



istat

Istituto Nazionale di Statistica

MOD. ISTAT/IMF - 4/A

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

QUARTO CICLO

SEGRETEZZA DEI DATI FORNITI COL PRESENTE QUESTIONARIO

La legge tutela la segretezza dei dati raccolti con le indagini statistiche; essi sono resi anonimi e privi di ogni riferimento che permetta di collegarli con le persone che hanno risposto ai questionari. Tutte le notizie fornite possono essere utilizzate soltanto per scopi statistici.

1	Mese
 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 10px;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>

2	Provincia
 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 10px;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>
	Comune
 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 10px;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>

3	Numero generale progressivo
 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 10px;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div> <div style="text-align: right; font-size: small;">*</div>
	Da 001 al totale dei modelli ISTAT/IMF - 4/A compilati dal Comune
	(a cura del Comune)

4	Numero d'ordine della famiglia
 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 10px;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>
	Da 001 al totale delle famiglie dell'elenco (Mod. ISTAT/IMF/1)

(scrivere su ogni riga, sia bianca che gialla)

[illegible]

TOTALE DEI COMPONENTI DELLA ATTUALE FAMIGLIA

RISERVATOI STATI

CODICI DA UTILIZZARE PER LA SCHEDA GENERALE

Col. 1 N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)	Col. 5 Seguire familiari assenti per motivi di salute Assistenza Altro (turismo, servizio di leva, ecc.)	Col. 13 Separato/a legalmente Divorziato/a Vedovo/a
Col. 2 Dimorante abitualmente - presente - non presente	Col. 6 Per meno di una settimana indicare 01 Stesso Comune Altro Comune stessa Provincia Altra Provincia stessa Regione Altra Regione Estero Imbarcato	Col. 14 N° d'ordine progressivo (codice a due cifre) 1° nucleo 2° nucleo nessun nucleo
Col. 3 CF Coniuge di 01 Convivente (coniugalmente) di 01 Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 01 Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01 Figlio di 01 nato da matrimonio o convivenza attuale Figlio di 01 o del coniuge o convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a) Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Nipote (= figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Nipote (= figlio di fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Fratello/sorella di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Coniuge del fratello/sorella di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Convivente del fratello/sorella di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Altro parente di 01 (o del coniuge o convivente di 01) Persona legata da amicizia Altra persona non parente (ospite, pensionante, addetto ai servizi della famiglia, datore di lavoro, ecc.)	Col. 7 Lavoro Studio Assistenza Seguire familiari Altro motivo Per meno di una settimana indicare 01 Col. 8 Stesso Comune Altro Comune stessa Provincia Altra Provincia stessa Regione Estero Col. 9 Maschio Femmina Col. 10 Col. 11 Indicare le ultime due cifre dell'anno di nascita Col. 12 Celibe o nubile Coniugato/a coabitante col coniuge Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto)	Col. 15 PR nucleo Coniuge o convivente Figlio Nessun nucleo Col. 16 Persona di riferimento (PR) Coniuge di PR Convivente (coniugalmente) di PR Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di PR Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di PR Figlio di PR nato da matrimonio o convivenza attuale Figlio di PR o del coniuge o convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a) Coniuge del figlio di PR (o del coniuge o convivente di PR) Convivente del figlio di PR (o del coniuge o convivente di PR) Nipote (= figlio del figlio) di PR (o del coniuge o convivente di PR) Nipote (= figlio di fratello/sorella) di PR (o del coniuge o convivente di PR) Fratello/sorella di PR (o del coniuge o convivente di PR) Coniuge del fratello/sorella di PR (o del coniuge o convivente di PR) Convivente del fratello/sorella di PR (o del coniuge o convivente di PR) Altro parente di PR (o del coniuge o convivente di PR) Persona legata da amicizia

(a) Da utilizzare solo in caso di due o più matrimoni (o convivenze)

Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

DATI GENERALI

Per tutti

- 1.1 DATA DI NASCITA
- ETÀ (in anni compiuti)
- 1.2 CITTADINANZA
- Italiana 01 ☐
- Altra
- (specificare)

ISTRUZIONE

Per le persone in età di 6 anni o più

- 2.1 TITOLO DI STUDIO PIÙ ELEVATO CONSEGUITO
- Laurea 1 ☐
- Diploma universitario 2 ☐
- Diploma o qualifica di scuola media superiore (4-5 anni) 3 ☐
- Diploma o qualifica di scuola media superiore (2-3 anni) 4 ☐
- Licenza di scuola media inferiore 5 ☐
- Licenza di scuola elementare 6 ☐
- Nessun titolo - sa leggere e scrivere 7 ☐
- Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere 8 ☐

LAVORO

Per le persone in età di 14 anni o più

- 3.1 CONDIZIONE UNICA O PREVALENTE
- a) Qual'è attualmente la sua condizione?
- Occupato 1 ☐
- In cerca di nuova occupazione 2 ☐
- In cerca di prima occupazione 3 ☐
- In servizio di leva 4 ☐
- Casalinga 5 ☐
- Studente 6 ☐
- Inabile al lavoro 7 ☐
- Persona ritirata dal lavoro 8 ☐
- In altre condizioni: 9 ☐
- b) Ha effettuato ore di lavoro nella settimana precedente l'intervista qualunque sia la condizione dichiarata al q. 3.1 a
- NO 1 ☐ SI 2 ☐

Per chi non si è dichiarato occupato e ha risposto negativamente al q. 3.1 b

- c) Ha lavorato in passato?
- NO 1 ☐ SI 2 ☐

Per gli occupati (codice 1 al q. 3.1 a) e per tutte le altre persone che hanno risposto affermativamente al q. 3.1 b, porre il q. 3.2 ed il q. 3.3 con riferimento all'attività lavorativa principale o unica; per gli altri, se hanno risposto affermativamente al q. 3.1 c, porre il q. 3.2 ed il q. 3.3 con riferimento all'ultima attività lavorativa svolta.

