

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

Ogni anno l'Istat conduce questa ricerca per capire i problemi del vivere quotidiano, la soddisfazione per i principali servizi pubblici: le file, l'orario dei servizi, l'affollamento dei mezzi pubblici, insomma, le abitudini di tutti. È importante raccogliere dalla viva voce dei cittadini questi aspetti del vivere quotidiano, perché possano essere utilizzati anche per migliorare la situazione.

La ricerca è inserita nel Programma statistico nazionale 2011-2013 - Aggiornamento 2013 - prorogato dal decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 - convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125 - e nel Programma statistico nazionale 2014-2016 - in corso di approvazione - (cod. IST-00204), che comprendono l'insieme delle rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese. Il Programma statistico nazionale è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

L'Istat è tenuto per legge a svolgere queste attività di ricerca e i cittadini sono tenuti a parteciparvi. L'obbligo di risposta per questa rilevazione è sancito dall'art. 7 del d.lgs. n. 322/1989, e successive modifiche e integrazioni, e dal D.P.R. del 19 luglio 2013. Successivamente alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, il medesimo obbligo sarà sancito dal decreto di approvazione - ai sensi dell'art. 13, commi 3 e 3-ter, del d.lgs. n. 322/1989 - del Programma statistico nazionale 2014-2016 e dell'elenco delle rilevazioni, in esso ricomprese, con obbligo di risposta per i soggetti privati.

Tale obbligo, tuttavia, come previsto dalla normativa vigente (art. 7, comma 2, del d.lgs. n. 322/1989) non riguarda i quesiti di natura sensibile, di seguito indicati, ai quali i cittadini potranno decidere se rispondere o meno. Sono di natura sensibile le domande presenti nelle sezioni 6, 7 e 9 del questionario ISTAT/IMF-7/A.14 (questionario individuale di colore rosa) e le domande contrassegnate dai numeri: 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 17.1, 19.2, 19.3, 19.5, 30.8 (solo per il quinto e il decimo comportamento in elenco) e 30.9 (solo per il terzo e il nono comportamento in elenco) del questionario ISTAT/IMF-7/B.14 (questionario per autocompilazione di colore verde).

L'elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

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

La invito, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 24.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e ad accogliere, con cortese disponibilità, l'incaricato del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari. L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003).

Responsabile del trattamento statistico dei dati raccolti nell'ambito della presente indagine è il Direttore centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali. Per il trattamento dei dati personali il titolare è l'Istat - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, e il responsabile è il Direttore centrale sopra indicato. Sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs. n. 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali , viale Liegi, 13 – 00198 Roma.

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modifiche e integrazioni, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" – art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166, "Regolamento recante il riordino dell'Istituto nazionale di statistica";
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche e integrazioni, "Codice in materia di protezione dei dati personali"– art. 4 (definizioni) artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 marzo 2013, "Programma statistico nazionale 2011-2013 - Aggiornamento 2013" (Supplemento ordinario n. 47 alla Gazzetta Ufficiale del 14 giugno 2013 - Serie Generale - n.138);
- Decreto del Presidente della Repubblica 19 luglio 2013, "Approvazione dell'elenco delle rilevazioni statistiche, rientranti nel Programma statistico nazionale per il triennio 2011-2013 – Aggiornamento 2013, per le quali sussiste l'obbligo dei soggetti privati di fornire i dati e le notizie che siano loro richiesti, a norma dell'articolo 7 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322" (Gazzetta Ufficiale del 28 agosto 2013 - Serie Generale - n. 201);
- Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" – art. 8-bis, che proroga l'efficacia del DPCM 21 marzo 2013, di approvazione del Programma statistico nazionale 2011-2013 – Aggiornamento 2013, e del DPR 19 luglio 2013, relativo all'obbligo di risposta, fino all'entrata in vigore del Programma statistico nazionale 2014-2016 (Gazzetta Ufficiale del 30 ottobre 2013 - Serie Generale - n. 255).



Istat

SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

MOD. ISTAT/IMF-7/B.14

INDAGINE
STATISTICA
MULTISCOPO
SULLE
FAMIGLIE

1	Provincia	
	□□□
	Comune	
	□□□
	Sezione di Censimento	
	□□□□ □□□

2	(a cura del Comune) Numero <u>progressivo</u> della famiglia intervistata
	□□□□
	Da 0001 al totale delle famiglie intervistate

ASPETTI DELLA VITA
QUOTIDIANA
ANNO 2014

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

PER TUTTI
Questionario per autocompilazione
(componente n. □□)



Rubbettino print

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Stiamo facendo una ricerca statistica sulla vita delle famiglie italiane.

Abbiamo bisogno della sua collaborazione.

La preghiamo di leggere con attenzione le domande che seguono e di rispondere mettendo una croce sul quadratino della risposta che ha scelto,

così: ☒

- Alcune volte troverà lo spazio per scrivere dei numeri. Scriva il numero all'interno dello spazio,

così o così

Se incontra delle difficoltà a rispondere si rivolga alla persona che le ha consegnato il questionario, che gentilmente le spiegherà ciò di cui ha bisogno.

Le siamo molto grati per la sua gentile collaborazione.

Scheda Individuale del componente n.

(col. 1 della Scheda Generale)

DATI ANAGRAFICI

Data di nascita
Giorno Mese Anno

Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1. PESO E STATURA

(PER TUTTI)

1.1 Può indicare il suo peso e la sua statura attuali?
Le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza.

Peso kg

Statura cm

1.2 Usa controllare il suo peso?

Sì, tutti i giorni.....1 ☐
Sì, almeno una volta a settimana.....2 ☐
Sì, almeno una volta al mese.....3 ☐
Sì, qualche volta durante l'anno.....4 ☐
NO.....5 ☐

2. FARMACI

(PER TUTTI)

2.1 Negli ultimi due giorni ha fatto uso di farmaci?

Sì.....1 ☐
NO.....2 ☐
Non ricordo.....3 ☐

ATTENZIONE!

*I bambini da 0 a 2 anni vanno a domanda
7.1. Continuare per gli altri!*

3. STILI ALIMENTARI

(PER LE PERSONE
DI 3 ANNI E PIÙ)

3.1 Qual è il suo pasto principale?

Prima colazione1 ☐
Pranzo2 ☐
Cena3 ☐

3.2 Ha l'abitudine di fare la prima colazione?

Se la fa più di una volta consideri solo la prima.

NO1 ☐
Sì, bevo solo bevande come the o caffè
(escluso latte) senza mangiare niente2 ☐
Sì, bevo the o caffè (escluso latte)
e mangio qualcosa3 ☐
Sì, bevo latte o caffè e latte o cappuccino
senza mangiare niente4 ☐
Sì, bevo latte o caffè e latte o cappuccino
e mangio qualcosa5 ☐
Sì, mangio solo qualcosa (biscotti, fette
biscottate, pane, brioches) senza bere nulla6 ☐
Sì, faccio un altro tipo di colazione
(yogurt, cereali, succhi di frutta, ecc.)7 ☐

3.3 Dove pranza abitualmente nei giorni NON festivi
(di scuola o di lavoro)?

(una sola risposta)

In casa.....1 ☐
In una mensa aziendale.....2 ☐
In una mensa
scolastica o dell'asilo.....3 ☐
In un ristorante,
trattoria, tavola calda4 ☐
In un bar5 ☐
Sul posto di lavoro6 ☐
A casa di genitori, parenti, amici.....7 ☐
In altro luogo8 ☐
Non consumo pranzo.....9 ☐

(Se pranza abitualmente in mensa aziendale, altrimenti andare a domanda 3.5)

3.4 Il servizio di mensa aziendale di cui usufruisce è:

- Completamente gratuito.....1 ☐
- Prezzi ridotti.....2 ☐
- Prezzi interi.....3 ☐
- Altro.....4 ☐

(Per tutte le persone di 3 anni e più)

3.5 Con che frequenza consuma i seguenti gruppi di alimenti?

(una risposta per ogni riga)

	Più di una volta al giorno	Una volta al giorno	Qualche volta a settimana	Meno di una volta a settimana	Mai
Pane, pasta, riso.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Salumi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Carne di pollo, tacchino, coniglio, vitello	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Carni bovine (manzo, vitellone, ecc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Carni di maiale (escluso salumi).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Latte.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Formaggi, latticini	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Uova	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pesce	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Verdure in foglia cotte e crude (spinaci, insalate, cicoria, cavolo, broccoli).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pomodori (escluse conserve), melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche, cavolfiore, piselli e altri legumi freschi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Frutta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Se consuma, almeno una volta al giorno, frutta, verdura o ortaggi escludendo le patate, altrimenti andare a domanda 3.7)

3.6 Quante porzioni dei seguenti alimenti consuma al giorno?

Numero di porzioni al giorno

- Insalata oppure ortaggi e/o verdura (1 porzione = 1 piatto medio, ossia una quantità che ricopre il fondo del piatto)..... ☐
- Frutta (1 porzione = 1 mela oppure 1 arancia, oppure 2 mandarini, ecc.)..... ☐

(Per tutte le persone di 3 anni e più)

3.7 Con che frequenza consuma i seguenti gruppi di alimenti?

(una risposta per ogni riga)

	Più di una volta al giorno	Una volta al giorno	Qualche volta a settimana	Meno di una volta a settimana	Mai
Legumi secchi o in scatola.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Patate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Snack salati (patatine, pop corn, salatini, olive).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dolci (torte farcite, merendine, gelati ecc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

3.8 Quale dei seguenti grassi usa più frequentemente per la cottura dei cibi?

- Olio d'oliva..... 1 ☐
- Altri grassi e olii vegetali (olio di semi, margarina, ecc.)..... 2 ☐
- Burro o strutto..... 3 ☐

3.9 Quale dei seguenti grassi usa più frequentemente per il condimento a crudo dei cibi (insalate, pasta, ecc.) o per panini, tartine, ecc.?

- Olio d'oliva..... 1 ☐
- Altri grassi e olii vegetali (olio di semi, margarina, ecc.)..... 2 ☐
- Burro o strutto..... 3 ☐

3.10 Fa attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati?

- NO, non presto attenzione..... 1 ☐
- Sì, ne ho ridotto l'uso nel tempo..... 2 ☐
- Sì, ho da sempre fatto attenzione..... 3 ☐

3.11 Fa uso di sale arricchito con iodio?

- NO..... 1 ☐
- Sì..... 2 ☐

ATTENZIONE!

I bambini da 3 a 10 anni vanno a domanda 7.1. Continuare per gli altri!

4. BEVANDE

(PER LE PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ)

4.1 In quale quantità consuma abitualmente le seguenti bevande?

(una risposta per ogni riga)

	Oltre 1 litro al giorno	Da 1/2 litro ad 1 litro al giorno	1-2 bicchieri al giorno (meno di 1/2 litro)	Più raramente	Solo stagionalmente	Non ne consumo
Acqua minerale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Bevande gassate (esclusa l'acqua minerale).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Birra.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Vino.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Se beve tutti i giorni birra o vino, altrimenti andare a domanda 4.3)

4.2 Quanti bicchieri di vino o birra consuma abitualmente al giorno?

	Numero di bicchieri al giorno
Birra (1 bicchiere = 1 boccale da 330 ml, una lattina).....	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vino (1 bicchiere = 125 ml).....	<input type="text"/> <input type="text"/>

(Per tutte le persone di 11 anni e più)

4.3 Le capita di bere vino o alcolici fuori dai pasti?

Tutti i giorni	1 <input type="checkbox"/>	} andare a domanda 4.5
Qualche volta alla settimana	2 <input type="checkbox"/>	
Più raramente	3 <input type="checkbox"/>	
Mai	4 <input type="checkbox"/>	

(Se beve vino o alcolici fuori dai pasti almeno qualche volta alla settimana, altrimenti andare a domanda 4.5)

4.4 Complessivamente in una settimana quanti bicchieri di vino o alcolici consuma abitualmente fuori dai pasti?

Numero di bicchieri a settimana

4.5 In quale quantità consuma abitualmente le seguenti bevande?

(una risposta per ogni riga)

Più di 2 bicchieri al giorno	1-2 bicchieri al giorno	Qualche bicchierino alla settimana	Più raramente	Eccezionalmente	Non ne consumo
------------------------------	-------------------------	------------------------------------	---------------	-----------------	----------------

Aperitivi analcolici (80 ml)..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Aperitivi alcolici (80 ml)..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Amari (40 ml)..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Superalcolici o liquori (40 ml)... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

(Se beve tutti i giorni aperitivi alcolici, amari o superalcolici, altrimenti andare a domanda 4.7)

4.6 Complessivamente quanti bicchieri di aperitivi alcolici, amari o superalcolici consuma abitualmente al giorno?

Numero di bicchieri al giorno

(Per tutte le persone di 11 anni e più)

4.7 Consideri gli ultimi 12 mesi. Ha mai consumato bevande alcoliche (vino, birra, aperitivi alcolici, amari o superalcolici)?

Sì..... 1 ☐

NO, ma ne ho consumato in passato..... 2 ☐

NO, non ne consumo 3 ☐

4.8 Consideri gli ultimi 12 mesi. Le è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc.)?

NO 1 ☐ → andare a domanda 5.1

Sì 2 ☐ → N. volte

(Se Sì)

4.9 Facendo riferimento all'ultima volta che ha consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione, in quale luogo si trovava? (possibili più risposte)

A casa propria..... 1 ☐

A casa di parenti o amici 2 ☐

Al ristorante/trattoria osteria/pizzeria..... 3 ☐

Al bar/pub/birreria 4 ☐

In discoteca/night..... 5 ☐

All'aperto/per strada 6 ☐

In altro luogo 7 ☐

(specificare)

5. USO DELLA SIGARETTA ELETTRONICA

(PER LE PERSONE DI 11 ANNI E PIÙ)

5.1 Lei usa anche solo saltuariamente la sigaretta elettronica?

Sì1 ☐

NO, ma l'ho usata in passato.....2 ☐

NO, non l'ho mai usata.....3 ☐ → **andare a domanda 6.1**

(Se usa o ha usato in passato la sigaretta elettronica)

5.2 A che età ha iniziato ad usare la sigaretta elettronica?

Se non ricorda con precisione indichi un'età approssimativa.

Età

5.3 Qual è il motivo che l'ha portata a usare la sigaretta elettronica?

(possibili più risposte)

Continuare a fumare ma senza i danni da fumo di tabacco.....01 ☐

Curiosità, provare qualcosa di nuovo.....02 ☐

Risparmiare.....03 ☐

Smettere di fumare tabacco.....04 ☐

Poter fumare anche in luoghi in cui non è permesso.....05 ☐

Familiari/amici/colleghi la usano.....06 ☐

Noia/rompere ogni tanto la monotonia della giornata.... 07 ☐

Sentirsi più sicuro/grande/senso di emancipazione..... 08 ☐

Ridurre l'appetito/mangiare di meno.....09 ☐

Sentirsi meno stressato/agitato/nervoso/irritabile..... 10 ☐

Sentirsi meno solo/depresso/triste.....11 ☐

Concentrarsi di più nello studio/lavoro.....12 ☐

Altro.....13 ☐

(specificare)

5.4 Quale tipo di ricarica utilizza per la sua sigaretta elettronica o utilizzava prima di smettere?

(una sola risposta)

Solo con nicotina.....1 ☐

Solo senza nicotina.....2 ☐

Sia con nicotina sia senza nicotina.....3 ☐

5.5 Indichi la capacità della ricarica della sua sigaretta elettronica che sta utilizzando ora o che usava prima di smettere:

1,0 ml1 ☐

1,2 ml2 ☐

1,6 ml3 ☐

2,0 ml4 ☐

Altro.....5 ☐ → ml
(specificare)

5.6 In media, quante ricariche al giorno della sua sigaretta elettronica effettua o effettuava prima di smettere?

Meno di una ricarica.....1 ☐

Una o più ricariche2 ☐ → N.

5.7 In quali luoghi utilizza la sua sigaretta elettronica o la utilizzava prima di smettere?

(possibili più risposte)

In casa.....1 ☐

In automobile2 ☐

A scuola3 ☐

Sul luogo di lavoro.....4 ☐

In locali pubblici (bar, ristoranti, cinema, ecc.) .5 ☐

All'aperto6 ☐

5.8 Ha provato beneficio dall'uso della sigaretta elettronica?

(una sola risposta)

Sì, mi ha aiutato a smettere di fumare.....1 ☐

Sì, mi ha aiutato a ridurre il fumo di tabacco.....2 ☐

Sì, posso fumare più di prima.....3 ☐

NO.....4 ☐

(Se ha usato in passato la sigaretta elettronica altrimenti andare a domanda 6.1)

5.9 Da quanto tempo ha smesso definitivamente di usare la sigaretta elettronica?

Se non ricorda con precisione indichi un intervallo di tempo approssimativo.

Meno di 4 mesi1 ☐

4-6 mesi2 ☐

7-12 mesi3 ☐

13-24 mesi4 ☐

Oltre due anni.....5 ☐

6. CONSUMO DI TABACCO

(PER LE PERSONE
DI 11 ANNI E PIÙ)

6.1 Lei attualmente fuma?

Sì..... 1 ☐

NO, ma ho fumato in passato...2 ☐ → andare a domanda 6.7

NO, non ho mai fumato.....3 ☐ → andare a domanda 7.1

(Se fuma)

6.2 Con quale frequenza fuma?

(una sola risposta)

Tutti i giorni1 ☐

Occasionalmente.....2 ☐

6.3 Che cosa fuma prevalentemente?

(una sola risposta)

Pipa1 ☐

Sigari.....2 ☐

Sigarette.....3 ☐

andare a
domanda 6.7

(Se fuma prevalentemente sigarette)

6.4 Al giorno, in media, quante sigarette fuma?

N.

6.5 Al mattino, quando si sveglia, dopo quanto tempo fuma la prima sigaretta della giornata?

Dopo 5 minuti o meno 1 ☐

Da 6 a 30 minuti 2 ☐

Da 31 minuti a 1 ora 3 ☐

Oltre 1 ora..... 4 ☐

6.6 Dopo aver fumato la prima sigaretta della giornata quanto è forte il bisogno di fumarne subito un'altra?

Molto 1 ☐

Abbastanza..... 2 ☐

Poco 3 ☐

Per niente 4 ☐

(Se fuma o ha fumato in passato)

6.7 A che età ha iniziato a fumare in modo continuativo?

Se non ricorda con precisione indichi un'età approssimativa.

Età

6.8 Lei ha mai usato uno o più dei seguenti metodi per smettere di fumare?

(una risposta per ogni riga)

NO SÌ

Riduzione graduale del fumo di sigarette e/o pipa e/o sigari..... 1 ☐ 2 ☐

Interruzione immediata e totale del fumo di sigarette e/o pipa e/o sigari..... 3 ☐ 4 ☐

Uso di caramelle/gomme da masticare, cerotti che contenevano nicotina..... 5 ☐ 6 ☐

Uso di medicinali/farmaci tradizionali prescritti da un medico..... 7 ☐ 8 ☐

Ricorso alla medicina alternativa (es. agopuntura, omeopatia, ipnosi, ecc.)..... 1 ☐ 2 ☐

Ricorso a terapia di gruppo o psicoterapia per smettere di fumare..... 3 ☐ 4 ☐

Uso di sigaretta elettronica..... 5 ☐ 6 ☐

Altro..... 7 ☐ 8 ☐
(specificare)

(Se ha fumato in passato altrimenti andare a domanda 7.1)

6.9 Da quanto tempo ha smesso definitivamente di fumare?

Se non ricorda con precisione indichi un intervallo di tempo approssimativo.

