheda Generale)

7.4 In quanti cicli sono state organizzate le giornate?

N° cicli.....

Non ricordo, non so..... 99 ☐

7.5 Per il ricovero o i ricoveri in day hospital sono state aperte una o più cartelle cliniche?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Non ricordo, non so..... 3 ☐

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?

(considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

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. ASSICURAZIONE (PER TUTTI)

9.1 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"/> |

10. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO (PER TUTTI)

10.1 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 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

(Se Sì)

10.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → andare a domanda 11.1

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

Segue **Scheda Individuale del componente n. 0/5**

(col. 1 della Scheda Generale)

11. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

11.1 Negli ultimi 12 mesi si è recato in vacanza per un periodo di almeno 4 notti consecutive?

NO00 ☐ → **andare a domanda 11.3**

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

11.2 Potrebbe indicare se è stato in vacanza solo in Italia, solo all'estero o sia in Italia sia all'estero?

Faccia riferimento a vacanze di almeno 4 notti consecutive

Solo in Italia.....1 ☐

Solo all'estero.....2 ☐

Sia in Italia, sia all'estero ...3 ☐

andare a domanda 12.1

(Se non si è recato in vacanza)

11.3 Per quali motivi?

(possibili più risposte)

Per ragioni economiche1 ☐

Per motivi di lavoro o di studio...2 ☐

Per mancanza di abitudine3 ☐

Perché già residente in località di villeggiatura4 ☐

Per motivi di famiglia5 ☐

Per motivi di salute6 ☐

Per l'età7 ☐

Per altri motivi8 ☐

(specificare)

12. ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → **andare a domanda 12.4**

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 12.4)

12.3 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?

NO1 ☐

Sì, una volta

o più volte alla settimana.....2 ☐

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

Sì, più raramente4 ☐

andare a domanda 13.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 13.1)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

13. AMICI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

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

Tutti i giorni1 ☐

Più di una volta alla settimana ... 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4)4 ☐

Qualche volta durante l'anno5 ☐

Mai6 ☐

Non ho amici7 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per le persone da 0 a 14 anni. Continuare per gli altri!

Segue Scheda Individuale del componente n. **05**

(col. 1 della Scheda Generale)

14. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

14.1 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 domanda 14.3**

Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a domanda 16.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 14.1)

14.2 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 15.1**

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.3 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, lei svolge:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 14.6**

Un lavoro di:

collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a domanda 14.9**
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 domanda 14.9**
Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

14.4 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 dom. 14.9)

14.5 Lei è iscritto ad un albo o ordine professionale?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ **andare a domanda 14.9**

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 14.3)

14.6 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 ☐

14.7 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 ☐

14.8 Lei è:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

Segue **Scheda Individuale del componente n. 05**

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 14.1 o dom. 14.2)

14.9 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

14.10 In quale settore di attività economica lavora?
(nel caso in cui svolga più attività lavorative, faccia sempre riferimento alla principale)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere ... 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio .. 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali..09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa..... 10 ☐

Istruzione..... 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi..... 13 ☐

ATTENZIONE!

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

15. RICERCA DI LAVORO

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

15.1 Lei cerca lavoro?

NO..... 1 ☐ → andare a domanda 15.3

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐ → andare a domanda 15.4

(Se NO a domanda 15.1 o 15.2)

15.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà

inizio al massimo fra 3 mesi.... 1 ☐ → andare a domanda 15.5

Altro..... 2 ☐

andare a domanda 16.1

(Se Sì a domanda 15.2)

15.4 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 ☐ 2 ☐

Ha sostenuto un colloquio di lavoro, una selezione presso privati

3 ☐ 4 ☐

Ha sostenuto le prove scritte e/o orali di un concorso pubblico

5 ☐ 6 ☐

Ha inviato una domanda per partecipare ad un concorso pubblico

7 ☐ 8 ☐

Ha esaminato offerte di lavoro sui giornali...

1 ☐ 2 ☐

Ha messo inserzioni sui giornali o ha risposto ad annunci

3 ☐ 4 ☐

Ha fatto una domanda di lavoro o ha inviato/consegnato un curriculum a privati...

5 ☐ 6 ☐

Si è rivolto a parenti, amici, conoscenti, sindacati per trovare lavoro.....

7 ☐ 8 ☐

Ha cercato lavoro su Internet

1 ☐ 2 ☐

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 ☐ 4 ☐

Ha cercato terreni, locali, attrezzature per avviare una attività autonoma

5 ☐ 6 ☐

Ha chiesto permessi, licenze, finanziamenti per avviare una attività autonoma

7 ☐ 8 ☐

Ha fatto altre azioni di ricerca di lavoro, non comprese tra quelle precedenti

1 ☐ 2 ☐

15.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

Segue **Scheda Individuale del componente n. 05**

(col. 1 della Scheda Generale)

**16. LAVORO
IN PASSATO**

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

16.1 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**

Sì 2 ☐

Permanentemente
inabile al lavoro 3 ☐ → **fine del
questionario**

**(Per tutte le persone che non lavorano, ma
hanno lavorato in passato, codice 2 a dom.
16.1)**

16.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, lei
svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a
domanda 16.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e con-
tinuativa (con o senza progetto) 2 ☐ } **andare a
domanda 16.5**
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
domanda 16.5**
Socio di cooperativa 8 ☐