3.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE

- a) Alle dipendenze come
- dirigente 01 ☐
- appartenente alla carriera direttiva 02 ☐
- impiegato 03 ☐
- appartenente alle categorie speciali (intermedi) 04 ☐
- capo operaio 05 ☐
- operaio specializzato o qualificato 06 ☐
- operaio comune (manovale, bracciante agricolo, ecc.) 07 ☐
- altro lavoratore dipendente (uscieri, guardiano, bidello, ecc.) 08 ☐
- apprendista 09 ☐
- lavorante a domicilio per conto d'impresa 10 ☐
- graduato o militare di carriera delle FF. AA. o figura simile dei corpi di polizia e sicurezza interna 11 ☐
- b) In conto proprio come:
- imprenditore 12 ☐
- libero professionista con lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze 13 ☐
- libero professionista senza lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze 14 ☐
- lavoratore in proprio (coltivatore diretto, mezzadro, esercente di negozio, artigiano, ecc.) con lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze 15 ☐
- lavoratore in proprio (coltivatore diretto, mezzadro, esercente di negozio, artigiano, ecc.) senza lavoratori retribuiti o apprendisti alle proprie dipendenze 16 ☐
- coadiuvante 17 ☐

3.3 ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE DELL'UNITÀ LOCALE PRESSO CUI LA PERSONA ESERCITA LA PROPRIA PROFESSIONE

- Agricoltura 1 ☐
- Industria 2 ☐
- Pubblica amministrazione 3 ☐
- Altre attività 4 ☐

A coloro che non si sono dichiarati occupati o in cerca di occupazione (risposta da 4 a 9 al q. 3.1 a)

3.4 CERCA ATTIVAMENTE LAVORO?

- NO 1 ☐ SI 2 ☐

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

Per tutti i « ritirati dal lavoro » (codice 8 al q. 3.1 a).
Per le « casalinghe » che hanno dichiarato di aver lavorato in passato (cod. 5 al q. 3.1 a e codice 2 al q. 3.1 c).
Per gli « inabili al lavoro » che hanno dichiarato di aver lavorato in passato (cod. 7 al q. 3.1 a e codice 2 al q. 3.1 c).

3.5 A CHE ETÀ HA LASCIATO IL LAVORO?

Età in cui ha lasciato il lavoro

3.6 QUALI SONO I MOTIVI PIÙ IMPORTANTI PER CUI HA LASCIATO IL LAVORO? (possibili più risposte)

Pensionamento per:

— limiti di età o massima (o elevata) anzianità di lavoro 1 ☐

— conseguimento della minima (o sufficiente) anzianità di lavoro 2 ☐

— invalidità 3 ☐

Motivi di salute 4 ☐

Licenziamento 5 ☐

Matrimonio 6 ☐

Nascita (o adozione) di un figlio 7 ☐

Altri motivi di famiglia 8 ☐

Età avanzata 9 ☐

Altra circostanza: (specificare) 0 ☐

3.7 È SODDISFATTO DI AVER LASCIATO IL LAVORO? (leggere le risposte)

No, avrei preferito continuare a lavorare 1 ☐

No all'inizio, sì in seguito 2 ☐

Sì all'inizio, no in seguito 3 ☐

Sì 4 ☐

FONTE INDIVIDUALE DI REDDITO

Per tutti

4.1 LA PERSONA HA AVUTO, NEGLI ULTIMI SEI MESI, LA DISPONIBILITÀ DI UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI FONTI DI SOSTENTAMENTO?

COME FONTE PRINCIPALE (una sola risposta)	COME FONTE SECONDARIA (anche più risposte)
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

— Reddito da lavoro dipendente 1 ☐

— Reddito da lavoro autonomo 2 ☐

— Pensione 3 ☐

— Indennità e provvidenze varie 4 ☐

— Redditi patrimoniali 5 ☐

— Mantenimento da parte di familiari 6 ☐

CONDIZIONI DI SALUTE

Per tutti

5.1 COME VA, IN GENERALE, LA SUA SALUTE?

Indichi un punteggio da 1 a 5 (dove 1 è lo stato peggiore e 5 lo stato migliore)

5.2 NELLE ULTIME QUATTRO 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, ecc.) sia meno gravi (come raffreddore, mal di testa, tosse, mal di denti, disturbi intestinali, reumatismi, ecc.). Le eventuali malattie croniche vanno considerate, anche se manifestatesi prima delle quattro settimane, purché abbiano dato disturbi di salute durante queste settimane.

NO 000 ☐

Sì, specificare e codificare

.....

.....

.....

.....

.....

5.3 OLTRE A QUANTO EVENTUALMENTE INDICATO IN RISPOSTA AI QUESITI PRECEDENTI, NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE SONO STATE COMPROMESSE DA FERITE, FRATTURE, CONTUSIONI, LUSAZIONI, DISTORSIONI, USTIONI O DA ALTRI DISTURBI DOVUTI A TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, SOFFOCAMENTI, ECC.?