Meno di 4 mesi 1 ☐

4-6 mesi 2 ☐

7-12 mesi 3 ☐

13-24 mesi..... 4 ☐

25-36 mesi..... 5 ☐

Oltre tre anni..... 6 ☐

7. SALUTE, MALATTIE CRONICHE E GRADO DI AUTONOMIA

(PER TUTTI)

7.1 Come va in generale la sua salute?

Molto bene 1 ☐

Bene 2 ☐

Né bene né male..... 3 ☐

Male 4 ☐

Molto male 5 ☐

7.2 È affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata?

Il termine "lunga durata" si riferisce a malattie o problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino per almeno 6 mesi.

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

7.3 A causa di problemi di salute, in che misura Lei ha delle limitazioni, che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono?

Direbbe di avere:

Limitazioni gravi 1 ☐

Limitazioni non gravi 2 ☐

Nessuna limitazione 3 ☐

7.4 È affetto da una o più delle seguenti malattie croniche?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ
Diabete 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio 5	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Angina pectoris o altre malattie del cuore 7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria... 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Malattie allergiche 5	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Tumore (incluso linfoma o leucemia) 7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ulcera gastrica o duodenale 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Calcolosi del fegato e delle vie biliari 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cirrosi epatica 5	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Calcolosi renale 7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Artrosi, artrite 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Osteoporosi 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Disturbi nervosi 5	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

8. RADIO

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

8.1 Ha l'abitudine di ascoltare la radio?

NO 1 ☐ → andare a

domanda 9.1

Sì, tutti i giorni 2 ☐

Sì, qualche giorno 3 ☐

(Se Sì)

8.2 Nei giorni in cui ascolta la radio, generalmente per quanto tempo al giorno l'ascolta?

ore e minuti

non so 9999 ☐

9. TV

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

9.1 Ha l'abitudine di guardare la TV?

NO 1 ☐ → andare a

domanda 10.1

Sì, tutti i giorni 2 ☐

Sì, qualche giorno 3 ☐

(Se Sì)

9.2 Nei giorni in cui guarda la TV, generalmente per quanto tempo al giorno la guarda?

ore e minuti

non so 9999 ☐

10. VIDEOCASSETTE, DVD, FILM

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

10.1 Con che frequenza Lei guarda videocassette e/o DVD?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta a settimana 2 ☐

Una volta a settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4 volte) 4 ☐

Qualche volta l'anno 5 ☐

Mai 6 ☐

10.2 Negli ultimi 12 mesi, con che frequenza ha visto film (inclusi cortometraggi e lungometraggi ed esclusi video, videoclip, trailer)? Non consideri i film visti al cinema.

(una risposta per ogni riga)

	Una o più volte a setti- mana	Qual- che volta al mese	Qual- che volta l'anno	Mai
In televisione 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
In videocassetta, DVD, Blu-Ray, ecc. 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attraverso Internet 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"/>

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per i bambini da 0 a 2 anni. Continuare per gli altri!

11. PERSONAL COMPUTER

**(PER LE PERSONE
DI 3 ANNI E PIÙ)**

11.1 Lei ha mai usato il personal computer a casa, sul posto di lavoro o altrove?

Consideri computer fisso da tavolo, computer portatile (laptop, netbook, notebook, tablet); escluda smartphone, palmare con funzioni di telefonia, lettore di e-book e console per videogiochi.

Sì, negli ultimi 3 mesi 1 ☐

Sì, da 3 mesi a 1 anno fa 2 ☐

Sì, più di 1 anno fa 3 ☐ → **andare a domanda 11.4**

Mai 4 ☐ ↓

andare a domanda 12.1

(Se ha usato il personal computer negli ultimi 12 mesi)

11.2 Negli ultimi 12 mesi, con che frequenza ha usato il personal computer?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese
(meno di 4 volte) 4 ☐

Meno di una volta al mese 5 ☐

(Se ha usato il personal computer negli ultimi 3 mesi, altrimenti andare a domanda 11.4)

11.3 Negli ultimi 3 mesi, con che frequenza ha usato il personal computer in casa, sul posto di lavoro, sul luogo di studio, altrove?

(una risposta per ogni riga)

Tutti i giorni	Qualche volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Meno di una volta al mese	Mai
----------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------	-----

A casa propria 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Sul posto di lavoro
(se diverso da casa) 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Sul luogo di studio 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

A casa di altri 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Altrove 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

(Se usa o ha usato il personal computer)

11.4 Quale delle seguenti operazioni relative all'utilizzo del personal computer sa effettuare?

(una risposta per ogni riga)

NO SÌ

Copiare o muovere un file o una cartella 1 ☐ 2 ☐

Usare "copia e incolla" per copiare o muovere informazioni all'interno di un documento 3 ☐ 4 ☐

Usare formule aritmetiche di base in un foglio elettronico (es. Excel, ecc.) 5 ☐ 6 ☐

Comprimere (o zippare) file 7 ☐ 8 ☐

Connettere e installare periferiche (es. stampanti, modem, ecc.) 1 ☐ 2 ☐

Scrivere un programma informatico utilizzando un linguaggio di programmazione 3 ☐ 4 ☐

Trasferire file tra computer e/o da altri dispositivi (macchina fotografica digitale, cellulare, lettore mp3/mp4) 5 ☐ 6 ☐

Modificare o verificare i parametri per configurare un software (escluso i browser per accedere ad Internet) 7 ☐ 8 ☐

Creare presentazioni con specifici software (es. slide), inclusi grafici, immagini, suoni o video 1 ☐ 2 ☐

Installare un nuovo sistema operativo o sostituirne uno vecchio 3 ☐ 4 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per i bambini da 3 a 5 anni. Le persone di 15 anni e più occupate o in cerca di occupazione continuano. Gli altri vanno a domanda 12.1!

(Per le persone di 15 anni e più occupate o in cerca di prima o nuova occupazione, che usano o hanno usato il personal computer)

11.5 Ritiene sufficienti le sue abilità nell'utilizzo del computer per cercare un lavoro o cambiarlo entro un anno?

NO 1 ☐

SÌ 2 ☐

12. INTERNET

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

12.1 Lei ha mai usato Internet?

Consideri qualsiasi dispositivo utilizzato per collegarsi: computer fisso da tavolo, computer portatile (laptop, netbook, notebook, tablet), telefono cellulare abilitato, palmare, smartphone, lettore di e-book, console per videogiochi, lettore MP3, ecc.

Sì, negli ultimi 3 mesi..... 1 ☐

Sì, da 3 mesi a 1 anno fa 2 ☐

Sì, più di 1 anno fa 3 ☐ → **andare a domanda 12.27**

Mai 4 ☐

andare a domanda 12.34

(Se ha usato Internet negli ultimi 12 mesi)

12.2 Negli ultimi 12 mesi, con che frequenza ha usato Internet?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese
(meno di 4 volte) 4 ☐

Meno di una volta al mese 5 ☐

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi, altrimenti andare a domanda 12.21)

12.3 Negli ultimi 3 mesi, con che frequenza ha usato Internet in casa, sul posto di lavoro, sul luogo di studio o altrove?

(una risposta per ogni riga)

	Tutti i gior- ni	Qual- che volta alla setti- mana	Una volta alla setti- mana	Qual- che volta al mese	Meno di una volta al mese	Mai
A casa propria.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Sul posto di lavoro (se diverso da casa)....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Sul luogo 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"/>
A casa di altri.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altrove.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Se negli ultimi 3 mesi ha utilizzato Internet a casa propria, altrimenti andare a domanda 12.5)

12.4 Con quale tipo di connessione accede ad Internet da casa?

(possibili più risposte)

DSL, ADSL, VDSL, ecc. o altra
connessione fissa a banda larga
(es. cavo, fibra ottica, satellite,
rete pubblica WIFI, ecc.)..... 1 ☐

Connessione a rete di telefonia mobile
tramite cellulare abilitato o smartphone 2 ☐

Connessione a rete di telefonia mobile
tramite SIM card o chiavetta USB 3 ☐

Linea telefonica tradizionale o ISDN 4 ☐

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi IN LUOGHI DIVERSI DA CASA o DAL POSTO DI LAVORO, altrimenti andare a domanda 12.6)

12.5 Negli ultimi 3 mesi ha utilizzato in luoghi diversi da casa o dal posto di lavoro uno dei seguenti strumenti per accedere ad Internet?

(una risposta per ogni riga)

NO SÌ

Telefono cellulare o smartphone:

Telefono cellulare/smartphone con
connessione a rete di telefonia
mobile..... 1 ☐ 2 ☐

Telefono cellulare/smartphone con
connessione a rete wireless (es.
WIFI)..... 3 ☐ 4 ☐

Computer portatile:

Computer portatile (es. laptop, tablet)
con connessione a rete di telefonia
mobile utilizzando come modem
una chiavetta USB, Sim-card o
cellulare/smartphone..... 5 ☐ 6 ☐

Computer portatile (es. laptop, tablet)
con connessione a rete wireless (es.
WIFI)..... 7 ☐ 8 ☐

Altro dispositivo portatile:

Palmare, lettore di e-book, game
player, lettore MP3, ecc..... 1 ☐ 2 ☐

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi)

12.6 Negli ultimi 3 mesi, ha usato Internet per le seguenti attività di comunicazione?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Spedire o ricevere e-mail.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Telefonare via Internet, effettuare videochiamate via webcam (es. usando applicazioni come Skype).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Inviare messaggi su chat, blog, newsgroup o forum di discussione online.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Usare servizi di messaggia istantanea.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Partecipare a social network (es. creare un profilo utente, postare messaggi o altro su Facebook, Twitter, ecc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Esprimere opinioni su temi sociali o politici attraverso siti web (es. blog, social network, ecc.).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Partecipazione online a consultazioni o votazioni su temi sociali (civici) o politici (es. pianificazione urbana, firmare una petizione).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Consultare un wiki per ottenere informazioni su qualsiasi argomento (es. wikipedia, altre enciclopedie online).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Partecipare a un network professionale (es. creare un profilo, postare messaggi o altri contributi su LinkedIn, Xing, ecc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

12.7 Negli ultimi 3 mesi, ha usato Internet per le seguenti attività:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Usare servizi relativi a viaggi o soggiorni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Cercare lavoro o mandare una richiesta di lavoro.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Prendere un appuntamento con un medico (es. sul sito di un ospedale o di un centro di cura).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cercare informazioni sanitarie (es. infortuni, malattie, alimentazione, miglioramento della salute, ecc.).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Usare servizi bancari via Internet.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Vendere merci o servizi (es. aste online, eBay).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cercare informazioni su attività di istruzione o corsi di qualunque tipo.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Fare un corso online di qualunque tipo.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Cercare informazioni su merci o servizi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Scaricare software (diversi da giochi).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

12.8 Negli ultimi 3 mesi, ha usato Internet per le seguenti attività:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Leggere giornali, informazioni, riviste online..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Leggere o scaricare libri online o e-book.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ascoltare la radio su web.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Guardare programmi televisivi su web	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Guardare film in streaming.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Guardare video in streaming.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scaricare immagini, film, musica.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Giocare o scaricare giochi.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Partecipare a giochi in rete con altri utenti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Caricare contenuti di propria creazione (es. testi, fotografie, musica, video, software, ecc.) su siti web per condividerli.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Creare siti web o blog.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi)

12.9 Negli ultimi 3 mesi, PER SALVARE documenti, immagini, musica, video o altri file ha usato servizi di archiviazione su Internet (es. Google Drive, Dropbox, Windows Skydrive, iCloud, Amazon Cloud Drive, ecc.)?

NO.....1 ☐

Sì.....2 ☐

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi)

12.10 Negli ultimi 3 mesi, PER CONDIVIDERE documenti, immagini o altri file, ha usato servizi di archiviazione/condivisione su Internet (es. Google Drive, Dropbox, Windows Skydrive, Picasa, Flickr, ecc.)?

NO.....1 ☐

Sì.....2 ☐

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi)

12.11 Negli ultimi 3 mesi, ha usato uno dei seguenti strumenti per condividere documenti, immagini o altri file?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
E-mail con file in allegato.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Siti web personali (es. blog) o siti di social network (es. Facebook).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri strumenti che non utilizzano Internet (es. pennette USB, DVD, Bluetooth).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

Le persone che hanno risposto NO alla domanda 12.9 e NO alla 12.10 vanno a domanda 12.16. Continuare per gli altri!

(Se ha risposto SÌ alla domanda 12.9 o SÌ alla domanda 12.10)

12.12 Negli ultimi 3 mesi, che tipi di file ha salvato o condiviso utilizzando servizi di archiviazione su Internet (es. Google Drive, Dropbox, Windows Skydrive, Picasa, Flickr, ecc.)?
(possibili più risposte)

Testi, fogli elettronici (es. Excel),
presentazioni elettroniche (es. slide)..... 1 ☐

Fotografie..... 2 ☐

E-book, riviste online..... 3 ☐

Musica..... 4 ☐

Video (inclusi film e programmi TV)..... 5 ☐

Altro..... 6 ☐

12.13 Ha pagato per i servizi di archiviazione e/o di condivisione di file su Internet?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

12.14 Quali sono i motivi per cui ha utilizzato servizi di archiviazione e/o di condivisione di file su Internet?

(possibili più risposte)

Per utilizzare file provenienti da diversi
dispositivi e/o da più postazioni..... 1 ☐

Per utilizzare un più ampio spazio di
memoria 2 ☐

Per evitare la perdita dei dati..... 3 ☐

Per condividere con facilità file con altre
persone 4 ☐

Per avere accesso ad ampi archivi/cataloghi
di musica, programmi TV o film..... 5 ☐

12.15 Ha riscontrato qualcuno dei seguenti problemi utilizzando su Internet servizi di archiviazione e/o di condivisione di file?

(possibili più risposte)

Lentezza nell'accesso o nell'uso..... 1 ☐

Incompatibilità tra differenti dispositivi
o formati dei file..... 2 ☐

Problemi tecnici del server (es. servizio
non disponibile)..... 3 ☐

Divulgazione dei dati a terzi dovuta a
violazioni o problemi di sicurezza..... 4 ☐

Utilizzo non autorizzato di informazioni
personali da parte del fornitore dei
servizi..... 5 ☐

Ambiguità o scarsa comprensibilità dei
termini e/o delle condizioni del fornitore
dei servizi..... 6 ☐

Difficoltà a spostare i file da un fornitore
dei servizi a un altro..... 7 ☐

Non ho riscontrato problemi..... 8 ☐

(Se ha risposto NO alla domanda 12.9 e NO alla domanda 12.10, altrimenti andare alla 12.18)

12.16 È a conoscenza dell'esistenza di servizi per l'archiviazione e/o la condivisione di file su Internet?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 12.18**

Sì 2 ☐

(Se ha risposto SÌ alla domanda 12.16)

12.17 Quali sono i motivi per cui non ha utilizzato i servizi di archiviazione per salvare e/o condividere file su Internet?

(possibili più risposte)

Salvo i file su dispositivi personali (es.
pennetta USB) e/o sul mio indirizzo e-mail/non
archivio file 1 ☐

Condivido i file usando altri mezzi
(e-mail, social media, pennetta USB)/non
condivido file online con altri..... 2 ☐

Non so come utilizzare i servizi di
archiviazione per salvare e/o condividere
i file su Internet..... 3 ☐

Sono preoccupato per la
sicurezza e/o per la privacy..... 4 ☐

Ho dubbi sull'affidabilità
dei fornitori dei servizi..... 5 ☐

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi)

12.18 Negli ultimi 3 mesi, ha utilizzato software direttamente su Internet per predisporre documenti di testo, fogli elettronici o presentazioni (es. Google Docs, Office 365)?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

12.19 Negli ultimi 3 mesi, ha utilizzato software direttamente su Internet per elaborare foto o video (es. Picasa, WeVideo, JW Player)?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

12.20 Negli ultimi 3 mesi, ha utilizzato servizi su Internet per ascoltare musica o guardare video caricati o salvati in spazi di archiviazione su Internet (es. Amazon Cloud Player, iTunes in the Cloud - iCloud, Google Play Music)?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Se usa o ha usato Internet negli ultimi 12 mesi)

12.21 Negli ultimi 12 mesi, ha utilizzato Internet per relazionarsi per uso privato con la Pubblica Amministrazione o con i gestori di servizi pubblici? *Sono inclusi i siti di scuole e università pubbliche, biblioteche pubbliche e servizi sanitari pubblici. Sono escluse le e-mail.*

(una risposta per ogni riga)

NO Sì, negli ultimi 3 mesi Sì, da 3 mesi a 1 anno fa

Ottenere informazioni dai siti web della Pubblica Amministrazione o dei gestori dei servizi pubblici..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Scaricare moduli ufficiali della Pubblica Amministrazione o dei gestori dei servizi pubblici..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Inviare moduli compilati alla Pubblica Amministrazione o ai gestori dei servizi pubblici.. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

(Se non ha utilizzato Internet per inviare moduli compilati alla Pubblica Amministrazione negli ultimi 12 mesi, altrimenti andare a domanda 12.24)

12.22 Per quale motivo negli ultimi 12 mesi non ha inviato via Internet moduli compilati alla Pubblica Amministrazione?

Non avevo bisogno di spedire alcun modulo..... 1 ☐ → **andare a domanda 12.24**

Per altro motivo..... 2 ☐

(Se ha risposto "Per altro motivo" alla domanda 12.22, altrimenti andare a domanda 12.24)

12.23 Per quale motivo negli ultimi 12 mesi non ha inviato via Internet moduli compilati alla Pubblica Amministrazione?

(possibili più risposte)

Il servizio di cui avevo bisogno non era disponibile via Internet..... 01 ☐

Problemi tecnici durante la compilazione o l'invio dei moduli..... 02 ☐

Preferisco il contatto di persona..... 03 ☐

Mancanza di una risposta immediata..... 04 ☐

Maggiore affidabilità dei moduli cartacei 05 ☐

Mancanza di capacità (non sapevo come usare il sito Internet o era troppo complicato)..... 06 ☐

Preoccupato per la tutela della privacy e per la sicurezza dei dati personali..... 07 ☐

In ogni caso è richiesta la documentazione cartacea o il contatto di persona 08 ☐

Non disponevo/ho avuto problemi con la firma elettronica o il certificato ID di identificazione necessario per l'utilizzo del servizio..... 09 ☐

Un'altra persona lo ha fatto al mio posto (es. parenti, amici, commercialista, ecc.)..... 10 ☐

Altro 11 ☐

(Se ha indicato almeno un SÌ a domanda 12.21, altrimenti andare a domanda 12.27)

12.24 Negli ultimi 12 mesi ha utilizzato siti web della Pubblica Amministrazione o dei gestori di servizi pubblici per le seguenti attività?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ
Pagare tasse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Richiesta prestazioni di previdenza sociale (sussidio disoccupazione, pensionamento, assegni per figli a carico, ecc.).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Richiesta di documenti personali (passaporto, carta d'identità o patente).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Richiesta di certificati (nascita, matrimonio, morte).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Accesso alle biblioteche pubbliche (cataloghi, schede bibliografiche).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Iscrizione a scuole superiori o università.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cambio di residenza	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Accesso al fascicolo sanitario elettronico.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Prenotazioni di visite mediche.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Prenotazioni di accertamenti diagnostici (es. esami del sangue, urine, ecc.).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

12.25 Negli ultimi 12 mesi ha riscontrato qualcuno dei seguenti problemi utilizzando per uso privato un sito della Pubblica Amministrazione o dei gestori di servizi pubblici?

