

N° ricerca | 1 | 6 | 6 | 1 | / | 2 |

Codice Nazione | 0 | 5 |

Codice ECO | 4 | 4 | 2 |

Intervista n° | 0 | 0 | | | | |

EUROBAROMETRO 44.2

DOM. 1 SESSO DELL'INTERVISTATO/A:

Maschio	1
Femmina	2

DOM. 2 QUANTI ANNI HA?

Anni | | |

DOM. 3 QUAL E' LA SUA NAZIONALITA'? PUO' DIRMI IL PAESE (O I PAESI) DI CUI HA LA NAZIONALITA'? (Sono possibili piu' risposte)

Belgio	01
Danimarca	02
Germania	03
Grecia	04
Spagna	05
Francia	06
Irlanda	07
Italia	08
Lussemburgo	09
Paesi Bassi	10
Portogallo	11
Regno Unito (Gran Bretagna, Irlanda del Nord)	12
Austria	13
Svezia	14
Finlandia	15
Altro paese (specificare quale/quali)	16
Non so	17

→ chiudere l'intervista

ORA VORREI CHE LEI CI FORNISSE QUALCHE INFORMAZIONE SUL SUO LAVORO E, PIU' PRECISAMENTE, SULLA SUA PRINCIPALE ATTIVITA' RETRIBUITA.
DOM. 4 QUAL E' LA SUA PRINCIPALE ATTIVITA' RETRIBUITA? (Riportare la risposta per esteso)

AIUTANDOSI CON QUESTO CARTELLINO, MI PUO' INDICARE LA SUA QUALIFICA PROFESSIONALE?
(Mostrare il cartellino, riportare nelle apposite caselle il codice ISCO a 2 cifre)

| |

LEI SVOLGE QUALCHE ALTRA ATTIVITA' REGOLARMENTE RETRIBUITA?

Sì	1
No	2
Rifiuta (spontaneo)	3

DOM. 5 QUANTI SONO IN TUTTO, IN ITALIA, I DIPENDENTI DELL'AZIENDA IN CUI LEI LAVORA?

Nessuno (lavora da solo/a)	1
Da 1 a 9	2
Da 10 a 49	3
Da 50 a 99	4
Da 100 a 499	5
500 ed oltre	6
Non so	7

DOM. 6 LEI LAVORA NEL SETTORE PUBBLICO O NEL SETTORE PRIVATO?

Settore pubblico	1
Settore privato	2
Non so	3

DOM. 7 LEI E' PRINCIPALMENTE (leggere. Una sola risposta. Mostrare cartellino dom. 7)?

Lavoratore autonomo/libero professionista	1
Dipendente, con contratto a tempo indeterminato	2
Dipendente, con contratto a termine	3
Dipendente, con contratto temporaneo	4
Apprendista o stagista, contratto di formazione	5
Altro	6
Non so	7

DOM. 8 MI PUO' DIRE QUAL E' L'ATTIVITA' PRINCIPALE DELL'AZIENDA/ORGANIZZAZIONE IN CUI LAVORA? (Riportare la risposta per esteso)

AIUTANDOSI CON QUESTO CARTELLINO, MI PUO' INDICARE L'ATTIVITA' DELLA SUA AZIENDA?
(Mostrare il cartellino, riportare nelle apposite caselle il codice NACE)

DOM. 9 QUANTE PERSONE LAVORANO SOTTO LA SUA RESPONSABILITA'?

Nessuna	1
Da 1 a 5	2
Da 6 a 9	3
10 ed oltre	4
Non so	5

DOM. 10 DA QUANTI ANNI O MESI SVOLGE QUESTA SUA PRINCIPALE ATTIVITA' RETRIBUITA?

N° di anni _____

N° di mesi _____

DOM. 11 COSA COMPRENDE LA SUA RETRIBUZIONE? (Mostrare cartellino dom. 11. Sono possibili più risposte. Leggere)

Uno stipendio base fisso	1
Una retribuzione a cottimo o premio di produttività	2
Pagamento delle ore di straordinario	3
Indennità per ore di lavoro particolari, come il lavoro notturno o durante il fine settimana	4
Indennità per condizioni di lavoro disagiate	5
Altro	6
Non so	7

DOM. 12 QUANTE ORE ALLA SETTIMANA LAVORA ABITUALMENTE CON RIFERIMENTO ALLA SUA PRINCIPALE ATTIVITA' RETRIBUITA? (Se 30 minuti o più arrotondare all'ora seguente)

_____ ore settimanali

DOM. 13 IN TOTALE, QUANTI MINUTI AL GIORNO IMPIEGA ABITUALMENTE, PER RECARSI DA CASA AL LAVORO O VICEVERSA?