NO 1 ☐ SÌ 2 ☐

Per le persone che hanno indicato almeno una risposta affermativa ad uno dei quesiti 5.2 e 5.3.

5.4 LE MALATTIE O DISTURBI INDICATI HANNO COMPORTATO UNA LIMITAZIONE DELLE SUE ABITUALI ATTIVITÀ (DOMESTICHE, SCOLASTICHE, DI TEMPO LIBERO, DI LAVORO, ECC.) DURANTE LE ULTIME QUATTRO SETTIMANE?

NO 00 ☐

Sì, per quanti giorni? N.

Quanti a letto? N.

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

Per gli occupati (codice 1 al q. 3.1 a), che hanno indicato almeno una risposta affermativa ad uno dei quesiti 5.2 e 5.3.

5.5 DURANTE LE ULTIME QUATTRO SETTIMANE È STATO ASSENTE DAL LAVORO PER MOTIVI DI SALUTE?

NO 00 ☐

SI, per quanti giorni? N.

Per tutti

5.6 È AFFETTO DA UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI MALATTIE CRONICHE?
(leggere l'elenco e barrare la o le caselle opportune)

- Diabete 01 ☐
- Ipertensione arteriosa 02 ☐
- Infarto del miocardio 03 ☐
- Angina pectoris 04 ☐
- Altre malattie del cuore 05 ☐
- Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria 06 ☐
- Asma bronchiale 07 ☐
- Malattie allergiche 08 ☐
- Tumore (inclusi linfoma e leucemia) 09 ☐
- Ulcera gastrica e duodenale 10 ☐
- Calcolosi del fegato o delle vie biliari 11 ☐
- Cirrosi epatica 12 ☐
- Calcolosi renale 13 ☐
- Artrosi, artrite 14 ☐
- Osteoporosi 15 ☐
- Disturbi nervosi 16 ☐
- Nessuna delle malattie elencate 00 ☐

5.7 È AFFETTO DA UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI INVALIDITÀ?
(una risposta per ogni riga)

- | | NO | SI |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Cecità 11 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| - Sordomutismo 21 <input type="checkbox"/> | 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> |
| - Sordità 31 <input type="checkbox"/> | 31 <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> |
| - Insufficienza mentale 41 <input type="checkbox"/> | 41 <input type="checkbox"/> | 42 <input type="checkbox"/> |
| - Invalidità motoria 51 <input type="checkbox"/> | 51 <input type="checkbox"/> | 52 <input type="checkbox"/> |

Per chi ha risposto con i codici 42 e/o 52.

5.8 USA LA SEDIA A ROTELLE?

NO 1 ☐

SI 2 ☐

VISITE MEDICHE

Per tutti

6.1 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA FATTO RICORSO A VISITE MEDICHE DEL MEDICO DI FAMIGLIA O DI MEDICI SPECIALISTI, COME OCULISTA, DENTISTA, ECC.? (escludere le eventuali visite della Guardia Medica, del Pronto Soccorso e quelle durante un ricovero ospedaliero o in un Day Hospital)

NO 00 ☐

SI, quante volte? N.

In caso di risposta affermativa al q. 6.1 (diversamente passare al q. 6.4)

6.2 INDICARE IL NUMERO DI VISITE SECONDO IL MOTIVO PREVALENTE

- | | codice | |
|---|--------|-----------------------------|
| - malattie o disturbi | 1 | N. <input type="checkbox"/> |
| - controllo sullo stato di salute in assenza di malattie o disturbi | 2 | N. <input type="checkbox"/> |
| - ripetizione di ricette | 3 | N. <input type="checkbox"/> |
| - altri certificati o atti amministrativi | 4 | N. <input type="checkbox"/> |
| - altro | 5 | N. <input type="checkbox"/> |

6.3 PER CIASCUN TIPO DI VISITA, INDICARE IL NUMERO TOTALE DI VISITE, IL NUMERO DELLE VISITE DOMICILIARI, IL NUMERO DELLE VISITE A PAGAMENTO INTERO.

tipo	codice	numero		
		totale	domiciliari	a pagamento intero
generica	01	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
pediatrica	02	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
dermatologica	03	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
cardiologica	04	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
ostetrico-ginecologica	05	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
oculistica	06	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
odontoiatrica	07	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
otorinolaringoiatrica	08	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
ortopedica	09	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
neurologica	10	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
psichiatrica, psicologica	11	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
urologica	12	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
gastroenterologica	13	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
dietologica	14	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
geriatrica	15	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>
altra specialistica	16	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>	N. <input type="checkbox"/>

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

Per tutti

6.4 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA CHIESTO CONSIGLI TELEFONICI AD UN MEDICO?

NO 00 ☐

SI, quante volte N.

6.5 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA FATTO RICORSO AL SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO? (escludere i casi seguiti da ricovero)

NO 0 ☐

SI, quante volte? N.

6.6 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA FATTO RICORSO ALLA GUARDIA MEDICA PUBBLICA?

NO 0 ☐

SI, quante volte? N.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Per tutti

7.1 NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA EFFETTUATO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (ESCLUDENDO QUELLI EFFETTUATI DURANTE UN EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO O IN UN DAY HOSPITAL)?

NO 00 ☐ (passare al q. 8.1)

SI, quanti? N.