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

16.3 Aveva dei dipendenti?
(se l'aiutavano dei familiari senza essere
pagati non li consideri)

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N ☐

**andare a
domanda
16.5**

**(Per tutte le persone che lavoravano alle
dipendenze, codice 1 a dom. 16.2)**

16.4 Lei era:

Dirigente 1 ☐

Quadro 2 ☐

Impiegato 3 ☐

Operaio 4 ☐

Apprendista 5 ☐

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

16.5 In quale settore di attività economica lavorava?
(faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto)

Agricoltura, caccia, pesca 01 ☐

Estrazione, energia 02 ☐

Industria e attività manifatturiere 03 ☐

Costruzioni 04 ☐

Commercio all'ingrosso e al dettaglio 05 ☐

Alberghi e ristoranti 06 ☐

Trasporti, magazzinaggio e
comunicazioni 07 ☐

Intermediazioni monetarie e finanziarie 08 ☐

Attività immobiliari, noleggio,
informatica, ricerca ed altre attività
professionali o imprenditoriali 09 ☐

Pubblica amministrazione e difesa 10 ☐

Istruzione 11 ☐

Sanità ed altri servizi sociali 12 ☐

Altri servizi 13 ☐

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. ELETTRICITA' E GAS

1.1 Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio dell'energia elettrica?

- Molto soddisfatto.....1 ☐
- Abbastanza soddisfatto2 ☐
- Poco soddisfatto3 ☐
- Per niente soddisfatto4 ☐

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"/> |
| Informazione sul servizio (informazioni su 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 distribuzione1 ☐
- 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
domanda
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 soddisfatto2 ☐
- Poco soddisfatto3 ☐
- Per niente soddisfatto4 ☐

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 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"/> |
| Informazione sul servizio (informazioni su 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 esterna..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Sicurezza impianto domestico | 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 abbiamo mai cambiato1 ☐
- Sì, il fornitore di energia elettrica2 ☐
- Sì, il fornitore di gas.....3 ☐
- Sì, entrambi.....4 ☐ → andare a domanda 1.9

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 gas3 ☐
- Sì, di entrambe.....4 ☐

(Se Sì)

1.10 Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio di call center ?

- Molto soddisfatto1 ☐
- 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 1.13**
- 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 soddisfatto1 ☐
- Abbastanza soddisfatto.....2 ☐
- Poco soddisfatto.....3 ☐
- Per niente soddisfatto.....4 ☐

(Per tutti)

1.13 Le sono mai stati offerti servizi per interventi di risparmio energetico (es.: interventi di miglioramento dell'isolamento dell'edificio, acquisto di elettrodomestici /apparecchi/impianti efficienti)?

(una sola risposta)

- NO.....1 ☐ → **andare a domanda 2.1**
- Sì, dal fornitore di energia elettrica2 ☐
- Sì, dal fornitore di gas3 ☐
- Sì, da entrambi.....4 ☐

(Se Sì)

1.14 Quali servizi per il risparmio energetico Le sono stati offerti?

(possibili più risposte)

- Analisi/Progetto di potenziale risparmio energetico.....1 ☐
- Realizzazione di interventi di risparmio energetico2 ☐
- Informazioni su come ridurre i consumi con interventi di risparmio energetico3 ☐
- Altro4 ☐

1.15 Ha realizzato interventi di risparmio energetico in seguito a queste offerte?

- NO1 ☐
- Sì, interamente a spese proprie.2 ☐
- Sì, con finanziamento (anche parziale) da parte del fornitore di energia elettrica o gas, di una società di servizi energetici o di un altro soggetto3 ☐

QUESTIONARIO FAMILIARE

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 Di quante stanze si compone l'abitazione? (considerare anche la cucina se ha caratteristiche di stanza)

N.

2.4 L'abitazione dispone di bagno o doccia?

NO 0 ☐

Sì, quanti N.

2.5 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"/> |

2.6 L'abitazione dispone di telefono?

NO 1 ☐ → andare a domanda 2.8

Sì 2 ☐

(Se Sì)

2.7 Il numero telefonico dell'abitazione principale è riportato nell'elenco telefonico del Comune in cui vive?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Per tutti)

2.8 L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO 1 ☐ → andare a domanda 2.10

Sì 2 ☐

(Se Sì)

2.9 Tipo di riscaldamento prevalente: (una sola risposta)

Centralizzato 1 ☐

Autonomo 2 ☐

Solo apparecchi singoli (compresi camini e stufe) 3 ☐

(Per tutti)

2.10 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)

2.11 L'abitazione è allacciata alla rete fognaria pubblica?

(una sola risposta)

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

2.12 Si verificano uno o più dei seguenti problemi?
(una risposta per ogni riga)

| | NO | SÌ |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 2.14)

2.13 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)

2.14 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 ☐

2.15 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 ^(a) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Scuola materna ^(a) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Scuola elementare ^(a) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Scuola media inferiore ^(a) | 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 non è utilizzata

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 urbani ... | 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 sono difficilmente raggiungibili | NO | Non so |
|------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Carta | 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"/> |
| Lattine di alluminio... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Contenitori in plastica per liquidi..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Rifiuti organici..... | 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"/> |

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

3.4 La sua famiglia ha l'abitudine di raccogliere i seguenti rifiuti in modo separato e di gettarli poi nei relativi contenitori?