(possibili più risposte)

Problemi tecnici del sito.....	1 <input type="checkbox"/>
Informazioni poco chiare, insufficienti, non aggiornate.....	2 <input type="checkbox"/>
Servizio di assistenza (online o offline) necessario, ma non disponibile.....	3 <input type="checkbox"/>
Altro.....	4 <input type="checkbox"/>
Non ho riscontrato problemi.....	5 <input type="checkbox"/>

12.26 In riferimento agli ultimi 12 mesi che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti l'uso dei siti web della Pubblica Amministrazione e dei gestori di servizi pubblici?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Facilità nel trovare le informazioni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Utilità delle informazioni disponibili.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Disponibilità di informazioni riguardanti lo stato di avanzamento della pratica..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Facilità di utilizzo dei servizi disponibili sul sito web.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Se usa o ha usato Internet)

12.27 Quale delle seguenti operazioni relative all'utilizzo di Internet sa effettuare?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ
Usare un motore di ricerca per trovare informazioni (es. Google).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Spedire e-mail con allegati (es. documenti, foto, ecc.).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Postare messaggi in chat, newsgroup o forum di discussione online (es. su siti di social network).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Telefonare via Internet.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Usare il peer to peer per scambiare film, musica, ecc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Creare una pagina web	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Caricare testi, giochi, immagini, film o musica su siti (es. su siti di social network).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Modificare le impostazioni di sicurezza del browser per accedere a Internet.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Scaricare testi, giochi, immagini, film, video o musica, ecc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

(Se ha indicato almeno un SÌ a domanda 12.27, altrimenti andare a domanda 12.29)

12.28 Ritiene sufficienti le sue abilità nell'utilizzo di Internet?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ
Per comunicare con parenti, amici, colleghi via web.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Per proteggere i suoi dati personali.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Per proteggere il suo computer da virus o altri attacchi informatici.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Se usa o ha usato Internet)

12.29 Ha mai ordinato o comprato merci e/o servizi per uso privato su Internet?

Utilizzando qualsiasi dispositivo: computer fisso da tavolo, portatile, palmare, inclusi telefonini cellulari abilitati o smartphone.

Sì, negli ultimi 3 mesi	1 <input type="checkbox"/>	} andare a domanda 13.1
Sì, da 3 mesi a 1 anno fa	2 <input type="checkbox"/>	
Sì, più di un anno fa	3 <input type="checkbox"/>	
Mai	4 <input type="checkbox"/>	

(Se ha ordinato o comprato merci e/o servizi per uso privato su Internet negli ultimi 12 mesi)

12.30 Negli ultimi 12 mesi quali tipi di merci e/o servizi ha ordinato o comprato su Internet per uso privato?

(possibili più risposte)

- | | | |
|---|----|--------------------------|
| Prodotti alimentari..... | 01 | <input type="checkbox"/> |
| Articoli per la casa (es. mobili, giocattoli, elettrodomestici), escluse le apparecchiature elettroniche (es. macchine fotografiche, hardware per computer)..... | 02 | <input type="checkbox"/> |
| Farmaci | 03 | <input type="checkbox"/> |
| Abiti, articoli sportivi..... | 04 | <input type="checkbox"/> |
| Film, musica..... | 05 | <input type="checkbox"/> |
| Libri (inclusi e-book) | 06 | <input type="checkbox"/> |
| Giornali, riviste..... | 07 | <input type="checkbox"/> |
| Materiale per la formazione a distanza..... | 08 | <input type="checkbox"/> |
| Software per computer e/o aggiornamenti (escluso videogiochi) | 09 | <input type="checkbox"/> |
| Videogiochi e/o loro aggiornamenti..... | 10 | <input type="checkbox"/> |
| Hardware per computer..... | 11 | <input type="checkbox"/> |
| Attrezzature elettroniche (incluse macchine fotografiche, telecamere, ecc.)..... | 12 | <input type="checkbox"/> |
| Servizi di telecomunicazione (es. abbonamenti a tv, a telecomunicazioni a banda larga, a telefono fisso o cellulare, ricariche di carte telefoniche prepagate, ecc.)..... | 13 | <input type="checkbox"/> |
| Azioni, servizi finanziari e/o assicurativi..... | 14 | <input type="checkbox"/> |
| Pernottamenti per vacanze (es. alberghi, pensione, ecc.)..... | 15 | <input type="checkbox"/> |
| Altre spese di viaggio per vacanza (es. biglietti ferroviari, aerei, noleggio auto, ecc.)..... | 16 | <input type="checkbox"/> |
| Biglietti per spettacoli..... | 17 | <input type="checkbox"/> |
| Biglietti per le lotterie o scommesse..... | 18 | <input type="checkbox"/> |
| Altro | 19 | <input type="checkbox"/> |

(Se ha indicato almeno uno dei codici da 05 a 10 alla domanda precedente, altrimenti andare a domanda 12.32)

12.31 Qualcuno dei seguenti prodotti comprati o ordinati su Internet li ha scaricati direttamente via web, anziché farseli consegnare per posta?

(una risposta per ogni riga)

- | | NO | Sì |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Film o musica..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Libri (inclusi e-book), riviste, giornali, materiale per la formazione a distanza..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Software per computer (inclusi videogiochi e loro aggiornamenti)..... | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

(Se ha ordinato o comprato merci e/o servizi per uso privato su Internet negli ultimi 12 mesi)

12.32 Negli ultimi 12 mesi, da chi ha ordinato o comprato merci e/o servizi per uso privato su Internet?

(una risposta per ogni riga)

- | | NO | Sì |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Venditore nazionale..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Venditore da un altro paese UE..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Venditore dal resto del Mondo..... | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Non conosco il paese di origine del venditore..... | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |

12.33 In che modo ha pagato le merci e/o i servizi ordinati su Internet per uso privato negli ultimi 12 mesi?

(possibili più risposte)

- | | |
|--|----------------------------|
| Su Internet, con carta di credito o bancomat.... | 1 <input type="checkbox"/> |
| Su Internet, con carta prepagata o conto prepagato..... | 2 <input type="checkbox"/> |
| Su Internet, con bonifico online..... | 3 <input type="checkbox"/> |
| Senza utilizzare Internet (es. con denaro contante, bonifico ordinario, ecc.)..... | 4 <input type="checkbox"/> |

(Se ha risposto "Mai" alla domanda 12.1, altrimenti andare a domanda 13.1)

12.34 Per quale motivo non usa Internet?
(possibili più risposte)

- Non conosco Internet/Non so cosa sia 01 ☐
- Non dispongo di alcuno strumento per connettermi (es. computer fisso da tavolo, portatile, palmare, telefoni cellulari abilitati e smartphone, ecc.) 02 ☐
- La connessione alla banda larga non è disponibile nella nostra zona..... 03 ☐
- Il costo degli strumenti necessari per connettersi è troppo alto..... 04 ☐
- Il costo del collegamento è troppo alto (es. abbonamenti, tariffe, ecc.) 05 ☐
- Non mi serve/Non mi è utile..... 06 ☐
- Non mi piace/Non mi interessa..... 07 ☐
- Non so utilizzare Internet/È troppo complicato.. 08 ☐
- Sono diffidente verso le nuove tecnologie..... 09 ☐
- Non mi fido/ Sono preoccupato per la mia privacy..... 10 ☐
- Ho una disabilità che mi impedisce di utilizzare Internet..... 11 ☐
- Non mi è permesso perché sono minorenne..... 12 ☐
- Altro..... 13 ☐
(specificare)

13. TELEFONO CELLULARE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

13.1 Lei usa un telefono cellulare o uno smartphone:

- Tutti i giorni 1 ☐
- Qualche volta alla settimana 2 ☐
- Una volta alla settimana 3 ☐
- Qualche volta al mese
(meno di 4 volte)..... 4 ☐
- Qualche volta l'anno 5 ☐
- Mai..... 6 ☐

14. PRANZO E CENA FUORI CASA

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

14.1 Con che frequenza nel suo tempo libero si reca a pranzo o a cena fuori casa, in trattoria o pizzeria o ristorante o birreria, ecc.?

- Più volte alla settimana..... 1 ☐
- Una volta alla settimana..... 2 ☐
- Una o più volte al mese..... 3 ☐
- Qualche volta l'anno..... 4 ☐
- Mai..... 5 ☐

15. CINEMA, TEATRO, SPETTACOLI VARI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

15.1 Consideri gli ultimi 12 mesi, quante volte, pressappoco, è andato a:
(una risposta per ogni riga)

- | | Mai | 1-3 volte | 4-6 volte | 7-12 volte | Più di 12 volte |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Teatro..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Cinema..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Musei, mostre..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Concerti di musica classica, opera..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Altri concerti di musica..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Spettacoli sportivi..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Discoteche, balere, night club o altri luoghi dove ballare..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Siti archeologici, monumenti..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

16. LETTURE

(PER LE PERSONE
DI 6 ANNI E PIÙ)

16.1 Legge quotidiani almeno una volta alla settimana?

- NO.....1 ☐
- Sì, uno o due giorni.....2 ☐
- Sì, tre o quattro giorni.....3 ☐
- Sì, cinque o sei giorni.....4 ☐
- Sì, tutti giorni.....5 ☐

16.2 Ha letto libri negli ultimi 12 mesi?

Considerare solo i libri letti per motivi non strettamente scolastici o professionali.

- NO.....1 ☐ → andare a domanda 16.4
- Sì2 ☐

(Se Sì)

16.3 Quanti libri ha letto negli ultimi 12 mesi?

Indicare solo i libri letti per motivi non strettamente scolastici o professionali.

N.

(Per tutte le persone di 6 anni e più)

16.4 Abitualmente legge qualche rivista settimanale?

- NO.....1 ☐
- Sì, una o più volte a settimana.....2 ☐
- Sì, qualche volta al mese.....3 ☐
- Sì, più raramente.....4 ☐

16.5 Abitualmente legge qualche periodico non settimanale?

- NO.....1 ☐
- Sì.....2 ☐

17. PARTECIPAZIONE RELIGIOSA

(PER LE PERSONE
DI 6 ANNI E PIÙ)

17.1 Abitualmente con che frequenza si reca in chiesa o in altro luogo di culto?

- Tutti i giorni1 ☐
- Qualche volta alla settimana2 ☐
- Una volta alla settimana3 ☐
- Qualche volta al mese (meno di 4 volte)4 ☐
- Qualche volta l'anno5 ☐
- Mai6 ☐

ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per i bambini da 6 a 10 anni. I ragazzi da 11 a 13 anni vanno a domanda 30.1. Continuare per gli altri!

18. SODDISFAZIONE PER L'ANNO TRASCORSO

(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

18.1 Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua vita?

(una risposta per ogni riga)

- | | Molto | Abba-
stanza | Poco | Per
niente |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Situazione economica..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Salute | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Relazioni familiari | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Relazioni con amici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Tempo libero | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

18.2 Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto della situazione ambientale (aria, acqua, rumore, ecc.) della zona in cui vive?

- Molto1 ☐
- Abbastanza2 ☐
- Poco3 ☐
- Per niente4 ☐

18.3 Secondo Lei, il paesaggio del luogo in cui vive è affetto da evidente degrado (edifici fatiscenti, ambiente degradato, panorama deteriorato)?

- NO.....1 ☐
- Sì2 ☐

(Per gli occupati e le casalinghe, altrimenti andare a domanda 19.1)

18.4 Pensi agli ultimi 12 mesi, Lei si ritiene soddisfatto del suo lavoro?

- Molto1 ☐
- Abbastanza2 ☐
- Poco3 ☐
- Per niente4 ☐

19. PARTECIPAZIONE SOCIALE

(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

19.1 Con quale frequenza le capita di parlare di politica?

- Tutti i giorni 1 ☐
- Qualche volta alla settimana 2 ☐
- Una volta alla settimana 3 ☐
- Qualche volta al mese 4 ☐
- Qualche volta l'anno 5 ☐
- Mai 6 ☐

19.2 È iscritto a:

(una risposta per ogni riga)

- | | NO | SÌ |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Partiti politici..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Organizzazioni sindacali
(sindacati confederali, autonomi,
sindacati di tutte le categorie,
dei pensionati, ecc.)..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni o gruppi di
volontariato | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni ecologiche, per
i diritti civili, per la pace..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni culturali, ricreative
o di altro tipo..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni professionali
o di categoria | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

19.3 Ha partecipato negli ultimi 12 mesi a riunioni di:

(una risposta per ogni riga)

- | | NO | SÌ |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Partiti politici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Organizzazioni sindacali
(sindacati confederali, autonomi,
sindacati di tutte le categorie,
dei pensionati, ecc.) | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni o gruppi di
volontariato | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni ecologiche, per
i diritti civili, per la pace | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni culturali,
ricreative o di altro tipo | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni professionali
o di categoria | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

19.4 Negli ultimi 12 mesi:

(una risposta per ogni riga)

- | | NO | SÌ |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Ha partecipato a un comizio | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ha partecipato a un corteo | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ha sentito un dibattito politico | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Ha dato soldi a un partito
(per sottoscrizione,
iscrizione, sostegno) | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| Ha dato soldi ad una associazione | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ha svolto attività
gratuita per associazioni
o gruppi di volontariato | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ha svolto attività
gratuita per una associazione
non di volontariato..... | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Ha svolto attività
gratuita per un partito | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| Ha svolto attività
gratuita per un sindacato | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

19.5 Negli ultimi 12 mesi ha partecipato a incontri o iniziative (culturali, sportive, ricreative, spirituali) realizzate o promosse da parrocchie, congregazioni o gruppi di ispirazione religiosa o spirituale?

- NO..... 1 ☐
- Sì 2 ☐

19.6 Con che frequenza si informa dei fatti della politica italiana?

- Tutti i giorni 1 ☐
- Qualche volta alla settimana 2 ☐
- Una volta alla settimana 3 ☐
- Qualche volta al mese 4 ☐
- Qualche volta l'anno 5 ☐
- Mai 6 ☐

andare a domanda 19.10

(Se si informa di politica, altrimenti andare a domanda 19.10)

19.7 In che modo si informa dei fatti della politica italiana? Attraverso:
(possibili più risposte)

- Radio 01 ☐
- Televisione 02 ☐
- Quotidiani 03 ☐
- Settimanali 04 ☐
- Altre riviste non settimanali 05 ☐
- Amici 06 ☐
- Parenti 07 ☐
- Conoscenti 08 ☐
- Colleghe di lavoro 09 ☐
- Incontri o riunioni presso
organizzazioni politiche 10 ☐
- Incontri o riunioni presso
organizzazioni sindacali..... 11 ☐
- Altro..... 12 ☐
(specificare)

19.8 Lei si informa dei fatti della politica anche attraverso Internet?

- NO..... 1 ☐ → **andare a domanda 20.1**
- Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

19.9 In che modo si informa di politica attraverso Internet?
(possibili più risposte)

- Leggo o scarico giornali,
news, riviste online..... 1 ☐
- Ascolto radio e tv online..... 2 ☐
- Tramite siti di partiti politici..... 3 ☐
- Tramite i social network
(es. facebook, twitter, myspace, ecc.)..... 4 ☐
- Tramite blog, newsgroup
o forum di discussione online..... 5 ☐
- Altro..... 6 ☐
(specificare)

(Se non si informa mai di politica, altrimenti andare a domanda 20.1)

19.10 Quali sono i motivi prevalenti per cui non si informa mai di politica?
(possibili più risposte)

- Non mi interessa 1 ☐
- Non ho tempo 2 ☐
- È un argomento troppo complicato 3 ☐
- Sono sfiduciato dalla politica italiana 4 ☐
- Altro..... 5 ☐
(specificare)

**20. UFFICI ANAGRAFICI
COMUNALI,
CIRCOSCRIZIONALI**

*(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)*

20.1 Negli ultimi 12 mesi le è capitato di servirsi degli Uffici anagrafici (Comune, Circoscrizione, Anagrafe) per certificati, documenti, autentiche e altre pratiche?

- NO..... 1 ☐ → **andare a domanda 20.3**
- Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

20.2 In genere quanto aspetta in fila prima di essere servito?

- Fino a 10 minuti 1 ☐
- Da 11 a 20 minuti 2 ☐
- Da 21 a 30 minuti 3 ☐
- Da 31 a 45 minuti 4 ☐
- Più di 45 minuti 5 ☐

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

20.3 Come trova l'orario?

- Molto comodo 1 ☐
- Abbastanza comodo 2 ☐
- Poco comodo 3 ☐
- Per niente comodo 4 ☐
- Non so 5 ☐

20.4 Se le si desse l'opportunità di cambiare l'orario di sportello come lo vorrebbe?
(una sola risposta)

- L'orario mi va bene
così com'è.....1 ☐
- Orario continuato fino alle
16/17 almeno in alcuni giorni.....2 ☐
- Due aperture (mattino e pomeriggio)
dal lunedì al venerdì.....3 ☐
- Possibilità di una lunga apertura
(es. 8/20) in alcuni periodi fissi
(es. 1 volta alla settimana).....4 ☐
- Altro orario5 ☐
- Mi è indifferente6 ☐
- Non so7 ☐

ATTENZIONE!

I ragazzi da 14 a 17 anni vanno a domanda 22.1. Continuare per gli altri!

**21. CERTIFICAZIONE E
SEMPLIFICAZIONE**

(**PER LE PERSONE
DI 18 ANNI E PIÙ**)

21.1 È a conoscenza della possibilità di ricorrere all'autocertificazione, cioè di compilare Lei stesso/a una semplice dichiarazione al posto dei certificati (es. stato di famiglia, residenza, ecc.) che normalmente si richiedono presso uffici pubblici?

- NO.....1 ☐ → **andare a domanda 21.3**
- Sì2 ☐

(**Se Sì**)

21.2 Quante volte se ne è servito negli ultimi 12 mesi?

N.

(**Per tutte le persone di 18 anni e più**)

21.3 Negli ultimi 12 mesi ha richiesto uno dei seguenti certificati o documenti?
(possibili più risposte per riga)

- | | NO | Sì | |
|--|----------------------------|--|-----------------------------------|
| | | Rivolgendomi direttamente all'Ufficio competente | Rivolgendomi ad agenzia o privati |
| Certificati anagrafici | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Pratiche automobilistiche... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Documenti o certificati per l'iscrizione a scuola o all'università | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Documenti o certificati del catasto | 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"/> |

22. ASL: AZIENDE SANITARIE LOCALI (EX USL)

(**PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ**)

22.1 Negli ultimi 12 mesi si è recato in una ASL per prenotare una visita o un'analisi o per pratiche amministrative?

- NO.....1 ☐ → **andare a domanda 22.3**
- Sì2 ☐

(**Se Sì**)

22.2 In genere quanto aspetta in fila prima di essere servito?

- Fino a 10 minuti1 ☐
- Da 11 a 20 minuti.....2 ☐
- Da 21 a 30 minuti3 ☐
- Da 31 a 45 minuti4 ☐
- Più di 45 minuti5 ☐

(**Per tutte le persone di 14 anni e più**)

22.3 Come trova l'orario?

- Molto comodo1 ☐
- Abbastanza comodo2 ☐
- Poco comodo3 ☐
- Per niente comodo4 ☐
- Non so5 ☐

22.4 Se le si desse l'opportunità di cambiare l'orario di sportello come lo vorrebbe?

(una sola risposta)

- L'orario mi va bene così com'è1 ☐
- Orario continuato fino alle
16/17 almeno in alcuni giorni2 ☐
- Due aperture (mattino e pomeriggio)
dal lunedì al venerdì3 ☐
- Possibilità di una lunga apertura
(es. 8/20) in alcuni periodi fissi
(es. 1 volta alla settimana)4 ☐
- Altro orario5 ☐
- Mi è indifferente6 ☐
- Non so7 ☐

23. SERVIZI POSTALI

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

23.1 Negli ultimi 12 mesi si è recato presso un ufficio postale?

- NO1 ☐ → **andare a domanda 23.4**
- Sì2 ☐

(Se Sì)

23.2 Con quale frequenza si reca in genere presso un ufficio postale per effettuare le seguenti operazioni?

(una risposta per ogni riga)

	Una o più volte al mese	Una o più volte ogni 2 mesi	Qual- che volta l'anno	Mai
Spedizione raccomandate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Spedizione vaglia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Versamenti in conto corrente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ritiro pensioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ritiro pacchi o raccomandate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Servizi di Bancoposta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Per le operazioni effettuate almeno qualche volta negli ultimi 12 mesi)

23.3 In genere quanto aspetta in fila prima di raggiungere lo sportello?

(una risposta per ogni riga)

	Fino a 10 minuti	Da 11 a 20 minuti	Da 21 a 30 minuti	Da 31 a 45 minuti	Più di 45 minuti
Spedizione raccomandate ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Spedizione vaglia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Versamenti in conto corrente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ritiro pensioni ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ritiro pacchi o raccomandate ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Servizi di Bancoposta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

23.4 Come trova l'orario?

- Molto comodo1 ☐
- Abbastanza comodo2 ☐
- Poco comodo3 ☐
- Per niente comodo4 ☐
- Non so5 ☐

23.5 Se le si desse l'opportunità di cambiare l'orario di sportello come lo vorrebbe?

(una sola risposta)

- L'orario mi va bene così com'è1 ☐
- Orario continuato fino alle
16/17 almeno in alcuni giorni2 ☐
- Due aperture (mattino e pomeriggio)
dal lunedì al venerdì3 ☐
- Possibilità di una lunga apertura
(es. 8/20) in alcuni periodi fissi
(es. 1 volta alla settimana)4 ☐
- Altro orario5 ☐
- Mi è indifferente6 ☐
- Non so7 ☐

24. BANCA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

24.1 Negli ultimi 12 mesi le è capitato di servirsi di una banca per operazioni di sportello come versamenti, assegni circolari, prelievi (escluso il Bancomat) ecc.?