7.2 IN CASO DI RISPOSTA Affermativa INDICARE PER CIASCUN TIPO DI ACCERTAMENTO IL NUMERO TOTALE E QUELLO A PAGAMENTO INTERO.

tipo	codice	numero	
		totale	a pagamento intero
Analisi del sangue	01	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Analisi delle urine	02	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Ecografia	03	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Termografia	04	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Pap test, striscio vaginale	05	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Risonanza magnetica nucleare	06	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Esami radiologici	07	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Xeroradiografia	08	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
TAC	09	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Scintigrafia	10	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Gastroscopia	11	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Colonscopia	12	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Reazione alla tubercolina	13	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>
Altri accertamenti	14	N. <input type="text"/>	N. <input type="text"/>

SERVIZI SOCIO-SANITARI

Per tutti

7.3 NEL CORSO DEGLI ULTIMI DODICI MESI HA FATTO RICORSO AD UNO O PIU DEI SEGUENTI SERVIZI PUBBLICI O PRIVATI? (una risposta per ogni riga)

	nessun ricorso	Ricorso a servizio		
		pubblico	privato	sia pubblico che privato
- Rieducazione, fisioterapia	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
- Consultori familiari	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
- Ricovero in istituto di cura	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
- Centri di igiene mentale (CIM)	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
- Centri diurni di assistenza	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
- Centri sociali d'incontro	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>

AIUTI PRESTATI ALL'ESTERNO

Per le persone di 14 anni o più

8.1 IN RIFERIMENTO AI TIPI DI AIUTO O ASSISTENZA (NON RETRIBUITI) DI SEGUITO ELENCATI, INDICARE SE DURANTE LE ULTIME QUATTRO SETTIMANE LA PERSONA HA PRESTATO AIUTO A PERSONE NON APPARTENENTI ALLA FAMIGLIA, OSSIA NON COABITANTI (possibili più risposte)

- aiuto economico 1 ☐
- prestazioni sanitarie (iniezioni, medicinali, ecc.) ... 2 ☐
- compagnia, accudimento, assistenza 3 ☐
- aiuto in attività domestiche 4 ☐
- accompagnamento, ospitalità 5 ☐
- effettuazione di pratiche burocratiche 6 ☐
- aiuto nell'esecuzione di un'attività di lavoro o di studio 7 ☐
- non ha prestato alcun aiuto (passare al q. 9.1) 0 ☐

Se sono stati prestati più tipi di aiuto (se l'aiuto è uno solo passare al q. 8.3)

8.2 INDICARE IL CODICE DEL TIPO DI AIUTO PRESTATO CHE E CONSIDERATO PIU IMPEGNATIVO (vedere codici al q. 8.1)

Facendo riferimento all'unico aiuto prestato o a quello considerato più impegnativo

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

8.3 A QUALE DELLE PERSONE ELENcate È STATO PRESTATO? (una sola risposta)

- genitori/suoceri 1 ☐
 - figli/coniugi dei figli 2 ☐
 - fratelli/cognati 3 ☐
 - nipoti 4 ☐
 - nonni 5 ☐
 - altri parenti anziani (65 anni e più) 6 ☐
 - altri parenti non anziani (meno di 65 anni) 7 ☐
 - altri non parenti anziani (65 anni e più) 8 ☐
 - altri non parenti non anziani (meno di 65 anni) 9 ☐

8.4 QUALE È IL MOTIVO PRINCIPALE PER CUI LA PERSONA HA AVUTO BISOGNO DI AIUTO? (una sola risposta)

- problemi di salute senza invalidità 1 ☐
 - problemi di salute con invalidità 2 ☐
 - bisogno di compagnia 3 ☐
 - bisogno economico 4 ☐
 - problemi di lavoro o studio 5 ☐
 - difficoltà ad organizzarsi (senza problemi di salute) 6 ☐
 - altro motivo 7 ☐

8.5 LA PERSONA CHE HA RICEVUTO L'AIUTO VIVE SOLA?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

8.6 QUALE È STATO IL CARATTERE DELL'AIUTO DA LEI FORNITO? (una sola risposta)

- casuale 1 ☐
 - saltuario 2 ☐
 - regolare 3 ☐

8.7 LA PRESTAZIONE DI QUESTO AIUTO È STATA ORGANIZZATA INSIEME CON UNA O PIÙ DELLE SEGUENTI PERSONE? (possibili più risposte)

- Altri componenti della famiglia 1 ☐
 Altri parenti non appartenenti alla famiglia intervistata 2 ☐
 Altre persone:
 - fuori da un gruppo di volontariato 3 ☐
 - nell'ambito di un gruppo di volontariato laico 4 ☐
 - religioso 5 ☐
 Nessuna delle persone indicate 0 ☐

ATTIVITÀ VARIE DELLE PERSONE IN ETÀ DI 60 ANNI O PIÙ

9.1 SENZA CONSIDERARE LE PERSONE CHE VIVONO CON LEI, HA PARENTI O AMICI CHE VIVONO NELLO STESSO COMUNE O IN UN COMUNE VICINO? SE SÌ, A CHE DISTANZA DA CASA SUA? (almeno una risposta per ogni riga)

	NO	Sì (possibili più risposte)		
		stesso caseggiato	vicino a casa	distante da casa
figli/figlie	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
fratelli/sorelle, cognati	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
nipoti	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
genitori/suoceri	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
altri parenti	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
amici	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>