_____ minuti al giorno

DOM. 14 MI PUO' DIRE, UTILIZZANDO LA SCALA PRESENTE SUL CARTELLINO, SE QUANDO LAVORA LEI E' ESPOSTO A.....
(mostrare cartellino Dom. 14)?

	Leggere iniziando dalla frase contrassegnata dalla X :	Tutto il tempo	Quasi tutto il tempo	Circa 3/4 del tempo	Circa metà del tempo	Circa 1/4 del tempo	Quasi mai	Mai	Non so
<input type="checkbox"/>	Vibrazioni provocate da utensili a mano, macchinari ecc.	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Rumori così forti da dover alzare la voce per parlare alla gente	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Temperature tali che fanno sudare anche se non si lavora	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Basse temperature sia all'interno dei locali che all'esterno	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Respirare vapori, fumi, polveri o sostanze pericolose, come prodotti chimici, materiale infettivo ecc.	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Essere a contatto con e/o manipolare sostanze o materiali pericolosi	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Radiazioni come i raggi X, radioattività, saldatore ad arco, raggi laser	1	2	3	4	5	6	7	8

DOM. 15 E SEMPRE UTILIZZANDO LA STESSO CARTELLINO, MI PUO' DIRE IN CHE MISURA IL SUO LAVORO IMPLICA..... (mostrare nuovamente cartellino Dom. 14)

	Leggere iniziando dalla frase contrassegnata dalla X :	Tutto il tempo	Quasi tutto il tempo	Circa 3/4 del tempo	Circa metà del tempo	Circa 1/4 del tempo	Quasi mai	Mai	Non so
<input type="checkbox"/>	Posizioni dolorose o stancanti	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Trasportare o spostare carichi pesanti	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Compiti brevi e ripetitivi, di durata inferiore ai 10 minuti	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Movimenti ripetitivi della mano o del braccio	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Indossare un equipaggiamento personale di protezione	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Lavorare con i computer: P.C., computer in rete, main frame/ (memoria centrale)	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Ritmi di lavoro elevati	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Scadenze troppo rigorose e troppo brevi	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Essere a diretto contatto con persone che non sono impiegate nel vostro posto di lavoro, ad esempio: clienti, passeggeri, alunni, pazienti ecc.	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	Lavorare in casa	1	2	3	4	5	6	7	8

DOM. 16 LEI RITIENE DI ESSERE MOLTO BENE INFORMATO, PIUTTOSTO BEN INFORMATO, PIUTTOSTO MAL INFORMATO, O MOLTO MALE INFORMATO SUI RISCHI DERIVANTI DALL'UTILIZZO DI MATERIALI, STRUMENTI O PRODOTTI CON CUI LEI VIENE A CONTATTO DURANTE IL SUO LAVORO?

Molto ben informato	1
Piuttosto ben informato	2
Piuttosto mal informato	3
Molto male informato	4
Non applicabile	5
Non so	6

DOM. 17 QUALI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI PUO' MODIFICARE, PERSONALMENTE, PER IL SUO CONFORT? (Leggere. Mostrare cartellino dom. 17)

La temperatura	1
L'illuminazione	2
La ventilazione	3
La posizione della scrivania, o postazione di lavoro	4
La posizione della sedia	5
Gli strumenti o gli attrezzi che utilizza	6
Altro (specificare) _____	7
Niente	8
Non so	9

DOM. 18 A) ABITUALMENTE, QUANTE VOLTE AL MESE LE CAPITA DI LAVORARE DI NOTTE; DICIAMO ALMENO DUE ORE TRA LE 10 DI SERA E LE 5 DI MATTINA? (Se "Mai": codificare: 00)

N° di notti al mese:

B) E QUANTE VOLTE AL MESE LAVORA DI DOMENICA? (Se "Mai": codificare: 0)

N° di Domeniche al mese:

C) ED IL SABATO? (Se "Mai": codificare: 0)

N° di Sabati al mese:

DOM. 19 LEI E' SOGGETTO A TURNI DI LAVORO (CIOE' LAVORA QUALCHE VOLTA LA MATTINA, QUALCHE VOLTA IL POMERIGGIO O QUALCHE VOLTA LA NOTTE) OPPURE AD ORARI IRREGOLARI? (Se "Si":) QUANTI TURNI?