NO.....1 ☐ → **andare a domanda 24.3**

Sì2 ☐

(Se Sì)

24.2 In genere quanto aspetta in fila prima di essere servito?

Fino a 10 minuti1 ☐

Da 11 a 20 minuti2 ☐

Da 21 a 30 minuti3 ☐

Da 31 a 45 minuti4 ☐

Più di 45 minuti5 ☐

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

24.3 Lei possiede il Bancomat?

NO.....1 ☐

Sì2 ☐

24.4 Lei possiede Carta di Credito?

NO.....1 ☐

Sì.....2 ☐ → N.

25. TRASPORTI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

25.1 Lei utilizza autobus, filobus, tram all'interno del suo Comune?

(una sola risposta)

Tutti i giorni1 ☐

Qualche volta alla settimana2 ☐

Qualche volta al mese.....3 ☐

Qualche volta l'anno.....4 ☐

Mai.....5 ☐

Non esiste il servizio6 ☐ → **andare a domanda 25.4**

(Se utilizza autobus, filobus, tram qualche volta l'anno o più frequentemente)

25.2 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti autobus, filobus, tram all'interno del suo Comune?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Frequenza delle corse...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Puntualità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Possibilità di trovare posto a sedere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Velocità della corsa.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pulizia delle vetture	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità dell'attesa alle fermate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Possibilità di collegamento tra zone del Comune.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità di orari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Costo del biglietto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

25.3 Che giudizio complessivo dà del servizio di autobus, filobus, tram nel suo Comune? Dia un voto da 0 a 10 (0 giudizio peggiore, 10 migliore):

voto

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

25.4 Lei utilizza pullman, corriere che collegano Comuni diversi?

Tutti i giorni1 ☐

Qualche volta alla settimana2 ☐

Qualche volta al mese3 ☐

Qualche volta l'anno4 ☐

Mai5 ☐

↓
andare a domanda 25.7

(Se utilizza pullman, corriere qualche volta l'anno o più frequentemente)

25.5 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio di pullman, corriere che collegano Comuni diversi?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Frequenza delle corse.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Puntualità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Possibilità di trovare posto a sedere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Velocità della corsa....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pulizia delle vetture ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità dell'attesa alle fermate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Possibilità di collegamento con altri Comuni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità di orari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Costo del biglietto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazioni sugli orari e sui servizi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

25.6 Che giudizio complessivo dà del servizio di pullman, corriere tra Comuni diversi? Dia un voto da 0 a 10 (0 giudizio peggiore, 10 migliore):

voto

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

25.7 Lei utilizza il treno?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Qualche volta al mese..... 3 ☐

Qualche volta l'anno..... 4 ☐

Mai..... 5 ☐

andare a domanda 25.10

(Se utilizza il treno qualche volta l'anno o più frequentemente)

25.8 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio ferroviario?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Frequenza delle corse.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Puntualità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Possibilità di trovare posto a sedere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Velocità della corsa....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pulizia delle vetture ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità dell'attesa alle fermate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Possibilità di collegamento con altri Comuni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità di orari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Costo del biglietto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazioni sul servizio (orari, destinazioni, punti di ristoro).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

25.9 Che giudizio complessivo dà del servizio ferroviario? Dia un voto da 0 a 10 (0 giudizio peggiore, 10 migliore):

voto

25.10 Lei utilizza un ciclomotore o un motociclo come conducente?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Qualche volta al mese 3 ☐

Qualche volta l'anno 4 ☐

Mai 5 ☐

ATTENZIONE!

I ragazzi da 14 a 17 anni vanno a domanda 26.1. Continuare per gli altri!

(Per tutte le persone di 18 anni e più)

25.11 Lei utilizza l'automobile come conducente?

- Tutti i giorni 1 ☐
- Qualche volta alla settimana 2 ☐
- Qualche volta al mese 3 ☐
- Qualche volta l'anno 4 ☐
- Mai 5 ☐

26. AMBIENTE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

26.1 Quali dei seguenti problemi ambientali la preoccupano maggiormente?

(massimo 5 risposte)

- Effetto serra, buco dell'ozono01 ☐
- Estinzione di alcune specie vegetali/animali02 ☐
- Cambiamenti climatici (innalzamento temperatura, variazione del regime delle precipitazioni)03 ☐
- Produzione e smaltimento rifiuti04 ☐
- Inquinamento acustico (rumore)05 ☐
- Inquinamento dell'aria06 ☐
- Inquinamento del suolo (ad es. causato dai pesticidi)07 ☐
- Inquinamento di fiumi, mari, laghi, falde08 ☐
- Dissesto idrogeologico (alluvioni, inondazioni, allagamenti, frane, valanghe)09 ☐
- Catastrofi provocate dall'uomo (incidenti industriali, perdite/sversamenti di petrolio, olio e altre sostanze tossiche o radioattive, ecc.)10 ☐
- Distruzione delle foreste.....11 ☐
- Inquinamento elettromagnetico (causato da ripetitori radio-TV e telefonici, linee elettriche ad alta tensione)12 ☐
- Rovina del paesaggio causata dalla eccessiva costruzione di edifici13 ☐
- Esaurimento delle risorse naturali del mondo (acqua, minerali, petrolio, ecc.)14 ☐
- Altro15 ☐

(specificare)

26.2 Con che frequenza le capita di adottare qualcuno dei seguenti comportamenti?

(una risposta per ogni riga)

- | | Abi-
tual-
mente | Qual-
che
volta | Ra-
ra-
men-
te | Mai |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Leggere gli ingredienti sulle etichette dei prodotti alimentari prima di acquistarli..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Acquistare alimenti e prodotti biologici..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Acquistare alimenti e prodotti locali (a chilometro zero)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Gettare carte per la strada | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Fare attenzione a non sprecare l'acqua..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Fare attenzione a non sprecare energia elettrica (es. spegnendo la luce nelle stanze non utilizzate, avviando gli elettrodomestici nelle fasce orarie di risparmio energetico, ecc.)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Parcheggiare l'automobile in doppia fila..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Fare attenzione a non adottare comportamenti di guida rumorosi (es. suonare il clacson, accelerare inutilmente)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Scegliere mezzi di trasporto alternativi all'auto o altro veicolo a motore privato (es. bicicletta, trasporto pubblico, a piedi, ecc.)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Utilizzare prodotti usa e getta (sacchetti di plastica, tovaglioli di carta, piatti di plastica, ecc.)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

26.3 Secondo Lei, la perdita di alcune specie vegetali/animali e dei loro habitat naturali rappresenta un problema ambientale?

(una risposta per ogni riga)

- | | Molto
rilevante | Abbastanza
rilevante | Poco
rilevante | Per niente
rilevante |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| In Italia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| A livello mondiale..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

26.4 Secondo Lei, in che misura la creazione e la gestione di aree protette (oasi, aree marine o parchi naturali) contribuisce alla salvaguardia del patrimonio naturale del nostro Paese?

Molto1 ☐
 Abbastanza2 ☐
 Poco.....3 ☐
 Per niente4 ☐

26.5 Negli ultimi 12 mesi si è recato in visita in un'area naturale protetta (oasi, aree marine o parchi naturali)?

NO1 ☐
 Sì.....2 ☐ → Quante volte? N.

27. SICUREZZA DEI CITTADINI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

27.1 Lei quanto si sente sicuro/a camminando per la strada quando è buio ed è solo/a nella zona in cui vive?

Molto sicuro/a1 ☐
 Abbastanza sicuro/a2 ☐
 Poco sicuro/a.....3 ☐
 Per niente sicuro/a.....4 ☐
 Non esco mai da solo/a.....5 ☐
 Non esco mai.....6 ☐

27.2 Nella zona in cui abita con che frequenza le capita di vedere:

(una risposta per ogni riga)

	Spesso	Talvolta	Raramente	Mai
Persone che si drogano.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Persone che spacciano droga.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Prostituite in cerca di clienti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Atti di vandalismo contro il bene pubblico (es. cabine rotte, cassonetti bruciati, ecc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vagabondi, persone senza fissa dimora (nomadi).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

27.3 Quanto è preoccupato/a che Lei o qualcuno della sua famiglia possa subire i seguenti reati?
(una risposta per ogni riga)

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente
Furto automobile.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Furto in abitazione.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri furti (scippo, borseggio).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Aggressione, rapina... 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Violenza sessuale.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

27.4 Negli ultimi 3 mesi, c'è stata una situazione particolare in cui ha avuto paura di stare per subire un reato?

A prescindere dal fatto che l'abbia subito o meno.

NO.....1 ☐
 Sì2 ☐
 Non ricordo3 ☐

27.5 Le è capitato altre volte nell'ultimo anno di aver avuto paura di stare per subire un reato?

A prescindere dal fatto che l'abbia subito o meno.

NO.....1 ☐
 Sì2 ☐
 Non ricordo3 ☐

28. CHIROMANZIA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

28.1 Le è capitato nel corso dell'anno di rivolgersi a pagamento ad un astrologo, chiromante, cartomante, guaritore, mago o simile?

Sì, più volte1 ☐
 Sì, saltuariamente.....2 ☐
 NO.....3 ☐

29. VITA QUOTIDIANA

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

29.1 Attualmente, quanto si ritiene soddisfatto della sua vita nel complesso? Dia un punteggio da 0 a 10 (0 significa per niente soddisfatto, 10 molto soddisfatto):

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

29.2 Nei prossimi 5 anni, Lei pensa che la sua situazione personale:

Migliorerà.....1 ☐

Resterà la stessa.....2 ☐

Peggiorerà.....3 ☐

Non so.....4 ☐

29.3 Lei generalmente pensa che ci si possa fidare della maggior parte della gente oppure bisogna stare molto attenti?

Gran parte della gente
è degna di fiducia..... 1 ☐

Bisogna stare molto attenti..... 2 ☐

29.4 Immagini di aver perso il suo portafoglio, contenente del denaro e i suoi documenti, e che sia stato ritrovato da qualcuno. Con che probabilità pensa che il suo portafoglio le verrebbe restituito con il denaro se fosse trovato da:

(una risposta per ogni riga)

Molto
probabile

Abbastanza
probabile

Poco
probabile

Per niente
probabile

Un vicino di casa 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Un appartenente
alle forze dell'ordine.. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Un completo
sconosciuto 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

29.5 Utilizzando un punteggio da 0 a 10 potrebbe indicare quanto, Lei personalmente, si fida delle seguenti istituzioni? (0 significa che non si fida per niente, 10 che si fida completamente):

(una risposta per ogni riga)

Presidente
della Repubblica..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Parlamento
Italiano..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Parlamento
Europeo..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Governo Italiano.... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Governo
regionale..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Governo
Provinciale..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Governo
comunale..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Partiti politici..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Sistema
Giudiziario..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Forze dell'ordine.... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Forze armate..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Vigili del Fuoco..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Banche..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Assicurazioni..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

ATTENZIONE!

**Qui finisce il questionario per le persone
di 18 anni e più. Continuare per gli altri!**

30. VITA QUOTIDIANA DEI RAGAZZI

**(PER I RAGAZZI
DA 11 A 17
ANNI)**

30.1 Nel corso degli ultimi 12 mesi hai partecipato a corsi di musica, sport, lingue, informatica, ecc. al di fuori dell'orario scolastico o dell'orario di lavoro?

NO1 ☐ → **andare a domanda 30.3**

Sì2 ☐

(Se Sì)

30.2 Quali dei seguenti corsi hai svolto?

(possibili più risposte)

	Gra- tuito	A paga- mento
Canto.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Musica.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pittura, ceramica, ecc.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Teatro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Danza.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Attività Sportive.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lingue straniere.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Informatica.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Redazione giornalino scolastico...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Se non hai frequentato corsi, altrimenti passa a domanda 30.5)

30.3 Quale dei seguenti corsi ti piacerebbe frequentare?

(possibili più risposte)

Canto	01 <input type="checkbox"/>
Musica	02 <input type="checkbox"/>
Pittura, ceramica, ecc.....	03 <input type="checkbox"/>
Teatro.....	04 <input type="checkbox"/>
Danza	05 <input type="checkbox"/>
Attività sportive.....	06 <input type="checkbox"/>
Lingue straniere	07 <input type="checkbox"/>
Informatica.....	08 <input type="checkbox"/>
Redazione giornalino scolastico.....	09 <input type="checkbox"/>
Altro	10 <input type="checkbox"/>

30.4 Frequenterai entro l'anno almeno uno di questi corsi?

NO1 ☐

Sì2 ☐

(Per tutti i ragazzi da 11 a 17 anni)

30.5 Frequenti coetanei nel tempo libero al di fuori dell'orario scolastico e degli eventuali impegni extra scolastici (corsi di musica, sport, ecc.) o di lavoro (escludi i parenti che vivono con te)?

NO.....1 ☐ → **andare a domanda 30.7**

Sì.....2 ☐ → Quanti? N.

(Se Sì)

30.6 Con che frequenza vedi questi coetanei al di fuori dell'orario scolastico e degli eventuali impegni extra scolastici (corsi di musica, sport, ecc.) o di lavoro?

Tutti i giorni1 ☐

Qualche volta a settimana.....2 ☐

Una volta a settimana.....3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4).....4 ☐

Qualche volta l'anno.....5 ☐

30.7 Negli ultimi 12 mesi, con che frequenza hai passato qualche ora nei seguenti luoghi?

(una risposta per ogni riga)

	Tutti i giorni	Qual- che volta a settima- na	Una volta a setti- mana	Qual- che volta al mese	Qual- che volta l'anno	Mai
Sala giochi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Fast-food.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Strada, piazza.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oratorio, parrocchia.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Luoghi di lavoro di familiari o di altre persone.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Spazi condominiali, cortili.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ludoteche.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Centro, campo sportivo.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Casa di amici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Bar.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Birreria, pub.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Pizzeria, trattoria.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Discoteca, discobar.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Centro commerciale.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

30.8 Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di essere, da parte di altri/e ragazzi/e:

Escludi i casi in cui è avvenuto tramite Internet (es. social network o altre applicazioni) o telefono cellulare.

(una risposta per ogni riga)

	Tutti i giorni	Qual- che volta a setti- mana	Qual- che volta al mese	Qual- che volta nel- l'anno	Mai
Offeso con soprannomi, parolacce, insulti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Colpito con spintoni, botte, calci, pugni ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Offesa in quanto ragazza.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso in giro/emarginato per le tue opinioni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Offeso perché di origine straniera, per il colore della pelle, ecc.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Minacciato.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Obbligato/ricattato a fare cose che non volevi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso di mira parlando di te, raccontando in giro storie sul tuo conto...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso in giro a causa del tuo aspetto fisico/modo di parlare.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso in giro a causa delle tue tendenze sessuali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Escluso, emarginato senza più rivolgerti la parola.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Escluso da feste o altre occasioni di incontro o dal gruppo di amici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso di mira facendoti scherzi cattivi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vittima di danneggiamento a cose di tua proprietà.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Costretto a consegnare i tuoi soldi, il telefonino o altro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Deluso diffondendo informazioni da te confidate in segreto...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
(specificare)					

(Se usi Internet o il cellulare, altrimenti passa a domanda 30.10)

30.9 Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di essere, da parte di altri/e ragazzi/e, tramite Internet (es. social network o altre applicazioni) o telefono cellulare:

(una risposta per ogni riga)

	Tutti i giorni	Qual- che volta a setti- mana	Qual- che volta al mese	Qual- che volta nel- l'anno	Mai
Offeso con soprannomi, parolacce, insulti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Offesa in quanto ragazza.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Offeso perché di origine straniera, per il colore della pelle, ecc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso in giro/emarginato per le tue opinioni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Minacciato.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Obbligato/ricattato a fare cose che non volevi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso di mira parlando di te, raccontando in giro storie sul tuo conto.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso in giro a causa del tuo aspetto fisico/modo di parlare.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso in giro a causa delle tue tendenze sessuali.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Escluso, emarginato da gruppi online.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Escluso da feste o altre occasioni di incontro o dal gruppo di amici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Preso di mira facendoti scherzi cattivi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Offeso diffondendo tue foto/video/post imbarazzanti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Non rispettato diffondendo tue foto/video/post contro la tua volontà.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
(specificare)					

(Per tutti i ragazzi da 11 a 17 anni)

30.10 Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di assistere a comportamenti come quelli descritti che abbiano coinvolto altri/e ragazzi/e della tua età?

- Tutti i giorni..... 1 ☐
- Qualche volta a settimana.....2 ☐
- Qualche volta al mese (meno di 4)..... 3 ☐
- Qualche volta l'anno.....4 ☐
- Mai5 ☐

30.11 Quali pensi siano i modi migliori per un/a ragazzo/a per sottrarsi o reagire a comportamenti offensivi, non rispettosi e violenti come quelli descritti?