Se c'è almeno una risposta positiva al q. 9.1 (diversamente passare al q. 9.3)

9.2 IN GENERE CON CHE FREQUENZA VI VEDETE? Rispondendo consideri la frequenza con cui vede almeno una delle persone di ciascun gruppo; ad es. se ha più di un figlio consideri la frequenza con cui vede almeno uno dei suoi figli, anche se non si tratta sempre dello stesso figlio (una risposta per ogni rigo)

	NE VEDE ALMENO UNO			
	spesso	abbastanza di frequente	raramente	mai
figli/figlie	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
fratelli/sorelle, cognati	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
nipoti	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
genitori/suoceri	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
altri parenti	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
amici	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>

9.3 ESCLUDENDO EVENTUALI VACANZE, ABITUALMENTE DURANTE L'ANNO, TRASCORRE PERIODI ABBASTANZA LUNGI (ALMENO UN MESE) PRESSO FIGLI O ALTRI PARENTI? (possibili più risposte)

- NO 1 ☐
 Sì, presso un figlio 2 ☐
 Sì, presso più di un figlio 3 ☐
 Sì, presso altri parenti 4 ☐

Segue Scheda individuale del componente n. 01

(col. 13 della Scheda Generale)

9.4 CON RIFERIMENTO ALLE ATTIVITÀ DI SEGUITO ELENCA-
TE INDICARE CON QUALE FREQUENZA LE SVOLGE (una
risposta per ogni riga)

	mai o quasi mai		qualche volta	spesso
	per scelta	per neces- sità (preferen- rebbe con più frequenza)		
- Ascoltare la radio, guar- dare la televisione	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
- Leggere giornali quoti- diani, riviste, periodici	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
- Leggere libri, ascoltare dischi, cassette, ecc.	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
- Andare al cinema, a tea- tro, assistere a spet- tacoli, manifestazioni sportive e simili	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
- Visitare musei, seguire conferenze, dibattiti cul- turali, partecipare ad at- tività politiche, sindaca- li, ecc.	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
- Frequentare università per anziani	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>
- Partecipare ad attività religiose	71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/>
- Fare collezionismo, e- nigmistica, fotografie, hobbies tecnici, suona- re, scrivere poesie, di- pingere, cucire, fare la maglia e simili	81 <input type="checkbox"/>	82 <input type="checkbox"/>	83 <input type="checkbox"/>	84 <input type="checkbox"/>
- Giocare a carte e simili	91 <input type="checkbox"/>	92 <input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/>	94 <input type="checkbox"/>
- Passeggiare, andare in bicicletta, giocare a bocce, fare altri sport	01 <input type="checkbox"/>	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>
- Coltivare orti, piante e fiori (non per lavoro)	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
- Accudire animali (non per lavoro)	25 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>
- Fare gite, viaggi, vacan- ze organizzate indivi- dualmente	35 <input type="checkbox"/>	36 <input type="checkbox"/>	37 <input type="checkbox"/>	38 <input type="checkbox"/>
- Fare gite, viaggi, vacan- ze organizzate attraver- so agenzie, associazio- ni, ecc.	45 <input type="checkbox"/>	46 <input type="checkbox"/>	47 <input type="checkbox"/>	48 <input type="checkbox"/>

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

Sì, senza la presenza di altre persone 1 ☐

Sì, con la presenza di altre persone 2 ☐

NO, ma era presente 3 ☐

NO, e non era presente 4 ☐

Se NO, indicare il numero d'ordine
del componente che ha dato le notizie N.

(cfr. col. 13 della Scheda Generale)

SCHEDA FAMILIARE

(parte prima)

VACANZE E VIAGGI PER MENO DI CINQUE GIORNI

1. FACENDO RIFERIMENTO ALLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE, INDICARE, PER CIASCUN COMPONENTE FAMILIARE, SE SI È RECATO IN VACANZA O IN VIAGGIO PER ALTRI MOTIVI, PER MENO DI CINQUE GIORNI (compresi i finesettimana)

1.a Numero d'ordine del componente	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1.b Si è recato in vacanza?										
NO	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Sì, quante volte?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.c Si è recato in viaggio per altri motivi?										
NO	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Sì, quante volte?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se c'è almeno una risposta affermativa ad uno o entrambi i quesiti 1.b e 1.c, procedere secondo le indicazioni date di seguito nelle AVVERTENZE; diversamente passare al quesito 2.1.

AVVERTENZE

Compilare una sezione per ciascun periodo (di vacanza o di viaggio per altri motivi) per meno di cinque giorni. Nel caso in cui tutti o una parte dei componenti familiari abbiano trascorso insieme un periodo, le relative notizie devono essere riportate in un'unica sezione. A tal fine, deve essere considerato come un unico periodo quello che è caratterizzato da identiche modalità per tutti i seguenti elementi:

- a) componenti familiari che hanno preso parte all'intero periodo;
- b) data di partenza e data di ritorno;
- c) mezzi di trasporto utilizzati e località di destinazione;
- d) tipo di alloggio utilizzato.

Se anche uno solo di tali elementi è parzialmente o completamente diverso, considerare i periodi come distinti, compilando quindi sezioni distinte. Ad esempio, nel caso in cui la moglie ed i figli hanno trascorso i primi 2 giorni di vacanza insieme, mentre il marito li ha raggiunti negli ultimi due giorni, si dovrà considerare come un unico periodo quello relativo alla moglie ed ai figli (compilando un'unica sezione); per il marito si dovrà considerare un periodo distinto (compilando un'altra sezione).

