



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento di Sanità Pubblica
Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLA PREVIDENZA SOCIALE
Direzione Generale per le Politiche
per l'Orientamento e la Formazione

Regione Emilia-Romagna



PROVINCIA DI BOLOGNA

VIVERE SOTTO LE DUE TORRI

COME STANNO I CITTADINI STRANIERI A BOLOGNA E PROVINCIA: LAVORO, SALUTE E INTEGRAZIONE

Le chiediamo di rispondere in tutta sincerità alle domande di questo questionario. Tutte le risposte sono meritevoli di attenzione. Le garantiamo l'anonimato e il trattamento dei dati secondo la vigente normativa sulla privacy (D.Lgs. 196/2003).

- 1 -

PERCORSO E PROGETTO MIGRATORIO

1.1. E' NATO IN ITALIA?

01. Sì (passare alla domanda 1.5)

02. No



→ Dove, in quale Paese/Stato: _____

1.2. DA QUANTO TEMPO È IN ITALIA?

Da _____ (scrivere per esteso se mesi o anni)

1.3. PRIMA DI ARRIVARE IN ITALIA HA STUDIATO E/O LAVORATO IN ALTRI PAESI/STATI DIVERSI DAL PAESE/STATO IN CUI È NATO? (NO SEMPLICI TRANSITI) (SONO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)

01. Sì, in altri Paesi/Stati dell'Unione Europea

02. Sì, in altri Paesi/Stati al di fuori dell'Unione Europea

03. No

1.4. PRINCIPALMENTE PERCHÉ HA LASCIATO IL SUO PAESE/STATO DI ORIGINE? (MASSIMO DUE RISPOSTE)

01. Motivi economici/lavorativi/ricerca di maggiori-migliori opportunità di carriera
02. Motivi di salute
03. Espulsione/discriminazioni subite/persecuzione/guerra
04. Ricongiungimento familiare
05. Per motivi di studio
06. Scoperta/esplorazione di nuovi Paesi
07. Altro (specificare _____)

1.5. DA QUANTO TEMPO VIVE IN PROVINCIA DI BOLOGNA?

Da _____ (scrivere per esteso se mesi o anni)

1.6. HA ABITATO IN ALTRI COMUNI NELLA PROVINCIA DI BOLOGNA?

01. Sì. → Quali? (in ordine cronologico) _____
02. No

1.7. DOVE PENSA DI ESSERE TRA (UNA RISPOSTA PER OGNI RIGA):

A) 3 ANNI:	<input type="checkbox"/> 01. In provincia di Bologna	<input type="checkbox"/> 02. In Italia (esclusa la provincia di Bologna)	<input type="checkbox"/> 03. Nel mio Paese/Stato d'origine	<input type="checkbox"/> 04. In un altro Paese/Stato	<input type="checkbox"/> 05. Non so	<input type="checkbox"/> 06. Altro → specificare _____
B) 10 ANNI:	<input type="checkbox"/> 01. In provincia di Bologna	<input type="checkbox"/> 02. In Italia (esclusa la provincia di Bologna)	<input type="checkbox"/> 03. Nel mio Paese/Stato d'origine	<input type="checkbox"/> 04. In un altro Paese/Stato	<input type="checkbox"/> 05. Non so	<input type="checkbox"/> 06. Altro → specificare _____

- 2 -

CONDIZIONE DI LAVORO

(a) Percorso formativo e lavorativo

2.1. (SOLO PER CHI NON È NATO IN ITALIA) PER QUANTI ANNI HA STUDIATO NEL PAESE/STATO DI ORIGINE (SCUOLA DELL'OBBLIGO + ALTRO)?

N. di anni _____

2.2. (SOLO PER CHI NON È NATO IN ITALIA) QUALE TITOLO DI STUDIO HA CONSEGUITO NEL SUO PAESE/STATO DI ORIGINE?

2.3. (SOLO PER CHI NON È NATO IN ITALIA) HA COMPIUTO ALTRI STUDI IN ALTRI PAESI/STATI DIVERSI DA QUELLO D'ORIGINE, PRIMA DI GIUNGERE IN ITALIA?