(possibili più risposte)

- Provare a riderci sopra01 ☐
- Cercare di evitare la situazione02 ☐
- Far finta di nulla03 ☐
- Confidarsi con gli amici04 ☐
- Organizzare con gli amici il modo per vendicarsi05 ☐
- Confidarsi con i fratelli/sorelle06 ☐
- Organizzare con i fratelli/sorelle il modo per vendicarsi07 ☐
- Chiedere aiuto ai genitori08 ☐
- Chiedere aiuto agli insegnanti09 ☐
- Cercare di cavarsela da soli.....10 ☐
- Subire passivamente11 ☐
- Vendicarsi personalmente.....12 ☐
- Altro.....13 ☐

(specificare)

RISERVATO AL RILEVATORE – QUESTIONARIO AUTOCOMPILATO
da compilare immediatamente dopo il ritiro del modello

1. Il questionario è stato compilato durante la stessa visita in cui è stata svolta l'intervista?

NO1 ☐

Sì2 ☐

2. Quali delle seguenti situazioni si è verificata?

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando la persona 1 ☐

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando un familiare 2 ☐

Il questionario è stato compilato personalmente dal componente 3 ☐

Il questionario è stato compilato da un familiare 4 ☐

Il questionario non è stato compilato per rifiuto del rispondente o della persona PROXY 5 ☐

Il questionario non è stato compilato per assenza del rispondente 6 ☐

(Se codice 3 o 4 alla domanda 2)

3. Il questionario è stato compilato:

In modo completo senza difficoltà 1 ☐

In modo completo con difficoltà 2 ☐

In modo incompleto e lacunoso 3 ☐

(Se codice 1, 2, 3 o 4 alla domanda 2)

4. La compilazione del questionario autocompilato complessivamente ha richiesto:

Meno di 15 minuti1 ☐

Da 15 minuti a meno di 30 minuti.....2 ☐

Da 30 minuti a meno di 45 minuti3 ☐

Oltre 45 minuti4 ☐

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

(COGNOME E NOME LEGGIBILI)

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

Ogni anno l'Istat conduce questa ricerca per capire i problemi del vivere quotidiano, la soddisfazione per i principali servizi pubblici: le file, l'orario dei servizi, l'affollamento dei mezzi pubblici, insomma, le abitudini di tutti. È importante raccogliere dalla viva voce dei cittadini questi aspetti del vivere quotidiano, perché possano essere utilizzati anche per migliorare la situazione.

La ricerca è inserita nel Programma statistico nazionale 2011-2013 - Aggiornamento 2013 - prorogato dal decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 - convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125 - e nel Programma statistico nazionale 2014-2016 - in corso di approvazione - (cod. IST-00204), che comprendono l'insieme delle rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese. Il Programma statistico nazionale è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

L'Istat è tenuto per legge a svolgere queste attività di ricerca e i cittadini sono tenuti a parteciparvi. L'obbligo di risposta per questa rilevazione è sancito dall' art. 7 del d.lgs. n. 322/1989, e successive modifiche e integrazioni, e dal D.P.R. del 19 luglio 2013. Successivamente alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, il medesimo obbligo sarà sancito dal decreto di approvazione - ai sensi dell'art. 13, commi 3 e 3-ter, del d.lgs. n. 322/1989 - del Programma statistico nazionale 2014-2016 e dell'elenco delle rilevazioni, in esso ricomprese, con obbligo di risposta per i soggetti privati.

Tale obbligo, tuttavia, come previsto dalla normativa vigente (art. 7, comma 2, del d.lgs. n. 322/1989) non riguarda i quesiti di natura sensibile, di seguito indicati, ai quali i cittadini potranno decidere se rispondere o meno. Sono di natura sensibile le domande presenti nelle sezioni 6, 7 e 9 del questionario ISTAT/IMF-7/A.14 (questionario individuale di colore rosa) e le domande contrassegnate dai numeri: 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 17.1, 19.2, 19.3, 19.5, 30.8 (solo per il quinto e il decimo comportamento in elenco) e 30.9 (solo per il terzo e il nono comportamento in elenco) del questionario ISTAT/IMF-7/B.14 (questionario per autocompilazione di colore verde).

L'elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

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

La invito, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 24.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e ad accogliere, con cortese disponibilità, l'incaricato del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari. L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003).

Responsabile del trattamento statistico dei dati raccolti nell'ambito della presente indagine è il Direttore centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali. Per il trattamento dei dati personali il titolare è l'Istat - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, e il responsabile è il Direttore centrale sopra indicato. Sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs. n. 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali , viale Liegi, 13 – 00198 Roma.

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modifiche e integrazioni, “Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica” – art. 6-bis (trattamenti di dati personali), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166, “Regolamento recante il riordino dell'Istituto nazionale di statistica”;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche e integrazioni, “Codice in materia di protezione dei dati personali”– art. 4 (definizioni) artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale” (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 marzo 2013, “Programma statistico nazionale 2011-2013 - Aggiornamento 2013” (Supplemento ordinario n. 47 alla Gazzetta Ufficiale del 14 giugno 2013 - Serie Generale - n.138);
- Decreto del Presidente della Repubblica 19 luglio 2013, “Approvazione dell'elenco delle rilevazioni statistiche, rientranti nel Programma statistico nazionale per il triennio 2011-2013 – Aggiornamento 2013, per le quali sussiste l'obbligo dei soggetti privati di fornire i dati e le notizie che siano loro richiesti, a norma dell'articolo 7 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322” (Gazzetta Ufficiale del 28 agosto 2013 - Serie Generale - n. 201);
- Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, “Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni” – art. 8-bis, che proroga l'efficacia del DPCM 21 marzo 2013, di approvazione del Programma statistico nazionale 2011-2013 – Aggiornamento 2013, e del DPR 19 luglio 2013, relativo all'obbligo di risposta, fino all'entrata in vigore del Programma statistico nazionale 2014-2016 (Gazzetta Ufficiale del 30 ottobre 2013 - Serie Generale - n. 255).



Rubbettino *print*



Istat

SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

MOD. ISTAT/IMF-7/A.14

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

ASPETTI DELLA VITA QUOTIDIANA ANNO 2014

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

8	<table><tr><td>Data di consegna all'ufficio del Comune</td><td><input type="text"/><input type="text"/> Giorno</td><td><input type="text"/><input type="text"/> Mese</td><td><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Anno</td></tr><tr><td colspan="4">L'INTERVISTATORE</td></tr><tr><td colspan="4">..... (Cognome e nome leggibili)</td></tr><tr><td colspan="4">Visto per la revisione IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE</td></tr></table>	Data di consegna all'ufficio del Comune	<input type="text"/> <input type="text"/> Giorno	<input type="text"/> <input type="text"/> Mese	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anno	L'INTERVISTATORE			 (Cognome e nome leggibili)				Visto per la revisione IL CAPO DELL'UFFICIO ADDETTO ALLA RILEVAZIONE			
Data di consegna all'ufficio del Comune	<input type="text"/> <input type="text"/> Giorno	<input type="text"/> <input type="text"/> Mese	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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"/> <input type="text"/>
	Comune	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Sezione di Censimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

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

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

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

6	RISERVATO ISTAT	<input type="text"/> <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 (coniugalmente) di 01 03
- Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 01 04
- Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01 05
- Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza 06
- Figlio di 01 o del coniuge o convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a) 07
- Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01) 08
- Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)..... 09
- Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) 10
- Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01) 11
- Fratello/sorella di 01 12
- Fratello/sorella del coniuge o convivente di 01 13
- Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01) 14
- Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01) 15
- Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01) 16
- Persona legata da amicizia 17

Col. 4 Sesso

- Maschio 1
- Femmina 2

Col. 5 Anno di nascita

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

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

- Celibe o nubile 1
- Coniugato/a coabitante col coniuge 2
- Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto) 3
- Separato/a legalmente 4
- Divorziato/a 5
- Vedovo/a 6

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

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

- Dottorato di ricerca..... 01
- Laurea specialistica/magistrale a ciclo unico o biennale (di II livello), Laurea (di 4 anni o più) del vecchio ordinamento, compreso Master di II livello e Scuola di specializzazione post-laurea 02
- Diploma accademico di Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.) di II livello 03
- Laurea di 3 anni di I livello, compreso Master di I livello 04
- Diploma accademico di Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.) di I livello o del vecchio ordinamento, compreso Diploma di perfezionamento/specializzazione/ master di I livello 05
- Diploma universitario di 2-3 anni (incluso diploma di Scuola diretta a fini speciali o di Scuola Parauniversitaria) 06
- Diploma di maturità/Diploma di istruzione secondaria superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'università 07
- Diploma di qualifica professionale di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'università (Maestro d'arte, Maestro d'asilo, Istruzione e Formazione Professionale, ecc.)..... 08
- Licenza media (o avviamento professionale)/Diploma di istruzione secondaria di primo grado 09
- Licenza elementare (o Attestato di valutazione finale)..... 10
- Nessun titolo - sa leggere e scrivere..... 11
- Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere 12

Col. 8 Condizione (15 anni e più)

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

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

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

Col. 12 Anno matrimonio attuale

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

Col. 13 Stato civile precedente al matrimonio attuale

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

Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso 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 G

1.5 Qual   la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐

Apolide..... 2 ☐

Straniera 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....
Vedi Appendice G

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO 1 ☐

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. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)

2.1   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 specialistica/magistrale a
ciclo unico o biennale (di II livello), laurea
(di 4 anni o pi ) del vecchio ordinamento,
Master di II livello, scuola di
specializzazione post-laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master
di I livello, corso di diploma universitario
(includere scuole dirette a fini speciali)04 ☐

Corsi accademici di Alta Formazione
Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.)
di I e II livello, di perfezionamento,
specializzazione o di Master presso
Accademie, Conservatori/Istituti di
musica o Istituti di Industrie artistiche05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐

- Istituto tecnico07 ☐

- Liceo classico, scientifico, linguistico,
musicale coreutico, delle scienze umane08 ☐

- Istituto magistrale (Liceo
socio-psico-pedagogico,
delle scienze sociali, ecc.)09 ☐

- Liceo artistico o istituto d'arte10 ☐

Percorso triennale di Istruzione e
Formazione11 ☐

Altro corso di formazione professionale.....12 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(ex scuola media)13 ☐

Scuola primaria (ex scuola elementare)14 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)15 ☐

Asilo nido16 ☐

(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 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

2.3 A quale classe è attualmente iscritto?

Classe ☐

ATTENZIONE!

I bambini da 0 a 5 anni iscritti al nido o a scuola vanno a domanda 4.1.

I bambini da 0 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 6.1.

Continuare per gli altri!

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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Informatica1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Lingue1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Attività artistiche e/o culturali1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

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 turni7777 ☐

Orario variabile per altra ragione8888 ☐

Non esco perché lavoro in casa9999 ☐

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 (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università) 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 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(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 ☐ ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 6.1.

Continuare per gli altri!

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

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore minuti a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore minuti a settimana

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

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 familiare1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Attività lavorativa4	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

6. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

6.1 Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	Sì	Quante volte N.
Pronto soccorso1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
Guardia medica3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
Assistenza domiciliare5	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
Consultorio familiare7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
Centri di assistenza psichiatrica (Centri Salute Mentale).....1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>
Servizi assistenza ai tossicodipendenti3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/>

7. SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato (convenzionato) o in una casa di cura privata? Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.

NO1 ☐ → andare a domanda 8.1

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

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

N.

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

7.4 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 ☐

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

NO1 ☐ → **andare a domanda 7.7**

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.6 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)

7.7 È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

(una risposta per ogni riga)

	Molto	Abba-	Poco	Per niente	Non so
	1	2	3	4	5
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"/>

8. ASSICURAZIONE

(PER TUTTI)

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

(una risposta per ogni riga)

NO Sì

Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni1 ☐ 2 ☐

Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa..... 3 ☐ 4 ☐

9. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(PER TUTTI)

9.1 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?

NO1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N.**

(Se Sì)

9.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N.**

(Se Sì, facendo riferimento all'unico o al più recente degli incidenti indicati al quesito precedente)

9.3 Di che tipo di incidente si è trattato?
(massimo 3 risposte)

Caduta.....1 ☐

Urto o schiacciamento..... 2 ☐

Ferita3 ☐

Soffocamento.....4 ☐

Corpi estranei in occhio, orecchie, ecc.5 ☐

Avvelenamento/intossicazione.....6 ☐

Ustione.....7 ☐

Altro.....8 ☐

(specificare)

9.4 Qual è stato l'oggetto che ha causato l'incidente? Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente.

.....
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

.....
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

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

(col. 1 della Scheda Generale)

9.5 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quali parti del corpo ha interessato?
(possibili più risposte)

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conse- guenza
Testa.....	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
Torace.....	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
Addome.....	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
Arti superiori (mani, braccia).....	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
Arti inferiori (gambe, piedi).....	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
Occhi.....	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo.....	71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/>

9.6 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?

- Cucina 1 ☐
- Soggiorno, salone 2 ☐
- Camera da letto o cameretta.. 3 ☐
- Bagno 4 ☐
- Corridoio, ingresso 5 ☐
- Balcone, terrazzo, giardino 6 ☐
- Cantina, garage, altro ambiente 7 ☐
- Scale interne all'abitazione 8 ☐
- Scale esterne all'abitazione 9 ☐

9.7 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?

- Attività fisiologiche
(lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) ... 1 ☐
- Lavori domestici 2 ☐
- Riparazioni, "fai da te", bricolage 3 ☐
- Giochi o passatempi del tempo libero 4 ☐
- Nessuna particolare attività 5 ☐
- Altro 6 ☐
(specificare)

9.8 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:
(possibili più risposte)

- Assistenza da parte di familiari conviventi 1 ☐
- Assistenza da parte di familiari
non conviventi, vicini, amici, ecc..... 2 ☐
- Visita in farmacia 3 ☐
- Visita medica ambulatoriale 4 ☐
- Visita medica domiciliare..... 5 ☐
- Visita al pronto soccorso 6 ☐
- Ricovero ospedaliero 7 ☐
- Altro 8 ☐
(specificare)

9.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, del tempo libero, ecc.)?

- NO 1 ☐ → andare a domanda 9.11
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

9.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?

- NO 1 ☐ → andare a domanda 9.13
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.12 La permanenza a letto è ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

(Per gli occupati, altrimenti andare a domanda 10.1)

9.13 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?

- NO 1 ☐ → andare a domanda 10.1
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.14 Le assenze dal lavoro sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

10. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

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

NO00 ☐ → andare a domanda 10.3

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

10.2 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 Italia1 ☐

Solo all'estero2 ☐

Sia in Italia, sia all'estero ...3 ☐

andare a domanda 11.1

(Se non si è recato in vacanza)

10.3 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)

11. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → andare a domanda 11.4

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → andare a domanda 11.4

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 11.4)

11.3 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 settimana2 ☐

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

Sì, più raramente4 ☐

andare a domanda 12.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 12.1)

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

Da 1 a 5 volte

(poche volte nel corso dell'anno)1 ☐

Da 6 a 11 volte

(meno di una volta al mese)2 ☐

Da 12 a 20 volte

(circa una volta al mese)3 ☐

Da 21 a 40 volte

(circa due, tre volte al mese)4 ☐

Da 41 a 60 volte

(circa una volta alla settimana)5 ☐

Da 61 a 120 volte

(circa due volte alla settimana)6 ☐

Da 121 a 200 volte

(circa tre o quattro volte alla settimana)7 ☐

Oltre 200 volte

(cinque o più volte alla settimana)8 ☐

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

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

Nell'ultima settimana non ho praticato1 ☐

Fino a 2 ore2 ☐

Da più di 2 ore fino a 4 ore3 ☐

Da più di 4 ore fino a 6 ore4 ☐

Da più di 6 ore fino a 10 ore5 ☐

Più di 10 ore6 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì 2 ☐

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

12.1 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'anno 5 ☐

Mai 6 ☐

Non ho amici 7 ☐

ATTENZIONE!

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

13. ALTRI PARENTI, AMICI E VICINATO (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

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

Non consideri i parenti.

NO 1 ☐

Sì2 ☐

Non so.....3 ☐

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

NO 1 ☐

Sì, una persona o una famiglia 2 ☐

Sì, alcune persone o famiglie 3 ☐

14. GLI AIUTI DATI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)

Aiuto economico01 ☐

Prestazioni sanitarie
(iniezioni, medicazioni, ecc.) 02 ☐

Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 03 ☐

Accudimento, assistenza di bambini..... 04 ☐

Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) 05 ☐

Compagnia, accompagnamento,
ospitalità 06 ☐

Espletamento di pratiche burocratiche
(andare alla posta, in banca, ecc.) 07 ☐

Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico 08 ☐

Aiuto nello studio09 ☐

Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc.10 ☐

Altro aiuto a persone 11 ☐

No, nessun aiuto a persone 12 ☐

15. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

15.1 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 15.3**

Permanentemente

inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 15.1)

15.2 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 16.1**

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom. 15.2)

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

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 15.6**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ... 2 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Prestazione d'opera occasionale.. 3 ☐

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore 4 ☐

Libero professionista 5 ☐

Lavoratore in proprio 6 ☐

Coadiuvante nell'azienda

di un familiare 7 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

15.4 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 15.12)

15.5 Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO 1 ☐

andare a domanda 15.12

Sì 2 ☐

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 15.3)

15.6 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 ☐

15.7 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 ☐

15.8 Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto? Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 15.11**

Sì 2 ☐ → N.

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se Sì)

15.9 Quanto è il valore del singolo buono pasto?

□□□ , □□□ Euro

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

(possibili più risposte)

Al bar, rosticceria, tavola calda....1 ☐

In negozi, supermercati..... 2 ☐

Al ristorante..... 3 ☐

15.11 Lei è:

Dirigente1 ☐

Quadro..... 2 ☐

Impiegato.....3 ☐

Operaio.....4 ☐

Apprendista5 ☐

Lavoratore presso il proprio
domicilio per conto di un'impresa6 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom.15.2)

15.12 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare.....

.....

.....

.....

CODICE..... □□□□□

Vedi Classificazione delle professioni

15.13 In quale settore di attività economica lavora?

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

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

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

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

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

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

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

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

Servizi di informazione e comunicazione..08 ☐

Attività finanziarie e assicurative 09 ☐

Attività immobiliari 10 ☐

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

Pubblica amministrazione e Difesa..... 12 ☐

Istruzione e formazione 13 ☐

Sanità e assistenza sociale (compresi
asili nido) 14 ☐

Altri servizi 15 ☐

ATTENZIONE!

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

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

(col. 1 della Scheda Generale)

16. RICERCA DI LAVORO

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

16.1 Lei cerca lavoro?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 16.3**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → **andare a domanda 16.4**

(Se NO a domanda 16.1 o 16.2)

16.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi... 1 ☐ → **andare a domanda 16.5**

Altro 2 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se Sì a domanda 16.2)

16.4 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"/>

16.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

17. LAVORO IN PASSATO

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

17.1 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. 17.1)

17.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 17.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).... 2 ☐ } **andare a domanda 17.5**

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 17.5**

Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

17.3 Aveva dei dipendenti?

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N.

andare a domanda 17.5

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom.17.2)

17.4 Lei era:

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

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

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

LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?

- Sì, senza la presenza di altre persone 1 ☐ NO, ma era presente 3 ☐
- Sì, con la presenza di altre persone 2 ☐ NO, e non era presente 4 ☐

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

(cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99..... N.

Scheda Individuale del componente n. **02**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Età (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 G

1.5 Qual è la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐

Apolide..... 2 ☐

Straniera 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....
Vedi Appendice G

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO 1 ☐

Sì2 ☐ → andare a domanda 2.1

(Se NO)

1.7 In che modo ha avuto la cittadinanza italiana?

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

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

1.8 In che anno ha avuto la cittadinanza italiana?

Non so, non ricordo.....9999 ☐

2. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)

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

NO.....01 ☐ → andare a domanda 3.1

Sì, specificare quale:

Dottorato di ricerca02 ☐

Corso di laurea specialistica/magistrale a
ciclo unico o biennale (di II livello), laurea
(di 4 anni o più) del vecchio ordinamento,
Master di II livello, scuola di
specializzazione post-laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master
di I livello, corso di diploma universitario
(incluse scuole dirette a fini speciali)04 ☐

Corsi accademici di Alta Formazione
Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.)
di I e II livello, di perfezionamento,
specializzazione o di Master presso
Accademie, Conservatori/Istituti di
musica o Istituti di Industrie artistiche05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐

- Istituto tecnico07 ☐

- Liceo classico, scientifico, linguistico,
musicale coreutico, delle scienze umane08 ☐

- Istituto magistrale (Liceo
socio-psico-pedagogico,
delle scienze sociali, ecc.)09 ☐

- Liceo artistico o istituto d'arte 10 ☐

Percorso triennale di Istruzione e
Formazione 11 ☐

Altro corso di formazione professionale..... 12 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(ex scuola media) 13 ☐

Scuola primaria (ex scuola elementare) 14 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna) 15 ☐

Asilo nido 16 ☐

(Se è iscritto, altrimenti andare a domanda 3.1)

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

Pubblica1 ☐

Privata2 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

2.3 A quale classe è attualmente iscritto?

Classe ☐

ATTENZIONE!