No, nessun orario irregolare o turni	1
Si, osservo degli orari di lavoro irregolari, ma non dei turni	2
Si, 2 turni	3
Si, 3 turni	4
Si, 4 turni	5
Si, 5 turni ed oltre	6
Non so	7

DOM. 20 ORA LE LEGGERO' ALCUNE FRASI A CUI VORREI CHE LEI RISPONDESSE CON UN "SI" O CON UN "NO".

Leggere:	Si	No	Non so
Se lo richiede può ottenere l'aiuto dei colleghi	1	2	3
Può fare una pausa quando desidera	1	2	3
Lei è libero di decidere quando prendere dei giorni di ferie o di permesso	1	2	3
Ha un orario fisso d'inizio e fine lavoro ogni giorno	1	2	3
Ha tempo sufficiente per portare a termine il lavoro	1	2	3
Ha un lavoro sicuro	1	2	3

DOM. 21 NEL COMPLESSO, IL SUO RITMO DI LAVORO DIPENDE, OPPURE NO.....?

Leggere:	Si	No	Non so
Dal lavoro svolto dai colleghi	1	2	3
Da richieste dirette di persone come clienti, passeggeri, alunni, pazienti ecc.	1	2	3
Dalle norme di produzione	1	2	3
Dalla velocità di una macchina o dallo spostamento di un prodotto	1	2	3
Dal controllo diretto del suo superiore	1	2	3

DOM. 22 LEI HA LE POSSIBILITA' DI SCEGLIERE O MODIFICARE.....?

Leggere:	Si	No	Non so
L'ordine delle sue mansioni	1	2	3
il suo metodo di lavoro	1	2	3
La velocità o il ritmo del suo lavoro	1	2	3

DOM. 23 GENERALMENTE LA SUA ATTIVITA' PRIMARIA PREVEDE OPPURE NO.....?

Leggere:	Si	No	Non so
Il rispetto di precisi standard qualitativi	1	2	3
Una valutazione della qualità del lavoro da lei svolto	1	2	3
Di superare da solo difficoltà impreviste	1	2	3
Di decidere (eventualmente con i colleghi) riguardo i problemi del settore/reparto, quali la suddivisione dei compiti, le sostituzioni del personale, gli obiettivi di produzione, la pianificazione ecc.	1	2	3
Una rotazione degli incarichi fra lei ed i suoi colleghi	1	2	3
Incarichi monotoni	1	2	3
Incarichi complessi	1	2	3
Apprendimento di nuove cose	1	2	3

DOM. 24 IN CHE MISURA RITIENE CHE LE SUE CAPACITA' CORRISPONDANO ALLE ESIGENZE CHE LE IMPONE IL SUO LAVORO? (Mostrare cartellino dom. 24)

Le esigenze sono eccessive	1
Le esigenze corrispondono alle mie capacità	2
Le esigenze sono di gran lunga inferiori	3
Non so	4

DOM. 25 NEGLI ULTIMI 12 MESI HA SEGUITO UN CORSO DI FORMAZIONE PAGATO O OFFERTO DAL SUO DATORE DI LAVORO AL FINE DI ACCRESCERE LE SUE CAPACITA'? (Se "SI":) PER QUANTI GIORNI?

N° giorni negli scorsi 12 mesi:

DOM. 26 NEGLI ULTIMI 12 MESI LE E' CAPITATO DI.....?

Leggere:	Si	No	Non so
Avere un sincero scambio di opinioni con il suo superiore sulle sue prestazioni professionali	1	2	3
Essere consultato sui cambiamenti nella organizzazione del lavoro e/o sulle sue condizioni di lavoro	1	2	3
Discutere di problemi di lavoro con il suo superiore	1	2	3
Discutere di problemi di lavoro con i colleghi	1	2	3
Discutere di problemi di lavoro con i rappresentanti del personale	1	2	3

DOM. 27 E SEMPRE NEGLI ULTIMI 12 MESI, DURANTE IL LAVORO, E' STATO OGGETTO OPPURE NO DI.....?