Dopo aver compilato le sezioni relative a tutti i periodi di meno di cinque giorni, passare al quesito 2.1.

Segue **SCHEDA FAMILIARE (parte prima)**

SEZIONE RELATIVA AL 1° PERIODO

1.1 Numero d'ordine dei componenti che hanno effettuato il periodo di vacanza o viaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Indicare, per ciascun componente indicato nel q. 1.1, se si tratta di una vacanza o di un viaggio per altro motivo, specificandolo (dare una sola risposta per ogni componente; le risposte possono essere diverse per i vari componenti partecipanti)										
Vacanza	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Viaggio per altro motivo:										
- Congressi, convegni o simili	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Studio o corso di aggiornamento professionale	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Affari, temporaneo lavoro fuori sede	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- Motivi di salute	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Religione	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
- Per effettuare attività sportiva	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
- Visita a parenti o amici	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
- Altro motivo di famiglia	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
- Altro	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

1.3 LOCALITÀ DI DESTINAZIONE

- Italia 1 ☐
 Estero 2 ☐
 Sia Italia che estero 3 ☐

1.4 GIORNI TRASCORSI FUORI CASA

- Lunedì 1 ☐
 Martedì 2 ☐
 Mercoledì 3 ☐
 Giovedì 4 ☐
 Venerdì 5 ☐
 Sabato 6 ☐
 Domenica 7 ☐

1.5 MEZZI DI TRASPORTO UTILIZZATI (possibili più risposte)

- Aereo 01 ☐
 Treno 02 ☐ *
 Auto privata 03 ☐
 Pullman turistico 04 ☐
 Pullman di linea 05 ☐
 Auto della ditta 06 ☐
 Auto a noleggio 07 ☐
 Moto, motoscooter 08 ☐
 Nave 09 ☐
 Barca 10 ☐
 Camper o simile 11 ☐
 Altro 12 ☐

1.6 TIPO DI ALLOGGIO UTILIZZATO (possibili più risposte)

- Albergo, pensione, locanda 1 ☐
 Abitazione di proprietà di:
 - un componente familiare 2 ☐
 - parenti, amici (ospitalità gratuita) 3 ☐
 Altro alloggio 4 ☐

1.7 PER UNA PARTE O PER TUTTO IL PERIODO QUALI DELLE SEGUENTI PERSONE ERANO PRESENTI? (possibili più risposte)

- Familiari conviventi 1 ☐
 Familiari non conviventi 2 ☐
 Amici 3 ☐
 Nessuna delle persone indicate 0 ☐

Segue **SCHEDA FAMILIARE (parte prima)**

SEZIONE RELATIVA AL 2° PERIODO

1.1 Numero d'ordine dei componenti che hanno effettuato il periodo di vacanza o viaggio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.2 Indicare, per ciascun componente indicato nel q. 1.1, se si tratta di una vacanza o di un viaggio per altro motivo, specificandolo (dare una sola risposta per ogni componente: le risposte possono essere diverse per i vari componenti/partecipanti)										
Vacanza	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Viaggio per altro motivo										
- Congressi, convegni o simili	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- Studio o corso di aggiornamento professionale	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Affari, temporaneo lavoro fuori sede	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- Motivi di salute	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
- Religione	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
- Per effettuare attività sportiva	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
- Visite a parenti o amici	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
- Altro motivo di famiglia	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
- Altro	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

1.3 LOCALITÀ DI DESTINAZIONE

- Italia 1 ☐
 Estero 2 ☐
 Sia Italia che estero 3 ☐

1.4 GIORNI TRASCORSI FUORI CASA

- Lunedì 1 ☐
 Martedì 2 ☐
 Mercoledì 3 ☐
 Giovedì 4 ☐
 Venerdì 5 ☐
 Sabato 6 ☐
 Domenica 7 ☐

1.5 MEZZI DI TRASPORTO UTILIZZATI (possibili più risposte)

- Aereo 01 ☐
 Treno 02 ☐
 Auto privata 03 ☐
 Pullman turistico 04 ☐
 Pullman di linea 05 ☐
 Auto della ditta 06 ☐
 Auto a noleggio 07 ☐
 Moto, motoscooter 08 ☐
 Nave 09 ☐
 Barca 10 ☐
 Camper o simile 11 ☐
 Altro 12 ☐

1.6 TIPO DI ALLOGGIO UTILIZZATO (possibili più risposte)

- Albergo, pensione, locanda 1 ☐
 Abitazione di proprietà di:
 - un componente familiare 2 ☐
 - parenti, amici (ospitalità gratuita) 3 ☐
 Altro alloggio 4 ☐

1.7 PER UNA PARTE O PER TUTTO IL PERIODO QUALI DELLE SEGUENTI PERSONE ERANO PRESENTI? (possibili più risposte)

- Familiari conviventi 1 ☐
 Familiari non conviventi 2 ☐
 Amici 3 ☐
 Nessuna delle persone indicate 0 ☐

2.1 IN RIFERIMENTO A CIASCUNO DEI TIPI DI AIUTO O ASSISTENZA (NON RETRIBUITI) ELENCATI, INDICARE SE LA FAMIGLIA NE HA RICEVUTI, NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE, DALLE PERSONE INDICATE, SE NON COABITANTI.