(una risposta per ogni riga)

| | Si, sempre | Si, qualche volta | Mai |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Carta | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Vetro | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Farmaci | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Batterie usate | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Lattine di alluminio..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Contenitori in plastica per liquidi..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Rifiuti organici..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Altro | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <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, gli altri vanno 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 | <input type="text"/> ore a settimana | 00 <input type="checkbox"/> saltuariamente |
| Baby-sitter | <input type="text"/> ore a settimana | 00 <input type="checkbox"/> saltuariamente |
| Persona che assiste un anziano o un disabile | <input type="text"/> ore a settimana | 00 <input type="checkbox"/> saltuariamente |

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"/> |

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 case, annunci 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 | Sì | 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 | 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 a colori..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Antenna parabolica | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Decoder per digitale terrestre..... | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Condizionatori, climatizzatori..... | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Bicicletta | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Motorino, scooter | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Motocicletta, moto | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |

8.2 La famiglia possiede l'automobile?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 9.1**

Sì 2 ☐ → N. ☐

(Se Sì)

8.3 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. ☐

8.4 L'automobile o le automobili possedute dalla famiglia dispongono di navigatore satellitare?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

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 1005 ☐

da 101 a 2006 ☐

da 201 a 4007 ☐

oltre 400 8 ☐

10. TELEFONO CELLULARE

10.1 La famiglia possiede telefono cellulare?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 11.1**

Sì 2 ☐ → N. ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

(Se Sì)

10.2 Il telefono o i telefoni cellulari posseduti dalla famiglia hanno la possibilità di collegarsi ad Internet?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

11. APPARECCHIATURE INFORMATICHE

11.1 La famiglia possiede:

(una risposta per ogni riga)

| | NO | SÌ | N. |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Consolle per videogiochi | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Personal computer..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Modem..... | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |

12. ACCESSO AD INTERNET

12.1 La famiglia possiede accesso ad Internet da casa?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 12.3**

Sì 2 ☐ → N. ☐

(Se Sì)

12.2 Con quale tipo di connessione la famiglia accede ad Internet da casa?

(possibili più risposte)

Linea telefonica tradizionale o ISDN. 1 ☐

DSL (es. ADSL, SHDSL, VDSL, ecc.)..... 2 ☐

Connessione a banda larga via cavo (es. fibra ottica, rete locale, PLC, ecc.)..... 3 ☐

Connessione senza fili fissa (satellite, rete pubblica WIFI, Wimax) 4 ☐

Connessione senza fili mobile con palmare o telefonino (3G, UMTS, ecc.)..... 5 ☐

Connessione senza fili mobile con modem 3G (chiavetta USB, scheda)..... 6 ☐

Connessione senza fili mobile a banda stretta (GPRS, 2G+, ecc.)..... 7 ☐

(Se non possiede accesso ad Internet)

12.3 Per quale motivo la famiglia non possiede accesso ad Internet da casa?

(possibili più risposte)

Accede ad Internet da altro luogo 1 ☐

Internet non è utile, non è interessante..... 2 ☐

Alto costo degli strumenti necessari per connettersi 3 ☐

Alto costo del collegamento 4 ☐

Mancanza di capacità 5 ☐

Motivi di privacy, sicurezza 6 ☐

Connessione a banda larga non disponibile nella nostra zona 7 ☐

Disabilità fisica..... 8 ☐

Altro..... 9 ☐

(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 ☐

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 ☐

Absolutamente insufficienti 4 ☐

RISERVATO AL RILEVATORE

1.1 Tipo di abitazione

- Villa o villino1 ☐
- Signorile2 ☐
- Civile3 ☐
- Economico o popolare4 ☐
- Rurale5 ☐
- Abitazione impropria6 ☐

Annotazioni

.....

.....

.....

RISERVATO AL RILEVATORE

da compilare immediatamente dopo l'intervista

NOTIZIE SULL'INTERVISTA

DATI SULL'INTERVISTA (nel caso in cui le informazioni siano state raccolte durante più visite, fare riferimento alla prima)

a) giorno

b) mese

c) ora di inizio
ora minuti

d) durata dell'intervista

- Meno di 30 minuti1 ☐
- Da 30 minuti a meno di 45 minuti.....2 ☐
- Da 45 minuti a meno di 1 ora3 ☐
- Da 1 ora a 1 ora e mezza4 ☐
- Oltre 1 ora e mezza5 ☐

e) disponibilità familiare verso l'intervista

- Sempre scarsa1 ☐
- Scarsa all'inizio, migliore in seguito.....2 ☐
- Buona all'inizio, scarsa in seguito3 ☐
- Sufficiente 4 ☐
- Buona5 ☐
- Molto interessata6 ☐

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

(COGNOME E NOME LEGGIBILI)