Leggere:	Si	No	Non so
Violenze fisiche	1	2	3
Intimidazioni	1	2	3
Discriminazioni sessuali	1	2	3
Molestie sessuali	1	2	3
Discriminazioni legate all'età	1	2	3
Discriminazioni razziali	1	2	3
Discriminazioni legate ad invalidità	1	2	3
Discriminazioni legate alla nazionalità	1	2	3

DOM. 28 RITIENE CHE DOVE LEI LAVORA LE DONNE E GLI UOMINI ABBIANO? (Leggere)

Pari opportunità	1
Gli uomini abbiano più opportunità	2
Le donne abbiano più opportunità	3
Altro (spontaneo)	4
Non so	5

DOM. 29 IL SUO DIRETTO SUPERIORE E' UOMO O DONNA?

Un uomo	1
Una donna	2
Non applicabile (spontaneo)	3

DOM. 30 OLTRE A QUANTO DISPOSTO PER LEGGE, L'AZIENDA IN CUI LAVORA/IL SUO DATORE DI LAVORO LE CONCEDE ULTERIORI VANTAGGI, QUALI AD ESEMPIO.....?

Leggere:	Si	No	Non applicabile	Non so
Congedo per malattia del bambino, ovvero un periodo di tempo per poter stare a casa ed assistere il figlio ammalato	1	2	3	4
Congedo per maternità, ovvero un periodo antecedente e successivo la nascita del bambino in cui alla donna è concesso di rimanere a casa	1	2	3	4
Congedo per i genitori, ovvero un periodo in cui al padre o alla madre è concesso di rimanere a casa per prendersi cura del bambino molto piccolo	1	2	3	4
Asilo nido, ovvero l'azienda/il datore di lavoro mette a disposizione l'asilo nido per i figli dei dipendenti (o ne sostiene le spese)	1	2	3	4

DOM. 31 LEI PENSA CHE LA SUA SALUTE O LA SUA SICUREZZA SIANO MINACCIATE A CAUSA DEL SUO LAVORO?

Si	1
No	2
Non so	3

DOM. 32 NEL CORSO DEGLI ULTIMI 12 MESI, QUANTI GIORNI SI E' ASSENTATO DAL LAVORO PER MOTIVI DI SALUTE CAUSATI DAL SUO STESSO LAVORO? (Se "nessuno" scrivere 000)

N° giorni:

DOM. 33 NEGLI ULTIMI 5 ANNI, LEI HA CAMBIATO LAVORO PER TROVARNE UNO MENO PERICOLOSO O MIGLIORE PER LA SUA SALUTE? (Leggere)

Si	1
No, ma ci ho provato	2
No e non ci ho mai provato	3

DOM. 34 IL LAVORO CHE SVOLGE HA DELLE RIPERCUSSIONI SULLA SUA SALUTE? (Se "Sì") DI CHE TIPO? (Mostrare cartellino dom. 34. Sono possibili più risposte. Leggere)

No, non ha alcun tipo di ripercussione	01
Si, problemi di udito	02
Si, problemi di vista	03
Si, problemi dermatologici	04
Si, mal di schiena	05
Si, mal di testa	06
Si, mal di stomaco	07
Si, dolori muscolari alle braccia/alle gambe	08
Si, difficoltà respiratorie	09
Si, stress	10

Si, affaticamento generale	11
Si, problemi d'insonnia	12
Si, allergie	13
Si, cardiopatie/malattie cardiache	14
Si, ansietà	15
Si, irritabilità	16
Si, problemi personali	17
Altro (spontaneo)	18
Il mio lavoro migliora la mia salute (spontaneo)	19
Non so	20

DOM. 35 IL LAVORO CHE SVOLGE LE RISULTA PIU' DIFFICILE A CAUSA DI PROBLEMI DI SALUTE PERMANENTI O CRONICI? (Se "Sì") CIO' SI VERIFICA.....? (Leggere. Mostrare cartellino dom. 35)

No, mai	1
Si, per tutto il tempo	2
Si, per quasi tutto il tempo	3
Si, per circa 3/4 del tempo	4
Si, per circa metà del tempo	5
Si, per circa 1/4 del tempo	6
Quasi mai	7
Non so	8