01. Sì → Quali studi? _____
02. No

2.4. (PER TUTTI) IN ITALIA HA COMPIUTO STUDI? (SONO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)

01. Sì, scuola dell'obbligo
02. Sì, scuola secondaria superiore → Ha concluso il percorso? Sì No In corso
03. Sì, università → Ha concluso il percorso? Sì No In corso
04. Sì, corso/scuola di italiano
05. Sì, corso di formazione professionale
06. Sì, corso di aggiornamento
07. Sì, post-università (master, dottorato...)
08. Sì, altro (specificare _____)
09. No, non ho studiato in Italia

2.4.bis QUAL È IL TITOLO DI STUDIO PIÙ ELEVATO CHE HA CONSEGUITO IN GENERALE? (DESCRIVERNE IL LIVELLO; CONSIDERARE ANCHE I TITOLI DI STUDIO NON RICONOSCIUTI IN ITALIA)

2.5. A CHE ETÀ HA INIZIATO A LAVORARE IN MANIERA RETRIBUITA (ANCHE PARZIALMENTE RETRIBUITA)?
Anni _____

2.6. ERA GIÀ IN ITALIA A QUEL TEMPO?

01. SÌ → (PASSARE ALLA 2.8)
02. NO

2.7. QUAL È L'ATTIVITÀ LAVORATIVA CHE HA FATTO PER PIÙ TEMPO PRIMA DI ARRIVARE IN ITALIA?
(LASCIAE RISPONDERE L'INTERVISTATO E RIPORTARE LA RISPOSTA NELLE RIGHE SOTTOSTANTI COSÌ COME VIENE DATA, POI RICONDURRE LA RISPOSTA A QUELLE CODIFICATE)

01. Operaio generico nell'industria	<input type="checkbox"/>
02. Operaio edile	<input type="checkbox"/>
03. Operaio agricolo e nell'allevamento	<input type="checkbox"/>
04. Operaio specializzato (es. idraulico, fabbro, tornitore, gruista, meccanico, ecc.)	<input type="checkbox"/>
05. Addetto alle pulizie (non domestico ma dipendente di impresa, socio di cooperativa, ecc.)	<input type="checkbox"/>
06. Impiegato esecutivo e di concetto (professioni d'ufficio con funzioni non direttive, es. personale di segreteria, aiuto contabile, addetti allo smistamento della posta, ecc.)	<input type="checkbox"/>

07. Addetto alle vendite (es. cassiere, commesso, ecc.)	<input type="checkbox"/>
08. Titolare di impresa	<input type="checkbox"/>
09. Addetto alla ristorazione (es. cameriere, cuoco, aiuto-cuoco, pasticciere, ecc.)	<input type="checkbox"/>
10. Addetto ai trasporti e alla movimentazione (es. camionista, magazziniere, facchino, ecc.)	<input type="checkbox"/>
11. Colf, baby sitter	<input type="checkbox"/>
12. Assistente familiare (badante)	<input type="checkbox"/>
13. Operatore sociale, educatore, mediatore culturale-linguistico	<input type="checkbox"/>
14. Infermiere, operatore socio-sanitario	<input type="checkbox"/>
15. Professioni intellettuali e ad alta specializzazione (es. insegnanti, giornalisti, professori, ricercatori, medico, avvocato, funzionari, dirigenti pubblici, ecc.)	<input type="checkbox"/>
16. Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>

(b) Condizione lavorativa in Italia

2.8. QUAL È OGGI E QUAL ERA DUE ANNI FA LA SUA CONDIZIONE LAVORATIVA?

	A) Oggi	B) 2 anni fa (*)
01. Occupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Disoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. In cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Studente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Casalinga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Altra condizione non professionale (es. pensionati, invalidi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Altra condizione (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[(*) se era in Italia]

V. istruzioni per gli eventuali effetti di questa domanda, che ha una funzione di filtro per le domande successive

2.9. QUAL È OGGI E QUAL ERA LA SUA POSIZIONE CONTRATTUALE?

	A) Oggi	B) 2 anni fa (*)
01. Dipendente a tempo pieno e indeterminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Dipendente part-time a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Dipendente a tempo pieno e determinato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Dipendente part-time a tempo determinato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Dipendente con lavoro interinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Dipendente con contratto a progetto, co.co.co e altri atipici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Dipendente a tempo pieno senza regolare contratto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Dipendente part-time senza regolare contratto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Apprendista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Imprenditore (titolare di impresa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Altra posizione (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[(*) se era in Italia]

2.10. (SOLO SE ATTUALMENTE IMPRENDITORE O LAVORATORE AUTONOMO) QUAL E' IL SETTORE DELLA SUA ATTIVITA'/IMPRESA?