TIPI DI AIUTO	PERSONE CHE HANNO DATO L'AUTO (a)						PER GLI AIUTI RICEVUTI						
							MOTIVO PREVALENTE DELL'AUTO				CARATTERE PREVALENTE DELL'AUTO		
	Genitori suoceri	Figli consuegni dei figli	Fratelli cognati	Altri parenti	Altri non parenti	Nessuno	Bisogno econo- mico	Salute	Affetto solidari- età	Altro motivo	Casuale	Salutario	Regolare
- Aiuto economico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Prestazioni sanitarie (iniezioni, medicamenti, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Compagnia, accudimento, assistenza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Aiuto in attività domestiche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Accompagnamento, ospitalità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Effettuazione di pratiche burocratiche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- Aiuto nell'esecuzione di un'attività di lavoro o di studio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

2.2 FACENDO RIFERIMENTO AGLI AIUTI RICEVUTI, INDICARE SE L'AIUTO ERA DIRETTO ALLA FAMIGLIA NEL SUO COMPLESSO O AD ALCUNI COMPONENTI.

[illegible]

Segue **SCHEDA FAMILIARE (parte seconda)**

ABITAZIONE (PRINCIPALE O UNICA) E REDDITO

3.1 A QUALE TITOLO LA FAMIGLIA OCCUPA L'ABITAZIONE?

- Affitto o subaffitto 1 ☐
- Proprietà o usufrutto 2 ☐
- Altro titolo 3 ☐

3.2 DI QUANTE STANZE SI COMPONE L'ABITAZIONE?
(comprendere la cucina se ha caratteristiche di stanza)

N.

3.3 L'ABITAZIONE DISPONE DI TELEFONO?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

3.4 L'ABITAZIONE DISPONE DI RISCALDAMENTO?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

Se la risposta è affermativa, chiedere:

a. Tipo di riscaldamento:

- centrale ad uso dell'intero fabbricato 1 ☐
- autonomo ad uso dell'abitazione 2 ☐
- apparecchi singoli (stufe, ecc.) 3 ☐

b. Il riscaldamento è presente nella maggior parte dell'abitazione?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

3.5 L'ABITAZIONE È DISPOSTA SU PIÙ PIANI?

NO 1 ☐ SI 2 ☐

Se SI, l'ingresso unico o principale su quale piano si trova?

N. piano

3.6 GIUDIZIO COMPLESSIVO DELLA FAMIGLIA SU ALCUNI ASPETTI DELL'ABITAZIONE, TENENDO CONTO DELLE ESIGENZE FAMILIARI (una risposta per riga)

- | | Del tutto
insufficiente
o inesistente | Insuf-
ficente | Suffi-
ciente | Ecces-
sivo |
|--|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Spazio disponibile ... | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| - Servizi disponibili ... | 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> | 23 <input type="checkbox"/> | 24 <input type="checkbox"/> |
| - Ascensore | 31 <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> | 33 <input type="checkbox"/> | 34 <input type="checkbox"/> |
| - Riscaldamento | 41 <input type="checkbox"/> | 42 <input type="checkbox"/> | 43 <input type="checkbox"/> | 44 <input type="checkbox"/> |
| - Protezione dall'umidi-
tà, rumore, traffico,
ecc. | 51 <input type="checkbox"/> | 52 <input type="checkbox"/> | 53 <input type="checkbox"/> | |
| - accessibilità a servizi
(scuole, medico, far-
macia, ecc.) | 61 <input type="checkbox"/> | 62 <input type="checkbox"/> | 63 <input type="checkbox"/> | |

3.7 SI VERIFICANO UNO O PIÙ DEI SEGUENTI PROBLEMI?
(una risposta per ogni riga)

- | | NO | SI |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - Le spese per l'abitazione sono
troppo alte | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| - È troppo distante da figli, geni-
tori, ecc. | 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> |
| - Problemi di sfratto o altro obbligo
di lasciare l'abitazione | 31 <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> |

3.8 IN CASO DI BISOGNO DI UN QUALCHE AIUTO (PRENDERE LA POSTA IN CASO DI ASSENZA, ACQUISTARE UN MEDICINALE IN CASO DI MALATTIA, ECC.) NELLA ZONA IN CUI ABITA LA FAMIGLIA PUÒ FARE AFFIDAMENTO SU ALTRE PERSONE (FAMILIARI NON CONVIVENTI, AMICI, VICINI DI CASA)? (una risposta per colonna)

- | | Familiari
non conviventi | Amici
vicini di casa |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Sempre | 01 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> |
| - Abbastanza regolarmente .. | 02 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| - Solo in certi casi | 03 <input type="checkbox"/> | 13 <input type="checkbox"/> |
| - Mai | 04 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |

3.9 LA ZONA IN CUI ABITA LA FAMIGLIA PRESENTA UN QUALCHE RISCHIO DAL PUNTO DI VISTA DI:

(una risposta per ogni riga)

- | | GRADO DI RISCHIO | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | alto | medio | basso | nessuno |
| - Criminalità | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| - Frane, inondazioni,
ecc. | 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> | 23 <input type="checkbox"/> | 24 <input type="checkbox"/> |
| - Inquinamento | 31 <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> | 33 <input type="checkbox"/> | 34 <input type="checkbox"/> |

3.10 CON RIFERIMENTO AGLI ULTIMI DODICI MESI E TENENDO PRESENTI LE ESIGENZE DI TUTTI I COMPONENTI FAMILIARI, COME SONO STATE LE RISORSE ECONOMICHE COMPLESSIVE DELLA FAMIGLIA?