DOM. 36 NEL COMPLESSO, LEI E' MOLTO, ABBASTANZA, NON MOLTO, PER NIENTE SODDISFATTO/A DEL SUO LAVORO? COME SI RITIENE.....? (Leggere)

Molto soddisfatto/a	1
Abbastanza soddisfatto/a	2
Poco soddisfatto/a	3
Per niente soddisfatto/a	4
Non so	5

DEMOGRAFICI

(LE DOMANDE DA D. 01 A D. 06 NON ESISTONO)

D. 07 LEI E'.....? (Leggere)

Celibe o nubile	1
Sposato/a	2
Convivente	3
Divorziato/a	4
Separato/a	5
Vedovo/a	6

D. 08 A QUALE ETA' HA TERMINATO I SUOI STUDI A TEMPO PIENO? (SE E' ANCORA STUDENTE CODICE 00)

Età (LE DOMANDE DA D. 09 A D. 11 NON ESISTONO)

D. 12 DI QUANTE PERSONE E' COMPOSTA LA SUA FAMIGLIA, LEI COMPRESO/A?

D. 13 IN TOTALE QUANTI BAMBINI, AL DI SOTTO DEI 15 ANNI, VIVONO ATTUALMENTE NELLA SUA FAMIGLIA?

	Dom. 12 Persone	Dom. 13 Figli sotto i 15 anni
1	1	01
2	2	02
3	3	03
4	4	04
5	5	05
6	6	06
7	7	07
8	8	08
9	9	09
Nessuno	-	10

(LE DOMANDE DA D. 14 A D. 18 NON ESISTONO)

D. 19 LEI E'..... (leggere:)

	Si	No
A) Il/la principale responsabile nella sua famiglia degli acquisti correnti e della conduzione della casa	1	2
B) La persona che contribuisce in maggior misura al reddito familiare	1	2

PROTOCOLLO D'INTERVISTA

QUESTIONARIO N. _____
 SCHEDA _____

P 01. DATA

Giorno Mese

P 02. ORA INIZIO INTERVISTA

Ora Minuti

P 03. DURATA INTERVISTA IN MINUTI

Minuti

P 04. NUMERO DI PERSONE PRESENTI DURANTE L'INTERVISTA

Due (l'intervistatore e l'intervistato)	1
Tre	2
Quattro	3
Cinque o più persone	4

P 05. GRADO DI COLLABORAZIONE DELL'INTERVISTATO/A

Eccellente	1
Buono	2
Medio	3
Mediocre	4

P 06. AMPIEZZA CENTRO

< 10.000	1
10.001 - 100.000	2
100.001 - 250.000	3
> 250.000 abitanti	4

P 07. REGIONE

Valle d'Aosta e Piemonte	01
Liguria	02
Lombardia (escl. provincia di Milano)	03
Milano e provincia	04
Trentino	05
Veneto	06
Friuli Venezia Giulia	07
Emilia	08
Toscana	09
Marche	10
Umbria	11
Lazio	12
Molise e Abruzzi	13
Campania	14
Puglie	15
Basilicata	16
Calabria	17
Sicilia	18
Sardegna	19

P 08. CODICE AVVIAMENTO POSTALE

P 09. N. PUNTO DI CAMPIONAMENTO

P 10. N. INTERVISTATORE

P 11. PONDERAZIONE

P 12. L'INTERVISTATO HA IL TELEFONO?

Sì	1
No	2

SESSO:

Maschio	1
Femmina	2

ETA':

NOME E COGNOME DELLA PERSONA INTERVISTATA _____
 INDIRIZZO _____
 COMUNE _____ PROVINCIA _____
 PREFISSO _____ TELEFONO _____

DICHIARO CHE LA PRESENTE INTERVISTA E' STATA ESEGUITA DA ME PERSONALMENTE SECONDO LE ISTRUZIONI CONTENUTE, NONCHE' IN BASE ALLE NORME CHE REGOLANO LA COLLABORAZIONE TRA GLI INTERVISTATORI E GLI ISTITUTI MEMBRI DELL'AISM ALLEGATE ALLA PROPOSTA DI INCARICO, DELLE QUALI DICHIARO DI AVERE PIENA CONOSCENZA. APPROVO IN PARTICOLARE, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 1341 E 1342 C.C., LE CLAUSOLE 8, 9 E 11 IVI CONTENUTE.

Data intervista _____

Firma intervistatore _____