I bambini da 0 a 5 anni iscritti al nido o a scuola vanno a domanda 4.1.

I bambini da 0 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 6.1.

Continuare per gli altri!

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 risiede 1 ☐

In un altro Comune della stessa Provincia 2 ☐

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

In un'altra Regione italiana 4 ☐

All'Estero 5 ☐

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

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

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se Sì)

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

- Treno 01 ☐
- Tram 02 ☐
- Metropolitana 03 ☐
- Autobus, filobus (all'interno del Comune)... 04 ☐
- Pullman, corriera (tra Comuni diversi) 05 ☐
- Pullman aziendale o scolastico 06 ☐
- Auto privata (come conducente) 07 ☐
- Auto privata (come passeggero) 08 ☐
- Motocicletta o ciclomotore 09 ☐
- Bicicletta 10 ☐
- Altro mezzo 11 ☐

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 ☐ ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 6.1.
Continuare per gli altri!

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

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore ☐ ☐ minuti ☐ ☐ a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore ☐ ☐ minuti ☐ ☐ a settimana

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

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. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

6.1 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guardia medica 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare 5	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consultorio familiare 7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centri di assistenza psichiatrica (Centri Salute Mentale)..... 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servizi assistenza ai tossicodipendenti 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

7. SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato (convenzionato) o in una casa di cura privata? Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.

NO 1 ☐ → andare a domanda 8.1

Sì 2 ☐

(Se Sì)

7.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N. ☐ ☐

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

N. ☐ ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

7.4 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 ☐

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

NO1 ☐ → **andare a domanda 7.7**

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.6 Il contributo ha riguardato:

(possibili più risposte)

Direttamente
Tramite
assicurazione
privata

Spese sanitarie..... 1 ☐ 2 ☐

Altre spese (stanza, Tv, ecc.).... 3 ☐ 4 ☐

Entrambe..... 5 ☐ 6 ☐

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

7.7 È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

(una risposta per ogni riga)

Molto
Abba-
stanza
Poco
Per
niente
Non
so

Assistenza
medica 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Assistenza
infermieristica 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Vitto 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Servizi igienici 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8. ASSICURAZIONE

(PER TUTTI)

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

(una risposta per ogni riga)

NO Sì

Un'assicurazione sulla salute o
sugli infortuni1 ☐ 2 ☐

Un'assicurazione sulla vita o
per pensione integrativa..... 3 ☐ 4 ☐

9. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(PER TUTTI)

9.1 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?

NO1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N. ☐**

(Se Sì)

9.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N. ☐**

(Se Sì, facendo riferimento all'unico o al più recente degli incidenti indicati al quesito precedente)

9.3 Di che tipo di incidente si è trattato?

(massimo 3 risposte)

Caduta.....1 ☐

Urto o schiacciamento..... 2 ☐

Ferita 3 ☐

Soffocamento.....4 ☐

Corpi estranei in occhio, orecchie, ecc. 5 ☐

Avvelenamento/intossicazione.....6 ☐

Ustione..... 7 ☐

Altro..... 8 ☐

(specificare)

9.4 Qual è stato l'oggetto che ha causato l'incidente? Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente.

..... ☐ ☐
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

..... ☐ ☐
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

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

(col. 1 della Scheda Generale)

9.5 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quali parti del corpo ha interessato?
(possibili più risposte)

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conse- guenza
Testa.....	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
Torace.....	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
Addome.....	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
Arti superiori (mani, braccia).....	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
Arti inferiori (gambe, piedi).....	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
Occhi.....	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo.....	71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/>

9.6 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?

- Cucina 1 ☐
- Soggiorno, salone 2 ☐
- Camera da letto o cameretta... 3 ☐
- Bagno 4 ☐
- Corridoio, ingresso 5 ☐
- Balcone, terrazzo, giardino 6 ☐
- Cantina, garage, altro ambiente 7 ☐
- Scale interne all'abitazione 8 ☐
- Scale esterne all'abitazione 9 ☐

9.7 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?

- Attività fisiologiche
(laversi, vestirsi, mangiare, ecc.) ... 1 ☐
- Lavori domestici 2 ☐
- Riparazioni, "fai da te", bricolage 3 ☐
- Giochi o passatempi del tempo libero 4 ☐
- Nessuna particolare attività 5 ☐
- Altro 6 ☐
(specificare)

9.8 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:
(possibili più risposte)

- Assistenza da parte di familiari conviventi 1 ☐
- Assistenza da parte di familiari
non conviventi, vicini, amici, ecc..... 2 ☐
- Visita in farmacia 3 ☐
- Visita medica ambulatoriale 4 ☐
- Visita medica domiciliare..... 5 ☐
- Visita al pronto soccorso 6 ☐
- Ricovero ospedaliero 7 ☐
- Altro 8 ☐
(specificare)

9.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, del tempo libero, ecc.)?

- NO 1 ☐ → andare a domanda 9.11
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

9.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?

- NO 1 ☐ → andare a domanda 9.13
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.12 La permanenza a letto è ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

(Per gli occupati, altrimenti andare a domanda 10.1)

9.13 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?

- NO 1 ☐ → andare a domanda 10.1
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.14 Le assenze dal lavoro sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

10. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

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

NO00 ☐ → andare a domanda 10.3

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

10.2 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 11.1

(Se non si è recato in vacanza)

10.3 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)

11. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → andare a domanda 11.4

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → andare a domanda 11.4

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 11.4)

11.3 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 12.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 12.1)

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

Da 1 a 5 volte

(poche volte nel corso dell'anno)..... 1 ☐

Da 6 a 11 volte

(meno di una volta al mese) 2 ☐

Da 12 a 20 volte

(circa una volta al mese) 3 ☐

Da 21 a 40 volte

(circa due, tre volte al mese)..... 4 ☐

Da 41 a 60 volte

(circa una volta alla settimana) 5 ☐

Da 61 a 120 volte

(circa due volte alla settimana) 6 ☐

Da 121 a 200 volte

(circa tre o quattro volte alla settimana) 7 ☐

Oltre 200 volte

(cinque o più volte alla settimana)..... 8 ☐

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

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

Nell'ultima settimana non ho praticato 1 ☐

Fino a 2 ore2 ☐

Da più di 2 ore fino a 4 ore 3 ☐

Da più di 4 ore fino a 6 ore 4 ☐

Da più di 6 ore fino a 10 ore5 ☐

Più di 10 ore 6 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì 2 ☐

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

12.1 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'anno 5 ☐

Mai 6 ☐

Non ho amici 7 ☐

ATTENZIONE!

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

13. ALTRI PARENTI, AMICI E VICINATO (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

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

Non consideri i parenti.

NO 1 ☐

Sì2 ☐

Non so.....3 ☐

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

NO 1 ☐

Sì, una persona o una famiglia 2 ☐

Sì, alcune persone o famiglie 3 ☐

14. GLI AIUTI DATI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)

Aiuto economico01 ☐

Prestazioni sanitarie
(iniezioni, medicazioni, ecc.) 02 ☐

Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 03 ☐

Accudimento, assistenza di bambini..... 04 ☐

Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) 05 ☐

Compagnia, accompagnamento,
ospitalità 06 ☐

Espletamento di pratiche burocratiche
(andare alla posta, in banca, ecc.) 07 ☐

Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico 08 ☐

Aiuto nello studio09 ☐

Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc. 10 ☐

Altro aiuto a persone 11 ☐

No, nessun aiuto a persone 12 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

15. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

15.1 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.

NO1 ☐

Sì2 ☐ → N. ore → **andare a domanda 15.3**

Permanentemente inabile al lavoro3 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 15.1)

15.2 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.

NO1 ☐ → **andare a domanda 16.1**

Sì2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom. 15.2)

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

Un lavoro alle dipendenze1 ☐ → **andare a domanda 15.6**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ...2 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Prestazione d'opera occasionale...3 ☐

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore4 ☐

Libero professionista5 ☐

Lavoratore in proprio6 ☐

Coadiuvante nell'azienda

di un familiare7 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Socio di cooperativa8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

15.4 Ha dei dipendenti?

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → N.

(Se libero professionista, gli altri vanno a domanda 15.12)

15.5 Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO1 ☐ → **andare a domanda 15.12**

Sì2 ☐

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 15.3)

15.6 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 ☐

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

Contratto1 ☐

Accordo verbale2 ☐

Non so3 ☐

15.8 Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto? Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?

NO1 ☐ → **andare a domanda 15.11**

Sì2 ☐ → N.

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se Sì)

15.9 Quanto è il valore del singolo buono pasto?

, Euro

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

(possibili più risposte)

Al bar, rosticceria, tavola calda....1 ☐

In negozi, supermercati..... 2 ☐

Al ristorante..... 3 ☐

15.11 Lei è:

Dirigente1 ☐

Quadro..... 2 ☐

Impiegato.....3 ☐

Operaio.....4 ☐

Apprendista5 ☐

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa6 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom.15.2)

15.12 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare

.....

.....

.....

CODICE.....

Vedi Classificazione delle professioni

15.13 In quale settore di attività economica lavora?

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

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

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

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

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

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

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

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

Servizi di informazione e comunicazione..08 ☐

Attività finanziarie e assicurative 09 ☐

Attività immobiliari 10 ☐

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

Pubblica amministrazione e Difesa..... 12 ☐

Istruzione e formazione 13 ☐

Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) 14 ☐

Altri servizi 15 ☐

ATTENZIONE!

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

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

(col. 1 della Scheda Generale)

16. RICERCA DI LAVORO

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

16.1 Lei cerca lavoro?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 16.3**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → **andare a domanda 16.4**

(Se NO a domanda 16.1 o 16.2)

16.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi... 1 ☐ → **andare a domanda 16.5**

Altro 2 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se Sì a domanda 16.2)

16.4 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"/>

16.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

17. LAVORO IN PASSATO

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

17.1 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. 17.1)

17.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 17.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).... 2 ☐ } **andare a domanda 17.5**

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 17.5**

Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

17.3 Aveva dei dipendenti?

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N. ☐ ☐ ☐ ☐

andare a domanda 17.5

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom.17.2)

17.4 Lei era:

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

17.5 In quale settore di attività economica lavorava?

Faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto.

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

LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?

- Sì, senza la presenza di altre persone 1 ☐ NO, ma era presente 3 ☐
- Sì, con la presenza di altre persone 2 ☐ NO, e non era presente 4 ☐

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

(cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99..... N.

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 G

1.5 Qual   la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐

Apolide..... 2 ☐

Straniera 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....
Vedi Appendice G

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO 1 ☐

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. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)

2.1   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 specialistica/magistrale a
ciclo unico o biennale (di II livello), laurea
(di 4 anni o pi ) del vecchio ordinamento,
Master di II livello, scuola di
specializzazione post-laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master
di I livello, corso di diploma universitario
(includere scuole dirette a fini speciali)04 ☐

Corsi accademici di Alta Formazione
Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.)
di I e II livello, di perfezionamento,
specializzazione o di Master presso
Accademie, Conservatori/Istituti di
musica o Istituti di Industrie artistiche05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐

- Istituto tecnico07 ☐

- Liceo classico, scientifico, linguistico,
musicale coreutico, delle scienze umane08 ☐

- Istituto magistrale (Liceo
socio-psico-pedagogico,
delle scienze sociali, ecc.)09 ☐

- Liceo artistico o istituto d'arte10 ☐

Percorso triennale di Istruzione e
Formazione11 ☐

Altro corso di formazione professionale.....12 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(ex scuola media)13 ☐

Scuola primaria (ex scuola elementare)14 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)15 ☐

Asilo nido16 ☐

(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 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

2.3 A quale classe è attualmente iscritto?

Classe ☐

ATTENZIONE!

I bambini da 0 a 5 anni iscritti al nido o a scuola vanno a domanda 4.1.

I bambini da 0 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 6.1.

Continuare per gli altri!

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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Informatica1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Lingue1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Attività artistiche e/o culturali1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

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 turni7777 ☐

Orario variabile per altra ragione8888 ☐

Non esco perché lavoro in casa9999 ☐

↓
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 (compresi asilo nido, scuola dell'infanzia e università) 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 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se Sì)

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

(possibili più risposte)

- Treno 01 ☐
- Tram 02 ☐
- Metropolitana 03 ☐
- Autobus, filobus (all'interno del Comune)... 04 ☐
- Pullman, corriera (tra Comuni diversi) 05 ☐
- Pullman aziendale o scolastico 06 ☐
- Auto privata (come conducente) 07 ☐
- Auto privata (come passeggero) 08 ☐
- Motocicletta o ciclomotore 09 ☐
- Bicicletta 10 ☐
- Altro mezzo 11 ☐

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 ☐ ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 6.1.

Continuare per gli altri!

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

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore minuti a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore minuti a settimana

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

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. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

6.1 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 Salute 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. SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato (convenzionato) o in una casa di cura privata? Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.

NO 1 ☐ → andare a domanda 8.1

Sì 2 ☐

(Se Sì)

7.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

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

N.

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

7.4 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 ☐

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

NO1 ☐ → **andare a domanda 7.7**

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.6 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)

7.7 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"/>

8. ASSICURAZIONE

(PER TUTTI)

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

(una risposta per ogni riga)

NO Sì

Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni1 ☐ 2 ☐

Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa..... 3 ☐ 4 ☐

9. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(PER TUTTI)

9.1 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?

NO1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N. ☐**

(Se Sì)

9.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N. ☐**

(Se Sì, facendo riferimento all'unico o al più recente degli incidenti indicati al quesito precedente)

9.3 Di che tipo di incidente si è trattato?

(massimo 3 risposte)

Caduta.....1 ☐

Urto o schiacciamento..... 2 ☐

Ferita3 ☐

Soffocamento.....4 ☐

Corpi estranei in occhio, orecchie, ecc.5 ☐

Avvelenamento/intossicazione.....6 ☐

Ustione.....7 ☐

Altro.....8 ☐

(specificare)

9.4 Qual è stato l'oggetto che ha causato l'incidente? Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente.

..... ☐ ☐
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

..... ☐ ☐
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

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

(col. 1 della Scheda Generale)

9.5 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quali parti del corpo ha interessato?

(possibili più risposte)

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conse- guenza
Testa.....	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
Torace.....	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
Addome.....	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
Arti superiori (mani, braccia).....	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
Arti inferiori (gambe, piedi).....	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
Occhi.....	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo.....	71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/>

9.6 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?

- Cucina 1 ☐
- Soggiorno, salone 2 ☐
- Camera da letto o cameretta.. 3 ☐
- Bagno 4 ☐
- Corridoio, ingresso 5 ☐
- Balcone, terrazzo, giardino 6 ☐
- Cantina, garage, altro ambiente 7 ☐
- Scale interne all'abitazione 8 ☐
- Scale esterne all'abitazione 9 ☐

9.7 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?

- Attività fisiologiche
(lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) ... 1 ☐
- Lavori domestici 2 ☐
- Riparazioni, "fai da te", bricolage 3 ☐
- Giochi o passatempi del tempo libero 4 ☐
- Nessuna particolare attività 5 ☐
- Altro 6 ☐
(specificare)

9.8 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:

(possibili più risposte)

- Assistenza da parte di familiari conviventi 1 ☐
- Assistenza da parte di familiari
non conviventi, vicini, amici, ecc..... 2 ☐
- Visita in farmacia 3 ☐
- Visita medica ambulatoriale 4 ☐
- Visita medica domiciliare..... 5 ☐
- Visita al pronto soccorso 6 ☐
- Ricovero ospedaliero 7 ☐
- Altro 8 ☐
(specificare)

9.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, del tempo libero, ecc.)?

- NO 1 ☐ → **andare a domanda 9.11**
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

9.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?

- NO 1 ☐ → **andare a domanda 9.13**
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.12 La permanenza a letto è ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

(Per gli occupati, altrimenti andare a domanda 10.1)

9.13 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?

- NO 1 ☐ → **andare a domanda 10.1**
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.14 Le assenze dal lavoro sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

10. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

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

NO00 ☐ → andare a domanda 10.3

Sì, quante volte?N. ☐ ☐

(Se Sì)

10.2 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 Italia1 ☐

Solo all'estero2 ☐

Sia in Italia, sia all'estero ...3 ☐

andare a domanda 11.1

(Se non si è recato in vacanza)

10.3 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)

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 11.4)

11.3 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 12.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 12.1)

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

Da 1 a 5 volte

(poche volte nel corso dell'anno) 1 ☐

Da 6 a 11 volte

(meno di una volta al mese) 2 ☐

Da 12 a 20 volte

(circa una volta al mese) 3 ☐

Da 21 a 40 volte

(circa due, tre volte al mese)..... 4 ☐

Da 41 a 60 volte

(circa una volta alla settimana) 5 ☐

Da 61 a 120 volte

(circa due volte alla settimana) 6 ☐

Da 121 a 200 volte

(circa tre o quattro volte alla settimana) 7 ☐

Oltre 200 volte

(cinque o più volte alla settimana) 8 ☐

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

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

Nell'ultima settimana non ho praticato 1 ☐

Fino a 2 ore2 ☐

Da più di 2 ore fino a 4 ore 3 ☐

Da più di 4 ore fino a 6 ore 4 ☐

Da più di 6 ore fino a 10 ore5 ☐

Più di 10 ore 6 ☐

11. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → andare a domanda 11.4

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → andare a domanda 11.4

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì 2 ☐

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

12.1 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'anno 5 ☐

Mai 6 ☐

Non ho amici 7 ☐

ATTENZIONE!

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

13. ALTRI PARENTI, AMICI E VICINATO (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

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

Non consideri i parenti.

NO 1 ☐

Sì2 ☐

Non so.....3 ☐

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

NO 1 ☐

Sì, una persona o una famiglia 2 ☐

Sì, alcune persone o famiglie 3 ☐

14. GLI AIUTI DATI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)

Aiuto economico01 ☐

Prestazioni sanitarie
(iniezioni, medicazioni, ecc.) 02 ☐

Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 03 ☐

Accudimento, assistenza di bambini..... 04 ☐

Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) 05 ☐

Compagnia, accompagnamento,
ospitalità 06 ☐

Espletamento di pratiche burocratiche
(andare alla posta, in banca, ecc.) 07 ☐

Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-
domestico 08 ☐

Aiuto nello studio09 ☐

Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc.10 ☐

Altro aiuto a persone 11 ☐

No, nessun aiuto a persone..... 12 ☐

15. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

15.1 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 15.3**

Permanentemente inabile al lavoro 3 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 15.1)

15.2 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 16.1**

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom. 15.2)

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

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 15.6**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ... 2 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Prestazione d'opera occasionale.. 3 ☐ }

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore 4 ☐

Libero professionista 5 ☐

Lavoratore in proprio 6 ☐

Coadiuvante nell'azienda

di un familiare 7 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

15.4 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 15.12)

15.5 Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO 1 ☐ **andare a domanda 15.12**

Sì 2 ☐

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 15.3)

15.6 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 ☐

15.7 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 ☐

15.8 Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto? Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 15.11**

Sì 2 ☐ → N.