- 01. Agricoltura, allevamento
- 02. Attività manifatturiere (es. meccanica, tessile, alimentare, elettronica, ecc.)
- 03. Costruzioni
- 04. Commercio all'ingrosso, al dettaglio e riparazioni
- 05. Informatica, comunicazione, servizi alle imprese
- 06. Alberghi e ristoranti
- 07. Trasporti, magazzinaggio, posta/consegne
- 08. Servizi sociosanitari
- 09. Pulizie
- 10. Giornalismo, editoria
- 11. Altro (specificare _____)

2.11. (SOLO SE DIPENDENTE) CHE LAVORO FA/HA FATTO PRINCIPALMENTE? (LASCIARE RISPONDERE L'INTERVISTATO E RIPORTARE LA RISPOSTA NELLE RIGHE SOTTOSTANTI COSÌ COME VIENE DATA, POI RICONDURRE LA RISPOSTA A QUELLE CODIFICATE)

OGGI: _____

DUE ANNI FA(*): _____

	A) OGGI	B) DUE ANNI FA(*)
01. Operaio generico nell'industria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Operaio edile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Operaio agricolo e nell'allevamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Operaio specializzato (es. idraulico, fabbro, tornitore, gruista, meccanico, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Addetto alle pulizie (non domestico ma dipendente di impresa, socio di cooperativa, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Impiegato esecutivo e di concetto (professioni d'ufficio con funzioni non direttive, es. personale di segreteria, aiuto contabile, addetti allo smistamento della posta, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Addetto alle vendite (es. cassiere, commesso, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Titolare di impresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Addetto alla ristorazione (es. cameriere, cuoco, aiuto-cuoco, pasticciere, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Addetto ai trasporti e alla movimentazione (es. camionista, magazziniere, facchino, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Colf, baby sitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Assistente familiare (badante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Operatore sociale, educatore, mediatore culturale-linguistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Infermiere, operatore socio-sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Professioni intellettuali e ad alta specializzazione (es. insegnanti, giornalisti, professori, ricercatori, medico, avvocato, funzionari, dirigenti pubblici, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[(*) se era in Italia]

2.12. (SOLO SE ATTUALMENTE DIPENDENTE) IL SUO (PRINCIPALE) DATORE DI LAVORO È?

- 01. Ente pubblico
- 02. Cooperativa
- 03. Associazione
- 04. Ente privato (azienda)
- 05. Soggetto privato (famiglia, singola persona) (passare alla domanda 2.14)
- 06. Altro (Specificare _____)
- 09. Non risponde

2.13. QUANTI DIPENDENTI HA L'AZIENDA PER CUI LAVORA (SE ATTUALMENTE DIPENDENTE)/ DI CUI È TITOLARE (SE ATTUALMENTE IMPRENDITORE)?

- 01. Fino a 3
- 02. Da 4 a 15
- 03. Da 16 a 50
- 04. Da 51 a 250
- 05. Oltre 250
- 09. Non so

2.14. (SOLO SE ATTUALMENTE DIPENDENTE) IN CHE MODO HA TROVATO IL LAVORO ATTUALE? (SONO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)

- 01. Attraverso un centro pubblico per l'impiego
- 02. Attraverso un'agenzia interinale
- 03. Attraverso associazioni di volontariato o assistenza
- 04. Attraverso il sindacato
- 05. Presentandomi direttamente al datore di lavoro, inviando il mio CV
- 06. Rispondendo ad un annuncio dell'azienda
- 07. Attraverso amici o conoscenti italiani
- 08. Attraverso amici o conoscenti immigrati connazionali
- 09. Attraverso amici o conoscenti immigrati da altri Paesi/Stati
- 10. Tramite un corso di formazione professionale
- 11. Altro (specificare _____)

2.15. (SOLO SE ATTUALMENTE OCCUPATO) DA QUANTO TEMPO SVOLGE QUESTO LAVORO ?