- Adeguate 1 ☐
- Abbastanza adeguate 2 ☐
- Scarse 3 ☐
- Assolutamente insufficienti 4 ☐

Segue **SCHEDA FAMILIARE (parte seconda)**

DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Per tutti i componenti familiari di 6 anni o più

4.1 LE CHIEDO ANCORA UN PO' DI TEMPO PER SOTTOPORLE ALCUNI QUESITI CHE RIGUARDANO L'EVENTUALE ESISTENZA DI DIFFICOLTÀ AD EFFETTUARE LE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA. A VOLTE, INFATTI, PER PROBLEMI DI SALUTE LEGATI A MALATTIE CRONICHE O A QUALCHE FORMA DI INVALIDITÀ, PUÒ ACCADERE CHE UNA PERSONA TROVI DIFFICOLTÀ AD EFFETTUARE AZIONI CHE FANNO PARTE DELLA VITA DI TUTTI I GIORNI. FACENDO RIFERIMENTO DISTINTAMENTE A CIASCUN COMPONENTE FAMILIARE, PUÒ INDICARE L'EVENTUALE GRADO DI DIFFICOLTÀ AD EFFETTUARE CIASCUNA DELLE SEGUENTI ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA? SE UTILIZZA BASTONI, SEDIE A ROTELLE, PROTESI, OCCHIALI O ALTRI APPARECCHI, CONSIDERI IL GRADO DI DIFFICOLTÀ CHE INCONTRA IN CIASCUNA ATTIVITÀ, PUR CON L'AUTO DEGLI APPARECCHI STESSI.

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1. Numero d'ordine del componente (col. 13 della Scheda Generale)										
2. Anno di nascita (ultime 2 cifre) (col. 11 della Scheda Generale)										
3. È costretto a rimanere sempre a letto anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per alzarsi? NO (barrare e passare al q. 4) SI (barrare e passare al q. 13)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
4. È costretto a rimanere sempre seduto su una sedia o una poltrona (non su una sedia a rotelle) anche potendo disporre dell'aiuto di qualcuno per camminare? NO (barrare e passare al q. 5) SI (barrare e passare al q. 9)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
5. È costretto a rimanere sempre nella sua abitazione senza poter uscire per motivi di salute fisica o psichica? (nell'abitazione sono compresi gli eventuali spazi all'aperto) NO (barrare e passare ai quesiti successivi) SI (barrare e passare ai quesiti successivi)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
6. Qual è la distanza più lunga che può percorrere camminando da solo senza fermarsi e senza stancarsi troppo? — qualche passo soltanto — più di qualche passo ma meno di 200 metri — 200 metri o più	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

Segue SCHEDA FAMILIARE (parte seconda)

[illegible]

Seque: SCHEDA FAMILIARE (parte seconda)

PER LE FAMIGLIE CON PIU DI UN COMPONENTE

Le notizie sulla Scheda Familiare relative alla Sezione sulle « Difficoltà nelle attività quotidiane » sono state fornite alla presenza di una o più persone non appartenenti alla famiglia intervistata?

NO 1 ☐SI 2 ☐

Le notizie sulla Scheda Familiare sono state fornite da uno o da più componenti?

Da un componente

1 ☐

Da più componenti

2 ☐

Se le risposte sono state fornite da un solo componente, specificare

Numero d'ordine del componente che ha fornito le risposte ai quesiti della Scheda Familiare

N

RISERVATO AL RILEVATORE

TIPO DI ABITAZIONE	L'abitazione è situata in:
Villa o villino 1 <input type="checkbox"/>	Centro abitato 1 <input type="checkbox"/>
Signorile 2 <input type="checkbox"/>	Nucleo abitato 2 <input type="checkbox"/>
Civile 3 <input type="checkbox"/>	Case sparse 3 <input type="checkbox"/>
Economico o popolare 4 <input type="checkbox"/>	
Rurale 5 <input type="checkbox"/>	
Abitazione impropria (baracca, roulotte, ecc.) 6 <input type="checkbox"/>	

NOTIZIE SULL'INTERVISTA

1 CONTATTI CON LA FAMIGLIA. AVUTI PER OTTENERE L'INTERVISTA (compresa l'intervista stessa)

a) numero delle visite effettuate di persona dall'intervistatore

N

b) numero di telefonate effettuate

N

2 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

ore e minuti

d) durata dell'intervista

Meno di 30 minuti 1 ☐

Da 30 minuti a meno di 45 minuti 2 ☐

Da 45 minuti a meno di 1 ora 3 ☐

Da 1 ora a 1 ora e mezza 4 ☐

Oltre 1 ora e mezza 5 ☐

e) disponibilità familiare verso l'intervista

Sempre scarsa 1 ☐

Scarsa all'inizio, migliore in seguito 2 ☐

Buona all'inizio, scarsa in seguito 3 ☐

Sufficiente 4 ☐

Buona 5 ☐

Molto interessata 6 ☐

Codice del rilevatore nel Registro Comunale dei rilevatori

Cognome del rilevatore

(scrivere in stampatello partendo dalla prima casella a sinistra)

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

Visto per la revisione

IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA REVISIONE

(COGNOME E NOME LEGGIBILE)