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se Sì)

15.9 Quanto è il valore del singolo buono pasto?

□□□ , □□□ Euro

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

(possibili più risposte)

Al bar, rosticceria, tavola calda....1 ☐

In negozi, supermercati..... 2 ☐

Al ristorante..... 3 ☐

15.11 Lei è:

Dirigente1 ☐

Quadro..... 2 ☐

Impiegato.....3 ☐

Operaio.....4 ☐

Apprendista5 ☐

Lavoratore presso il proprio
domicilio per conto di un'impresa6 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom.15.2)

15.12 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare.....

.....

.....

.....

CODICE..... □□□□□

Vedi Classificazione delle professioni

15.13 In quale settore di attività economica lavora?

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

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

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

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

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

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

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

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

Servizi di informazione e comunicazione..08 ☐

Attività finanziarie e assicurative 09 ☐

Attività immobiliari 10 ☐

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

Pubblica amministrazione e Difesa..... 12 ☐

Istruzione e formazione 13 ☐

Sanità e assistenza sociale (compresi
asili nido) 14 ☐

Altri servizi 15 ☐

ATTENZIONE!

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

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

(col. 1 della Scheda Generale)

16. RICERCA DI LAVORO

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

16.1 Lei cerca lavoro?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 16.3**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → **andare a domanda 16.4**

(Se NO a domanda 16.1 o 16.2)

16.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi... 1 ☐ → **andare a domanda 16.5**

Altro 2 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se Sì a domanda 16.2)

16.4 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"/>

16.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

17. LAVORO IN PASSATO

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

17.1 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. 17.1)

17.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 17.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).... 2 ☐ } **andare a domanda 17.5**

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 17.5**

Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

17.3 Aveva dei dipendenti?

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N.

andare a domanda 17.5

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom.17.2)

17.4 Lei era:

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

17.5 In quale settore di attività economica lavorava?

Faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto.

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

LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?

- Sì, senza la presenza di altre persone 1 ☐ NO, ma era presente 3 ☐
- Sì, con la presenza di altre persone 2 ☐ NO, e non era presente 4 ☐

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

(cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99..... N.

Scheda Individuale del componente n. **04**

(col. 1 della Scheda Generale)

1. DATI ANAGRAFICI (PER TUTTI)

1.1 Data di nascita
Giorno Mese Anno

1.2 Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

1.3 Età (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 G

1.5 Qual è la sua cittadinanza?

Italiana.....1 ☐

Apolide..... 2 ☐

Straniera 3 ☐
(specificare)

CODICE STATO ESTERO.....
Vedi Appendice G

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

1.6 Ha la cittadinanza italiana dalla nascita?

NO 1 ☐

Sì2 ☐ → andare a domanda 2.1

(Se NO)

1.7 In che modo ha avuto la cittadinanza italiana?

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

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

1.8 In che anno ha avuto la cittadinanza italiana?

Non so, non ricordo.....9999 ☐

2. ISTRUZIONE E FORMAZIONE (PER TUTTI)

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

NO.....01 ☐ → andare a domanda 3.1

Sì, specificare quale:

Dottorato di ricerca02 ☐

Corso di laurea specialistica/magistrale a
ciclo unico o biennale (di II livello), laurea
(di 4 anni o più) del vecchio ordinamento,
Master di II livello, scuola di
specializzazione post-laurea03 ☐

Corso di laurea di 3 anni di I livello, Master
di I livello, corso di diploma universitario
(incluse scuole dirette a fini speciali)04 ☐

Corsi accademici di Alta Formazione
Artistica, Musicale e Coreutica (A.F.A.M.)
di I e II livello, di perfezionamento,
specializzazione o di Master presso
Accademie, Conservatori/Istituti di
musica o Istituti di Industrie artistiche05 ☐

Scuola secondaria di secondo grado:

- Istituto professionale06 ☐

- Istituto tecnico07 ☐

- Liceo classico, scientifico, linguistico,
musicale coreutico, delle scienze umane08 ☐

- Istituto magistrale (Liceo
socio-psico-pedagogico,
delle scienze sociali, ecc.)09 ☐

- Liceo artistico o istituto d'arte10 ☐

Percorso triennale di Istruzione e
Formazione11 ☐

Altro corso di formazione professionale.....12 ☐

Scuola secondaria di primo grado
(ex scuola media)13 ☐

Scuola primaria (ex scuola elementare)14 ☐

Scuola dell'infanzia (ex scuola materna)15 ☐

Asilo nido16 ☐

(Se è iscritto, altrimenti andare a domanda 3.1)

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

Pubblica1 ☐

Privata2 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

2.3 A quale classe è attualmente iscritto?

Classe

ATTENZIONE!

I bambini da 0 a 5 anni iscritti al nido o a scuola vanno a domanda 4.1.

I bambini da 0 a 5 anni non iscritti vanno a domanda 6.1.

Continuare per gli altri!

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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
Informatica1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
Lingue1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
Attività artistiche e/o culturali1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

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

abituamenteore 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 risiede 1 ☐

In un altro Comune della stessa Provincia 2 ☐

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

In un'altra Regione italiana 4 ☐

All'Estero 5 ☐

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

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

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se Sì)

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

- Treno 01 ☐
- Tram 02 ☐
- Metropolitana 03 ☐
- Autobus, filobus (all'interno del Comune)... 04 ☐
- Pullman, corriera (tra Comuni diversi) 05 ☐
- Pullman aziendale o scolastico 06 ☐
- Auto privata (come conducente) 07 ☐
- Auto privata (come passeggero) 08 ☐
- Motocicletta o ciclomotore 09 ☐
- Bicicletta 10 ☐
- Altro mezzo 11 ☐

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 ☐ ☐

ATTENZIONE!

Le persone da 0 a 13 anni vanno a domanda 6.1.
Continuare per gli altri!

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

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore ☐ ☐ minuti ☐ ☐ a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore ☐ ☐ minuti ☐ ☐ a settimana

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

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. SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

6.1 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guardia medica 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare 5	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consultorio familiare 7	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centri di assistenza psichiatrica (Centri Salute Mentale)..... 1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Servizi assistenza ai tossicodipendenti 3	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

7. SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato (convenzionato) o in una casa di cura privata? Consideri anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni.

NO 1 ☐ → andare a domanda 8.1

Sì 2 ☐

(Se Sì)

7.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N. ☐ ☐

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

N. ☐ ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

7.4 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 ☐

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

NO1 ☐ → **andare a domanda 7.7**

Sì2 ☐

(Se Sì)

7.6 Il contributo ha riguardato:
(possibili più risposte)

Direttamente Tramite
assicurazione
privata

Spese sanitarie..... 1 ☐ 2 ☐

Altre spese (stanza, Tv, ecc.).... 3 ☐ 4 ☐

Entrambe..... 5 ☐ 6 ☐

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

7.7 È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

(una risposta per ogni riga)

Molto Abba- Poco Per Non
stanza niente so

Assistenza
medica 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Assistenza
infermieristica 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Vitto 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Servizi igienici 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8. ASSICURAZIONE **(PER TUTTI)**

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

(una risposta per ogni riga)

NO Sì

Un'assicurazione sulla salute o
sugli infortuni1 ☐ 2 ☐

Un'assicurazione sulla vita o
per pensione integrativa..... 3 ☐ 4 ☐

9. INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(PER TUTTI)

9.1 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?

NO1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N. ☐**

(Se Sì)

9.2 È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 10.1**

Sì2 ☐ → **Quante volte? N. ☐**

(Se Sì, facendo riferimento all'unico o al più recente degli incidenti indicati al quesito precedente)

9.3 Di che tipo di incidente si è trattato?
(massimo 3 risposte)

Caduta.....1 ☐

Urto o schiacciamento..... 2 ☐

Ferita 3 ☐

Soffocamento..... 4 ☐

Corpi estranei in occhio, orecchie, ecc.5 ☐

Avvelenamento/intossicazione..... 6 ☐

Ustione..... 7 ☐

Altro..... 8 ☐

(specificare)

9.4 Qual è stato l'oggetto che ha causato l'incidente? Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente.

..... ☐ ☐
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

..... ☐ ☐
(specificare e codificare - vedi **Appendice F**)

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

(col. 1 della Scheda Generale)

9.5 Quali conseguenze ha provocato l'incidente e quali parti del corpo ha interessato?

(possibili più risposte)

	Ferita	Ustione	Frattura	Altra conse- guenza
Testa.....	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
Torace.....	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
Addome.....	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>
Arti superiori (mani, braccia).....	41 <input type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>
Arti inferiori (gambe, piedi).....	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>
Occhi.....	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo.....	71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input type="checkbox"/>

9.6 In quale ambiente dell'abitazione è avvenuto l'incidente?

- Cucina 1 ☐
- Soggiorno, salone 2 ☐
- Camera da letto o cameretta... 3 ☐
- Bagno 4 ☐
- Corridoio, ingresso 5 ☐
- Balcone, terrazzo, giardino 6 ☐
- Cantina, garage, altro ambiente 7 ☐
- Scale interne all'abitazione 8 ☐
- Scale esterne all'abitazione 9 ☐

9.7 Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?

- Attività fisiologiche
(laversi, vestirsi, mangiare, ecc.) ... 1 ☐
- Lavori domestici 2 ☐
- Riparazioni, "fai da te", bricolage 3 ☐
- Giochi o passatempi del tempo libero 4 ☐
- Nessuna particolare attività 5 ☐
- Altro 6 ☐
- (specificare)

9.8 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato ricorso a:

(possibili più risposte)

- Assistenza da parte di familiari conviventi 1 ☐
- Assistenza da parte di familiari
non conviventi, vicini, amici, ecc. 2 ☐
- Visita in farmacia 3 ☐
- Visita medica ambulatoriale 4 ☐
- Visita medica domiciliare 5 ☐
- Visita al pronto soccorso 6 ☐
- Ricovero ospedaliero 7 ☐
- Altro 8 ☐
- (specificare)

9.9 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, del tempo libero, ecc.)?

- NO 1 ☐ → **andare a domanda 9.11**
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.10 Le conseguenze limitative sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

9.11 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?

- NO 1 ☐ → **andare a domanda 9.13**
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.12 La permanenza a letto è ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

(Per gli occupati, altrimenti andare a domanda 10.1)

9.13 Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenze dal lavoro?

- NO 1 ☐ → **andare a domanda 10.1**
- Sì 2 ☐ → Per quanti giorni? N.

(Se Sì)

9.14 Le assenze dal lavoro sono ancora in corso?

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

10. VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

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

NO00 ☐ → **andare a domanda 10.3**

Sì, quante volte?N.

(Se Sì)

10.2 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 11.1

(Se non si è recato in vacanza)

10.3 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)

11. ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

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

NO1 ☐

Sì.....2 ☐ → **andare a domanda 11.4**

(Se NO)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → **andare a domanda 11.4**

(Se non pratica sport, altrimenti andare a domanda 11.4)

11.3 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 12.1

(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare a domanda 12.1)

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

Da 1 a 5 volte

(poche volte nel corso dell'anno)..... 1 ☐

Da 6 a 11 volte

(meno di una volta al mese) 2 ☐

Da 12 a 20 volte

(circa una volta al mese) 3 ☐

Da 21 a 40 volte

(circa due, tre volte al mese)..... 4 ☐

Da 41 a 60 volte

(circa una volta alla settimana) 5 ☐

Da 61 a 120 volte

(circa due volte alla settimana) 6 ☐

Da 121 a 200 volte

(circa tre o quattro volte alla settimana) 7 ☐

Oltre 200 volte

(cinque o più volte alla settimana)..... 8 ☐

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

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

Nell'ultima settimana non ho praticato 1 ☐

Fino a 2 ore2 ☐

Da più di 2 ore fino a 4 ore 3 ☐

Da più di 4 ore fino a 6 ore 4 ☐

Da più di 6 ore fino a 10 ore5 ☐

Più di 10 ore 6 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì2 ☐

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

NO1 ☐

Sì 2 ☐

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

12.1 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'anno 5 ☐

Mai 6 ☐

Non ho amici 7 ☐

ATTENZIONE!

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

13. ALTRI PARENTI, AMICI E VICINATO (PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

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

Non consideri i parenti.

NO 1 ☐

Sì2 ☐

Non so.....3 ☐

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

NO 1 ☐

Sì, una persona o una famiglia 2 ☐

Sì, alcune persone o famiglie 3 ☐

14. GLI AIUTI DATI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)

Aiuto economico01 ☐

Prestazioni sanitarie
(iniezioni, medicazioni, ecc.) 02 ☐

Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 03 ☐

Accudimento, assistenza di bambini..... 04 ☐

Aiuto in attività domestiche anche non nella casa della persona aiutata (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti, ecc.) 05 ☐

Compagnia, accompagnamento,
ospitalità 06 ☐

Espletamento di pratiche burocratiche
(andare alla posta, in banca, ecc.) 07 ☐

Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico 08 ☐

Aiuto nello studio09 ☐

Aiuto sotto forma di cibo, vestiario, ecc. 10 ☐

Altro aiuto a persone 11 ☐

No, nessun aiuto a persone..... 12 ☐

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

(col. 1 della Scheda Generale)

15. SITUAZIONE LAVORATIVA

(PER LE PERSONE DI 15 ANNI E PIÙ)

15.1 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.

NO1 ☐

Sì2 ☐ → N. ore → **andare a domanda 15.3**

Permanentemente inabile al lavoro3 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se non ha lavorato da lunedì a domenica della scorsa settimana, codice 1 a dom. 15.1)

15.2 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.

NO1 ☐ → **andare a domanda 16.1**

Sì2 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom. 15.2)

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

Un lavoro alle dipendenze1 ☐ → **andare a domanda 15.6**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto) ...2 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Prestazione d'opera occasionale...3 ☐

Un lavoro autonomo come:

Imprenditore4 ☐

Libero professionista5 ☐

Lavoratore in proprio6 ☐

Coadiuvante nell'azienda

di un familiare7 ☐ } **andare a domanda 15.12**

Socio di cooperativa8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

15.4 Ha dei dipendenti?

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

NO1 ☐

Sì2 ☐ → N.

(Se libero professionista, gli altri vanno a domanda 15.12)

15.5 Lei è iscritto ad un ordine o albo professionale?

NO1 ☐ → **andare a domanda 15.12**

Sì2 ☐

(Per tutti coloro che lavorano alle dipendenze, codice 1 a dom. 15.3)

15.6 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 ☐

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

Contratto1 ☐

Accordo verbale2 ☐

Non so3 ☐

15.8 Lei riceve mensilmente dal suo datore di lavoro dei buoni pasto? Se Sì, può indicare quanti normalmente ne riceve ogni mese?

NO1 ☐ → **andare a domanda 15.11**

Sì2 ☐ → N.

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Se Sì)

15.9 Quanto è il valore del singolo buono pasto?

□□□ , □□□ Euro

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

(possibili più risposte)

Al bar, rosticceria, tavola calda....1 ☐

In negozi, supermercati..... 2 ☐

Al ristorante..... 3 ☐

15.11 Lei è:

Dirigente1 ☐

Quadro..... 2 ☐

Impiegato.....3 ☐

Operaio.....4 ☐

Apprendista5 ☐

Lavoratore presso il proprio domicilio per conto di un'impresa6 ☐

(Per tutte le persone che lavorano o hanno un lavoro, codice 2 a dom. 15.1 o dom.15.2)

15.12 Può dirmi il nome della sua professione?

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

Specificare.....

.....

.....

.....

CODICE..... □□□□□

Vedi Classificazione delle professioni

15.13 In quale settore di attività economica lavora?

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

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

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

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

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

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

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

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

Servizi di informazione e comunicazione..08 ☐

Attività finanziarie e assicurative 09 ☐

Attività immobiliari 10 ☐

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

Pubblica amministrazione e Difesa..... 12 ☐

Istruzione e formazione 13 ☐

Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) 14 ☐

Altri servizi 15 ☐

ATTENZIONE!

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

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

(col. 1 della Scheda Generale)

16. RICERCA DI LAVORO

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

16.1 Lei cerca lavoro?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 16.3**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → **andare a domanda 16.4**

(Se NO a domanda 16.1 o 16.2)

16.3 Per quale motivo?

Ha già trovato un lavoro che avrà inizio al massimo fra 3 mesi... 1 ☐ → **andare a domanda 16.5**

Altro 2 ☐ → **andare a domanda 17.1**

(Se Sì a domanda 16.2)

16.4 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"/>

16.5 Sarebbe disposto ad iniziare a lavorare entro 2 settimane?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

17. LAVORO IN PASSATO

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

17.1 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. 17.1)

17.2 Facendo riferimento all'ultimo lavoro, Lei svolgeva:

Un lavoro alle dipendenze 1 ☐ → **andare a domanda 17.4**

Un lavoro di:

Collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto).... 2 ☐ } **andare a domanda 17.5**

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 17.5**

Socio di cooperativa 8 ☐

(Se imprenditori, liberi professionisti e lavoratori in proprio)

17.3 Aveva dei dipendenti?

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ N.

andare a domanda 17.5

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

(col. 1 della Scheda Generale)

(Per tutte le persone che lavoravano alle dipendenze, codice 1 a dom.17.2)

17.4 Lei era:

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

17.5 In quale settore di attività economica lavorava?

Faccia riferimento all'ultimo lavoro svolto.

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

LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?

- Sì, senza la presenza di altre persone 1 ☐ NO, ma era presente 3 ☐
- Sì, con la presenza di altre persone 2 ☐ NO, e non era presente 4 ☐

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

(cfr. col.1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99..... N.

QUESTIONARIO FAMILIARE

1. ELETTRICITÀ E GAS

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

- Molto soddisfatto.....1 ☐
- Abbastanza soddisfatto2 ☐
- Poco soddisfatto3 ☐
- Per niente soddisfatto.....4 ☐

1.2 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio dell'energia elettrica? (una risposta per ogni riga)

- | | Molto
soddisfatto | Abbastanza
soddisfatto | Poco
soddisfatto | Per niente
soddisfatto |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Continuità
del servizio
(assenza di guasti
e interruzioni
della fornitura) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Assenza di sbalzi
di tensione | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Comprensibilità del
display del contatore
elettronico. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Comprensibilità
delle bollette | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Informazioni
sul servizio (su prezzi,
e tariffe, condizioni
di erogazione,
allacciamenti, ecc.).... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

1.3 Come arriva il gas all'abitazione? (una sola risposta)

- L'abitazione è allacciata
alla rete di distribuzione
di gas naturale (metano).....1 ☐
- L'abitazione è allacciata alla rete
di distribuzione di gas diverso
da gas metano (Gpl)2 ☐
- Il gas viene acquistato
in bombole3 ☐
- 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
a 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 soddisfatto.....3 ☐
- Per niente soddisfatto.....4 ☐

1.5 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio del gas? (una risposta per ogni riga)

- | | Molto
soddisfatto | Abbastanza
soddisfatto | Poco
soddisfatto | Per niente
soddisfatto |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Adeguatezza
pressione
di fornitura..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Frequenza di lettura
dei contatori..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Comprensibilità
delle bollette | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Informazioni
sul servizio (su prezzi
e tariffe, condizioni di
erogazione,
allacciamenti, ecc.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Sicurezza della rete
di distribuzione..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

(Per tutti)

1.6 Lei è al corrente della possibilità di scegliere un fornitore diverso dall'azienda che le eroga attualmente l'energia elettrica e/o il gas?