_____ (scrivere per esteso se settimane, mesi o anni)

2.16. (SOLO SE ATTUALMENTE OCCUPATO) QUALI DEI SEGUENTI FATTORI SONO PRESENTI NELLA SUA ATTIVITÀ LAVORATIVA? (UNA RISPOSTA PER RIGA)

	Mai	Qualche volta	Sempre
A) Vibrazioni	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
B) Rumore	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
C) Alte temperature	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
D) Basse temperature	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
E) Sostanze pericolose e/o tossiche (vapori, fumi, polveri, vernici, ecc)	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
F) Lavori in posizioni pericolose (es. in situazioni di scivolosità, a rischio di caduta dall'alto, ecc.)	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
G) Spostamento manuale di carichi pesanti	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
H) Lavoro prolungato al computer	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03
I) Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 03

[Per intervistatore: indicare il livello di presenza dei singoli fattori rispetto alla media giornaliera]

2.17. (SOLO SE ATTUALMENTE OCCUPATO) QUANTE ORE LAVORA ALLA SETTIMANA IN MEDIA?

N. ore _____

2.18. (SOLO SE ATTUALMENTE OCCUPATO) NELL'ULTIMO MESE LE È CAPITATO DI LAVORARE (UNA RISPOSTA PER RIGA):

	sì	no
01. Nei giorni festivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Più di 10 ore al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Nei giorni di riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. La notte (orario compreso tra le 22.00 e le 5.00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. A turni (notte/giorno, mattina/pomeriggio, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.19. (SOLO SE ATTUALMENTE OCCUPATO) IN MEDIA QUANTI MINUTI IMPIEGA AL GIORNO PER RAGGIUNGERE IL LUOGO/I LUOGHI DI LAVORO DA DOVE VIVE?

N. minuti _____

(c) Qualità e attese del lavoro

N.B. LE DOMANDE DI QUESTA SEZIONE DEVONO ESSERE SOTTOPOSTE SOLTANTO SE L'INTERVISTATO HA DICHIARATO DI ESSERE ATTUALMENTE IN STATO DI OCCUPAZIONE, INDIPENDENTEMENTE DALLA FORMA CONTRATTUALE.

2.20. LA QUALITÀ DEL LAVORO SI COMPONE DI DIVERSI ASPETTI. PENSANDO AL SUO LAVORO ATTUALE, LE CHIEDIAMO ORA DI ESPRIMERE LA SUA SODDISFAZIONE RISPETTO AGLI ASPETTI CHE LE ELENCHIAMO. (UNA RISPOSTA PER RIGA)

	01. Soddi- sfatto	02. Soddi- sfatto solo in parte	03. Insoddi- sfatto
A) Retribuzione complessiva (dipendenti) / guadagno complessivo (autonomi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Rapporto con i colleghi(dipendenti) / con i collaboratori (autonomi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) (Solo per dipendenti) Stabilità del posto di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) (Solo per dipendenti) Rapporto con i capi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Varietà del lavoro (fare cose diverse nel lavoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Possibilità di decidere da solo come fare un lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Gestione delle ferie e della loro distribuzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Valutazione complessiva dell'ambiente di lavoro (rumori, fatica fisica, ritmi di lavoro, orari, vicinanza da casa, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Per intervistatore: se alcune dimensioni o fattori non interessano o non risultano pertinenti per l'intervistato – ad esempio alcuni aspetti non riguardano i lavoratori autonomi – specificare a margine]

2.21 LE CAPITA DI AVERE DIFFICOLTÀ A CAPIRE L'ITALIANO QUANDO I SUOI CAPI, COLLEGHI, CLIENTI E/O DIPENDENTI LE FANNO DELLE RICHIESTE?

01. Spesso 02. Qualche volta 03. Mai

2.22 TRA LE SEGUENTI CARATTERISTICHE, QUALI SONO SECONDO LEI LE DUE PIÙ IMPORTANTI CHE DEVE AVERE UN LAVORO?

01. La sicurezza del posto di lavoro
02. La vicinanza all'abitazione
03. L'ambiente fisico di lavoro (temperatura, pulizia...)
04. La possibilità di fare cose diverse nel lavoro, varietà
05. La possibilità di fare formazione, di imparare cose nuove
06. Un buon guadagno
07. Il tempo libero e le ferie a disposizione
08. La possibilità di partecipare alle decisioni
dell'impresa/ente/organizzazione di appartenenza
09. Altro (specificare _____)