- NO1 ☐ → **andare a
domanda 1.9**
- Sì.....2 ☐

(Se Sì)

1.7 La sua famiglia ha mai cambiato fornitore di energia elettrica o gas? (una sola risposta)

- NO, non ha
mai cambiato1 ☐
- Sì, il fornitore di
energia elettrica2 ☐
- Sì, il fornitore di gas.....3 ☐
- Sì, entrambi.....4 ☐ → **andare a
domanda
1.9**

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

(Se non ha cambiato almeno un fornitore)

1.8 Per quale motivo la sua famiglia non ha cambiato l'azienda fornitrice di energia elettrica o di gas?

(possibili più risposte)

	Energia elettrica	Gas
Siamo soddisfatti del fornitore attuale.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Per mancanza di informazioni.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
È difficile valutare la convenienza del cambiamento.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Il risparmio ottenibile non è consistente.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Temo un peggioramento della qualità del servizio.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

(Per tutti)

1.9 Negli ultimi 12 mesi, Lei o qualche componente della famiglia ha mai utilizzato il servizio di call center (numero verde) dell'azienda fornitrice di energia elettrica o di gas per richiedere informazioni, fare reclami, o altri servizi (contratti, lettura contatore, ecc.)?

(una sola risposta)

NO 1 ☐ → andare a domanda 1.11

Sì, solo dell'azienda fornitrice di energia elettrica 2 ☐

Sì, solo dell'azienda fornitrice del gas 3 ☐

Sì, di entrambe 4 ☐

(Se Sì)

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

- Molto soddisfatto 1 ☐
- Abbastanza soddisfatto 2 ☐
- Poco soddisfatto 3 ☐
- Per niente soddisfatto 4 ☐

(Per tutti)

1.11 Negli ultimi 12 mesi, Lei o qualche componente della famiglia ha mai utilizzato il numero di pronto intervento o segnalazione guasti dell'azienda fornitrice di energia elettrica o di gas?

(una sola risposta)

NO 1 ☐ → andare a domanda 2.1

Sì, il numero per i guasti elettrici 2 ☐

Sì, il numero per il pronto intervento gas 3 ☐

Sì, entrambi 4 ☐

(Se Sì)

1.12 Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio di pronto intervento o segnalazione guasti?

- Molto soddisfatto 1 ☐
- Abbastanza soddisfatto 2 ☐
- Poco soddisfatto 3 ☐
- Per niente soddisfatto 4 ☐

2. LA ZONA E L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

2.1 La zona in cui abita la famiglia presenta:

(una risposta per ogni riga)

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Sporcizia nelle strade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di parcheggio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Traffico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Inquinamento dell'aria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rumore	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rischio di criminalità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Odori sgradevoli	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Scarsa illuminazione delle strade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cattive condizioni della pavimentazione stradale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2.2 Nella zona in cui abita la famiglia ci sono parchi, giardini o altro verde pubblico raggiungibile a piedi in meno di 15 minuti?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

2.3 Nella zona in cui abita la famiglia ci sono piste ciclabili raggiungibili in bicicletta in meno di 5 minuti?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

2.4 La sua abitazione affaccia su una strada in cui il passaggio di veicoli (automobili, motocicli, camion, autobus, ecc.), in una normale giornata ferialle, è:

Se l'abitazione non affaccia su una strada, indichi "Assente o quasi assente"

Molto intenso 1 ☐

Intenso 2 ☐

Contenuto..... 3 ☐

Assente o quasi assente..... 4 ☐

2.5 Di quante stanze si compone l'abitazione?
Consideri anche la cucina se ha caratteristiche di stanza.

N.

2.6 L'abitazione dispone di bagno o doccia?

NO 0 ☐

Sì, quanti N.

2.7 L'abitazione dispone di:
(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Terrazzo o balcone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Giardino privato.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Se dispone di giardino privato, altrimenti andare a domanda 2.11)

2.8 Sa che è possibile per le abitazioni con il giardino effettuare il compostaggio domestico, cioè trasformare tramite un apposito contenitore (compostiera) rifiuti organici come scarti di frutta e verdura, foglie, erba, ecc. in concime?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 2.11**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

2.9 La sua famiglia dispone di una compostiera?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 2.11**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

2.10 Ha delle agevolazioni (ad esempio uno sconto sulla tariffa rifiuti, compostiera gratuita, ecc.) dovute al fatto di effettuare il compostaggio domestico?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Per tutti)

2.11 L'abitazione dispone di telefono?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 2.13**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Per tutti)

2.13 L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO 1 ☐ → **andare a domanda 2.15**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

2.14 Tipo di riscaldamento prevalente:
(una sola risposta)

Centralizzato 1 ☐

Autonomo 2 ☐

Solo apparecchi singoli
(compresi camini e stufe) 3 ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

(Per tutti)

2.15 In che modo arriva l'acqua nell'abitazione?

(possibili più risposte)

Attraverso la rete comunale.....1 ☐

Attraverso pozzi,
sorgenti o altre fonti

di approvvigionamento private 2 ☐

Attraverso sistemi

di raccolta dell'acqua piovana 3 ☐

Attraverso autobotti 4 ☐

Altro 5 ☐

(specificare)

**andare
a
domanda
2.18**

(Se l'abitazione è allacciata alla rete idrica comunale)

2.16 Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio idrico ?

Molto soddisfatto 1 ☐

Abbastanza soddisfatto 2 ☐

Poco soddisfatto 3 ☐

Per niente soddisfatto 4 ☐

2.17 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio idrico?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
--	----------------------	---------------------------	---------------------	---------------------------

Assenza di interruzioni della fornitura	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Livello di pressione dell'acqua	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Odore, sapore e limpidezza dell'acqua.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Frequenza di lettura dei contatori	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Frequenza della fatturazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Comprensibilità delle bollette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

(Per tutti)

2.18 L'abitazione è allacciata alla rete fognaria pubblica?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

2.19 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 2.21)

2.20 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)

2.21 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 ☐

2.22 A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

Affitto o subaffitto 1 ☐

Proprietà 2 ☐

Usufrutto 3 ☐

Titolo gratuito..... 4 ☐

Altro 5 ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

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 dell'infanzia ^(a) (ex scuola materna).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola primaria ^(a) (ex scuola elementare)..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola secondaria di primo grado ^(a) (ex scuola media)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Negozi di generi alimentari, mercati	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Supermercati	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori rifiuti (cassonetti)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli azienda gas..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli dell'Enel o dell'azienda elettrica locale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(a) lasciare in bianco se 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	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 e cartone.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vetro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Farmaci	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Batterie usate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori di alluminio e altri metalli.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori in plastica.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici/umido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rifiuti tessili (indumenti, scarpe, borse, ecc.)...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
..... (specificare)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

3.4 La zona in cui vive la famiglia è servita dalla raccolta porta a porta dei rifiuti?

NO1 ☐

SÌ2 ☐

3.5 La sua famiglia ha l'abitudine di raccogliere i seguenti rifiuti in modo separato tramite gli appositi contenitori di rifiuti in strada (cassonetti) e/o il servizio porta a porta?

(possibili più risposte per ogni riga)

	CASSONETTI		PORTA A PORTA		NO né cassonetti, né porta a porta
	Sì, sempre	Sì, qualche volta	Sì, sempre	Sì, qualche volta	
Carta e cartone.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vetro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Farmaci.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Batterie usate...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Contenitori di alluminio e altri metalli.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Contenitori in Plastica.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici/umido..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rifiuti tessili (indumenti, scarpe, borse, ecc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Altro.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
..... (specificare)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

(Se utilizza il servizio dei rifiuti porta a porta, altrimenti andare a domanda 3.8)

3.6 Complessivamente la sua famiglia quanto è soddisfatta del servizio di raccolta dei rifiuti porta a porta nella zona in cui vive?

- Molto soddisfatto1 ☐ } **andare a domanda 3.8**
 Abbastanza soddisfatto.....2 ☐
 Poco soddisfatto3 ☐
 Per niente soddisfatto4 ☐

(Se poco o per niente soddisfatta del servizio di raccolta dei rifiuti porta a porta, altrimenti andare a domanda 3.8)

3.7 Per quale motivo la sua famiglia non è soddisfatta del servizio di raccolta dei rifiuti porta a porta?
(possibili più risposte)

- Problemi legati agli orari di ritiro dei rifiuti 1 ☐
 Problemi legati alla frequenza di ritiro dei rifiuti.... 2 ☐
 Problemi legati ai sacchetti/contenitori da utilizzare per la raccolta 3 ☐
 Odori causati dall'umido non raccolto quotidianamente 4 ☐
 Non ritiene utile raccogliere i rifiuti in modo differenziato 5 ☐
 Non crede che i rifiuti raccolti separatamente vengano recuperati/riciclati 6 ☐
 Non sono adeguate le informazioni e l'assistenza agli utenti 7 ☐
 Altro..... 8 ☐
 (specificare)

(Per tutti)

3.8 Nella zona in cui vive la sua famiglia ci sono stazioni ecologiche, cioè centri dove è possibile portare gratuitamente i rifiuti che non possono essere gettati nei cassonetti?

- NO1 ☐
 Sì 2 ☐
 Non so 3 ☐

3.9 La sua famiglia ha mai portato rifiuti nelle stazioni ecologiche?

- NO1 ☐ → **andare a domanda 3.11**
 Sì, negli ultimi 12 mesi..... 2 ☐
 Sì, più di 1 anno fa..... 3 ☐

(Se Sì)

3.10 Che tipo di rifiuti?

(possibili più risposte)

- Carta/cartone di dimensioni ingombranti.....01 ☐
 Vetro (lastre, damigiane, ecc.)02 ☐
 Plastica di dimensioni ingombranti03 ☐
 Pneumatici04 ☐
 Metalli.....05 ☐
 Legno06 ☐
 Farmaci scaduti07 ☐
 Batterie usate08 ☐
 Rifiuti ingombranti (mobili, porte, finestre, ecc.).....09 ☐
 Inerti (calcinacci, macerie, ecc.)... ..10 ☐
 Apparecchiature elettriche ed elettroniche (cellulari, computer, televisori, frigoriferi, lavatrici, condizionatori, ecc.).....11 ☐
 Olio esausto (olio utilizzato per friggere, olio per motori, ecc.)12 ☐
 Rifiuti tossici e/o infiammabili (vernici, acidi, solventi, toner per stampanti, neon, contenitori sotto pressione, ecc.).....13 ☐
 Verde e potature (fogliame, erba, sfalci, rami, ecc.).....14 ☐
 Rifiuti tessili (indumenti, scarpe, lenzuola, stracci, tappeti, ecc.).....15 ☐
 Altro.....16 ☐
 (specificare)

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

*(Se **non** ha mai portato rifiuti nelle stazioni ecologiche, altrimenti andare alla domanda 3.12)*

3.11 Per quale motivo la sua famiglia non ha mai portato rifiuti nelle stazioni ecologiche?

Non ne abbiamo avuto bisogno 1 ☐

Sono troppo lontane dalla nostra abitazione .. 2 ☐

Non abbiamo un mezzo adeguato a trasportare questo tipo di rifiuti 3 ☐

Abbiamo utilizzato un servizio pubblico o privato a domicilio 4 ☐

Li abbiamo lasciati in appositi cassonetti (ad esempio per le potature, per i metalli)..... 5 ☐

Altro..... 6 ☐
(specificare)

(Per tutti)

3.12 Cosa potrebbe spingere la sua famiglia ad effettuare la raccolta differenziata dei rifiuti o, se già la fa, a farla più spesso e/o per più tipologie di rifiuti?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Maggiori informazioni su come separare i rifiuti.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Maggiori informazioni su dove separare i rifiuti.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

La raccolta a domicilio (porta a porta).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

La disponibilità di appositi contenitori nelle vicinanze dell'abitazione.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Centri di raccolta per i rifiuti riciclabili e compostabili migliori e più numerosi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

Maggiori garanzie che i rifiuti raccolti separatamente vengano effettivamente recuperati/riciclati	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Obbligo legale/multe per chi non effettua la raccolta differenziata.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

Detrazioni, agevolazioni fiscali o tariffarie per chi effettua regolarmente la raccolta differenziata.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------

4. CAMBIAMENTI DI ABITAZIONE

4.1 Negli ultimi 12 mesi uno o più dei componenti della famiglia attuale ha cambiato abitazione?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → **andare a domanda 5.1**

*(Se **non** c'è stato cambiamento di abitazione, altrimenti andare alla domanda 5.1)*

4.2 Negli ultimi 12 mesi la famiglia o qualche componente ha preso seriamente in considerazione la possibilità di cambiare abitazione?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

5. ASSICURAZIONE CONTRO I FURTI NELL'ABITAZIONE

5.1 La famiglia è assicurata contro i furti nell'abitazione?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

6. SERVIZI PRIVATI ALLA FAMIGLIA

6.1 La famiglia si avvale del servizio a pagamento di:
(possibili più risposte per ogni riga)

	NO	Sì, italiano	Sì, straniero
Collaboratore/ collaboratrice domestico/a ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Baby-sitter.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Persona che assiste un anziano o un disabile	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

*(Se **Sì** ad almeno una delle precedenti modalità, altrimenti andare alla domanda 7.1)*

6.2 Per quante ore a settimana?

Collaboratore/ collaboratrice domestico/a...	<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

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

7. AIUTI RICEVUTI DALLA FAMIGLIA

7.1 Nelle ultime 4 settimane, qualche componente della famiglia o la famiglia nel suo complesso ha ricevuto gratuitamente qualcuno dei seguenti aiuti da persone (parenti e non) che non vivono con voi?

(leggere tutte le risposte, possibili più risposte)

Aiuto economico 01 ☐

Prestazioni sanitarie (iniezioni, medicazioni, ecc.) 02 ☐

Accudimento, assistenza di adulti (aiuto a lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.) 03 ☐

Accudimento, assistenza di bambini 04 ☐

Aiuto in attività domestiche anche non nella vostra casa (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti ecc.) 05 ☐

Compagnia, accompagnamento, ospitalità 06 ☐

Espletamento di pratiche burocratiche (andare alla posta, in banca, ecc.) 07 ☐

Aiuto nell'esecuzione di lavoro extra-domestico 08 ☐

Aiuto nello studio 09 ☐

Beni di consumo (cibo, vestiario) gratuiti 10 ☐

Altro 11 ☐

Nessuno 12 ☐

8. RICORSO ALLA CONSULENZA DI PROFESSIONISTI E INSERZIONI

8.1 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"/>	<input type="checkbox"/>
Notaio 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commercialista 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 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 ☐

8.3 Qualche componente della famiglia ha effettuato nel corso dell'anno inserzioni a pagamento sui giornali per vari motivi (vendite di case, annunci di nozze, lutti, ecc.)?

Sì, più volte nel corso dell'anno 1 ☐

Sì, una volta 2 ☐

NO 3 ☐

9. ELETTRODOMESTICI, MEZZI DI COMUNICAZIONE E TRASPORTO

9.1 La famiglia possiede:

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ	N.
Lavastoviglie 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavatrice 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoregistratore 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videocamera 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettore DVD/Blu-Ray 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impianto stereo hi-fi per ascoltare musica 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segreteria telefonica 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fax 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisore 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antenna parabolica 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizionatori, climatizzatori... 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicletta 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorino, scooter 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motociclette, moto 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

9.2 La famiglia possiede un abbonamento o una carta prepagata per la visione della pay TV?

- Sì, un abbonamento.....1 ☐
- Sì, una carta prepagata senza abbonamento2 ☐
- NO3 ☐

9.3 La famiglia possiede l'automobile?

- NO 1 ☐ → **andare a domanda 10.1**
- Sì2 ☐ → N. ☐

(Se Sì)

9.4 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?

- NO1 ☐
- Sì2 ☐ → N. ☐

10. LIBRI

10.1 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 4008 ☐

11. TELEFONO CELLULARE

11.1 La famiglia possiede il telefono cellulare?

- NO1 ☐ → **andare a domanda 12.1**
- Sì2 ☐ → N. ☐

(Se Sì)

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

- NO1 ☐
- Sì2 ☐

12. APPARECCHIATURE INFORMATICHE E DIGITALI

12.1 La famiglia dispone di personal computer a casa?

Consideri computer fisso da tavolo, computer portatile (laptop, netbook, notebook, tablet); escluda smartphone, palmare con funzioni di telefonia, lettore di e-book e console per videogiochi.

- NO1 ☐
- Sì2 ☐ → N. ☐

12.2 La famiglia possiede:

(una risposta per ogni riga)

- | | NO | SÌ | N. |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Modem..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Console per videogiochi... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Lettore di e-book..... | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Lettore Mp3/Mp4..... | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Macchina fotografica digitale..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |
| Navigatore satellitare..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | → <input type="checkbox"/> |

13. ACCESSO AD INTERNET

13.1 La famiglia dispone di un accesso ad Internet da casa? *Attraverso un qualsiasi dispositivo.*

- NO1 ☐ → **andare a domanda 13.4**
- Sì 2 ☐ → N. ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

(Se Sì)

13.2 Con quale dei seguenti strumenti la famiglia accede ad Internet da casa?

(possibili più risposte)

- Computer fisso da tavolo (desktop)..... 1 ☐
- Computer portatile (laptop, netbook, tablet) ..2 ☐
- Altri dispositivi mobili
(cellulare o smartphone, media o game player,
lettore di e-book, ecc.)..... 3 ☐
- Televisore connesso ad Internet
(Smart TV).....4 ☐
- Console per videogiochi.....5 ☐
- Non so6 ☐

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

(possibili più risposte)

Banda larga

Connessione fissa (es. DSL, ADSL, VDSL,
cavo, fibra ottica, satellite,
rete pubblica WIFI, ecc.)1 ☐

Connessione a una rete di telefonia mobile
tramite cellulare o smartphone (minimo con
tecnologia 3G, es. UMTS, ecc.)2 ☐

Connessione a una rete di telefonia mobile
tramite SIM card o chiavetta USB (minimo con
tecnologia 3G, es. UMTS, ecc.).....3 ☐

Banda stretta

Linea telefonica tradizionale o ISDN,
connessione mobile a banda stretta tramite
cellulari, smartphone o modem per computer
portatili con tecnologia inferiore a 3G (es.
2G+/GPRS, ecc.)..... 4 ☐

(Se non dispone di un accesso ad Internet da casa)

13.4 Per quale motivo la famiglia non dispone di un accesso ad Internet da casa?

(possibili più risposte)

- Accede ad Internet da altro luogo (es. posto di lavoro, luogo di studio, a casa di altri)1 ☐
- Internet non è utile, non è interessante2 ☐
- Gli strumenti per connettersi costano troppo 3 ☐
- I costi della connessione sono troppo alti (abbonamenti, tariffe, ecc.).....4 ☐
- Nessuno sa usare Internet5 ☐
- Motivi di privacy, sicurezza.....6 ☐
- Mancanza di una connessione a banda larga nella zona7 ☐
- Altro8 ☐
(specificare)

14. SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

14.1 Confrontando la situazione economica della famiglia con quella di un anno fa, Lei ritiene che sia:

- Molto migliorata1 ☐
- Un po' migliorata2 ☐
- Rimasta più o meno la stessa3 ☐
- Un po' peggiorata.....4 ☐
- Molto peggiorata5 ☐

14.2 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?

- Ottime1 ☐
- Adeguate2 ☐
- Scarse3 ☐
- Absolutamente insufficienti4 ☐

14.3 La sua famiglia negli ultimi 12 mesi è riuscita a risparmiare?

- NO 1 ☐
- Sì2 ☐
- Non ricordo, non so.....3 ☐

14.4 Pensa che la sua famiglia nei prossimi 12 mesi risparmierà di più, come quest'anno o di meno?

- Risparmierà di più1 ☐
- Risparmierà come quest'anno2 ☐
- Risparmierà di meno3 ☐
- Non so4 ☐

14.5 Facendo riferimento alla situazione economica della famiglia, Lei la definirebbe:

- Molto ricca1 ☐
- Ricca2 ☐
- Né ricca né povera3 ☐
- Povera4 ☐
- Molto povera5 ☐

se estraneo alla famiglia indicare 99.....N.

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)