- 3 -

CONDIZIONE DI VITA

a) Condizione abitativa

3.1 CON CHI VIVE? (SONO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)

01. Da solo
02. Con coniuge/convivente, di qualsiasi cittadinanza
03. Con figli
04. Con altri familiari (genitori, fratelli, zii, ecc),
di qualsiasi cittadinanza
05. Con altri connazionali non familiari
06. Con altri stranieri non connazionali non familiari
07. Con altri italiani non familiari

3.2. QUANTI SIETE COMPLESSIVAMENTE NELL'ABITAZIONE IN CUI VIVE?

N. di persone compreso l'intervistato _____

3.3. QUAL È IL TIPO DI ALLOGGIO IN CUI VIVE? (SONO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)

- 01. Casa di proprietà (specificare n. locali*) _____
- 02. Casa in affitto con contratto pubblico (specificare n. locali*) _____
- 03. Casa in affitto con contratto privato (specificare n. locali*) _____
- 04. Casa in affitto senza contratto (specificare n. locali*) _____
- 05. Ospite non pagante (ad esempio: presso parenti, amici, conoscenti)
- 06. Albergo o pensione a pagamento
- 07. Struttura di accoglienza
- 08. Sul luogo di lavoro
- 09. Occupazione abusiva
- 10. Concessione gratuita
- 11. Baracche o roulotte, auto, ecc.
- 12. Sistemazione precaria (dove capita, ...)
- 13. Parte di abitazione in affitto/subaffitto
- 14. Altro (specificare _____)

*[*nel conto dei locali dell'abitazione considerare le stanze abitabili (le camere da letto, il soggiorno, la cucina) ed escludere invece i corridoi, i bagni, i balconi, le cantine]*

3.4. NEL SUO ALLOGGIO C'È: (UNA RISPOSTA PER RIGA)

- | | Sì | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01. Lavatrice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. Televisore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. Acqua corrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. Corrente elettrica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. Frigorifero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. Riscaldamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07. Possibilità di cucinare (cucina a gas...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08. Satellite/pay TV (es. Sky) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09. Computer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Telefono fisso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Telefono cellulare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Acqua calda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Servizi igienici privati | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Servizi igienici comuni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Condizionatore d'aria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(b) Relazioni con la comunità locale

3.5 CHI SONO LE PERSONE CHE FREQUENTA AL DI FUORI DEI LUOGHI DI LAVORO E OLTRE ALLE PERSONE CON CUI ABITA? (PER LE RISPOSTE "SPESSO" APPROFONDIRE SE SI TRATTA DI ITALIANI OPPURE DI STRANIERI CONNAZIONALI OPPURE ANCORA DI STRANIERI NON CONNAZIONALI) (UNA CROCETTA PER OGNI RIGA)

	01. Spesso			02. Qualche volta	03. Mai
	A) ITALIANI	B) STRANIERI CONNAZIONALI	C) STRANIERI NON CONNAZIONALI		
1. Colleghi di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Familiari, parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vicini di casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Membri della stessa associazione/partito/organizzazione/gruppo religioso/confraternita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Altro (specificare)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6. NELL'ULTIMO ANNO HA PARTECIPATO ALL'ATTIVITÀ DI QUALCHE ASSOCIAZIONE IN ITALIA – ANCHE NON FORMALMENTE COSTITUITA?

	01. Spesso	02. Qualche volta	03. Mai
a) Sindacati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Partiti politici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Associazioni culturali italiane (cinema, danza, poesia, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Associazioni sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Associazioni rivolte agli stranieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Associazioni della propria comunità nazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Associazioni di altre comunità straniere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Associazioni religiose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Associazioni di assistenza, di beneficenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(c) Accesso all'informazione

3.7 QUALI MEZZI DI INFORMAZIONE UTILIZZA ABITUALMENTE? (UNA RISPOSTA PER RIGA)

	01. Molto spesso	02. Spesso	03. Qualche volta	04. Mai
a) TV/radio italiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) TV/radio straniera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Giornali italiani gratuiti (es. City, Leggo, Il Bologna...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Giornali italiani a pagamento (es. Repubblica, Resto del Carlino, Stampa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Giornali fatti all'estero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Giornali fatti in Italia rivolti agli stranieri (es. Metropoli, Il Tamburo, giornali in lingua – es. il cinese Zhon Yi Bao)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(d) Accesso a risorse e servizi del territorio

3.8 NELL'ULTIMO ANNO HA FREQUENTATO QUESTI LUOGHI? (UNA RISPOSTA PER RIGA)

	01. Molto spesso	02. Spesso	03. Qualche volta	04. Mai
a) Bar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Parchi/giardini pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Centri sportivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Centri interculturali, biblioteche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cinema (sia al chiuso che all'aperto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Feste/fiere/sagre di paese (es. Feste dell'Unità e simili)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Discoteche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Servizi pubblici del Comune, della Provincia, della Regione (p.es. sportelli informativi, servizi sociali, anagrafe, Centri Territoriali Permanenti, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Uffici del sindacato/patronato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Uffici di associazioni/parrocchie che offrono servizi agli immigrati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Centri servizi per stranieri (es. call-center, money-transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(e) **Stare in Italia**

3.9 AL DI LÀ DI CIÒ CHE DICONO I SUOI DOCUMENTI, IN GENERALE LEI COME SI SENTE (UNA RISPOSTA)?

- 01. Soltanto XXX
- 02. Soprattutto XXX
- 03. Sia italiano sia XXX in egual misura
- 04. Soprattutto italiano
- 05. Soltanto italiano
- 06. Né italiano né XXX
- 07. Altro (specificare _____)
- 09. Non so, non rispondo

3.10 IN GENERALE, COME SI TROVA IN ITALIA?

- 01. Molto bene
- 02. Abbastanza bene
- 03. Così così
- 04. Piuttosto male
- 05. Male
- 09. Non so/non rispondo

3.11 LEI SAREBBE INTERESSATO AD OTTENERE LA CITTADINANZA ITALIANA?

- 01. Molto interessato
- 02. Abbastanza interessato
- 03. Così così
- 04. Poco interessato
- 05. Per nulla interessato
- 09. Non so/non rispondo

- 4 -

CONDIZIONE DI SALUTE

(a) **Stato di salute**

N.B. LE DOMANDE DALLA 4.1 ALLA 4.5 DEVONO ESSERE SOTTOPOSTE SOLTANTO SE L'INTERVISTATO HA DICHIARATO DI ESSERE ATTUALMENTE IN STATO DI OCCUPAZIONE, INDIPENDENTEMENTE DALLA FORMA CONTRATTUALE.

4.1. SOFFRE SPESSO DI PROBLEMI DI SALUTE* CHE SONO COMPARI DA QUANDO SVOLGE QUESTO TIPO DI LAVORO? (UNA RISPOSTA PER RIGA)

Sintomo	Sì	No
1. Problemi di udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemi di vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemi di pelle/allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemi alle spalle e al collo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemi alle gambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Disturbi del sonno (insonnia, risvegli notturni...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Disturbi respiratori (asma, tosse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Disturbi dell'alimentazione (mancanza o eccesso di appetito, digestione difficile...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ansia (tensione, difficoltà di concentrazione, preoccupazioni...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Altro (specificare → _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Per problemi di salute si intendono quelli cronici e continuativi. Non quelli episodici]*

4.2. HA MAI RICEVUTO INFORMAZIONI SUI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE LEGATI AL SUO LAVORO ATTUALE?

- 01. Sì
- 02. No (passare alla domanda 4.4)
- 03. Non so/non ricordo (passare alla domanda 4.4)

4.3. DA CHI O COSA HA AVUTO INFORMAZIONI DEI RISCHI SUL SUO LAVORO ATTUALE? (SONO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)

- 01. Datore di lavoro e/o RSPP (Resp. Servizio Prevenzione e Protezione)
- 02. RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza)
- 03. Medico competente/dell'azienda
- 04. Associazioni
- 05. Sindacato
- 06. Personale dell'Azienda USL
- 07. Strumenti informativi specifici (riviste, pubblicazioni, volantini)
- 08. Scuola o corsi di formazione
- 09. Amici e conoscenti
- 10. Radio o televisione, giornali o riviste generali
- 11. Colleghi di lavoro
- 12. Superiori, capi al lavoro
- 13. Cartelloni e manifesti appesi sul luogo di lavoro
- 14. Altro (specificare _____)
- 15. Non ricordo

4.4. HA MAI SUBITO INFORTUNI SUL LAVORO ATTUALE?

- 01. Sì
- 02. No
- 09. Non risponde

4.5. CONOSCE I SUOI DIRITTI IN CASO DI INFORTUNIO?

- 01. Sì, sono ben informato
- 02. Li conosco, ma solo in parte
- 03. No

(b) Utilizzo e valutazione dei servizi socio-sanitari

4.6. E' ISCRITTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)?

01. Sì 02. No 09. Non so, non so cos'è

4.7. SA A COSA SERVE/SERVONO:

	01. Sì, bene	02. Sì, abbastanza	03. No
A) Il medico di base o di famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Il consultorio ostetrico/ginecologico/femminile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Il consultorio pediatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Gli ambulatori di volontariato per immigrati irregolari (Sokos, Biavati/Misericordia, Salute senza Margini...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Il numero verde di informazione per i cittadini stranieri sui servizi sanitari (800.66.33.66)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) I servizi di supporto psicologico- psichiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.8. NELL'ULTIMO ANNO, PER SE STESSO, CON CHE FREQUENZA APPROSSIMATIVAMENTE È ANDATO PRESSO UNO DEI SEGUENTI SERVIZI/PROFESSIONISTI/PERSONE CHE SI OCCUPANO DI SALUTE? (UNA RISPOSTA PER RIGA)

	01. Mai	02. 1 volta	03. 2/3 volte	04. Più di 3 volte	09. Non so, non ricordo
A) Dal medico di base/di famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Da un medico specialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) In ospedale (escluso pronto soccorso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Al pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Da una persona straniera/della comunità di appartenenza in grado di aiutare nella cura di malattie (cure e trattamenti tradizionali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Ambulatori di volontariato per immigrati irregolari (Sokos, Biavati/Misericordia, Salute senza Margini...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Presso un servizio di supporto psicologico- psichiatrico (Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro George Devereux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Presso un altro servizio sanitario (specificare _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.9. HA RICEVUTO LA LETTERA DI INVITO DA PARTE DELL'AZIENDA USL/REGIONE EMILIA-ROMAGNA A PARTECIPARE A QUESTI SCREENING/CONTROLLI PER PARTICOLARI TUMORI? (UNA CROCETTA PER OGNI RIGA; SPIEGARE IN COSA CONSISTONO I CONTROLLI SECONDO QUANTO INDICATO NELLE ISTRUZIONI)

	01. Sì	02. No	09. Non so/non rispondo
a) cancro del colon retto (uomini/donne 50-69 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cancro del collo dell'utero (pap-test) (donne 25-64 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) cancro della mammella (mammografia) (donne 50-69 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.10. HA MAI FATTO L'ESAME PER LA PREVENZIONE/CONTROLLO DEL:

(UNA CROCETTA PER OGNI RIGA; SPIEGARE IN COSA CONSISTONO I CONTROLLI SECONDO QUANTO INDICATO NELLE ISTRUZIONI. LA DOMANDA VA RIVOLTA A TUTTI E NON SOLO A CHI RIENTRA NELLE FASCE DI ETÀ DEFINITE NELLA 4.9)

	01. Sì, dopo la lettera-invito della USL	02. Sì, spontaneamente	03. No	09. Non so/non rispondo
a) cancro del colon retto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cancro del collo dell'utero (pap-test)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) cancro della mammella (mammografia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(c) sicurezza sul lavoro

4.11. HA MAI FREQUENTATO CORSI SULLA SICUREZZA SUL LAVORO DURANTE L'ORARIO DI LAVORO?

01. Sì
02. No (passare alla domanda 4.14)
09. Non sa/non risponde (passare alla domanda 4.14)

4.12. ERANO CHIARI E COMPRESIBILI?

01. Molto
02. Abbastanza
03. Poco
04. Per niente

4.13. HA IMPARATO COSE NUOVE CHE PRIMA NON CONOSCEVA?

01. Molte cose
02. Qualcosa di nuovo
03. Solo poche cose
04. No

4.14. SAPREBBE COSA FARE SE SI VERIFICASSE UN'EMERGENZA SUL POSTO DI LAVORO (ALLERTARE I SOCCORSI, INTRAPRENDERE LE PRIME AZIONI FACILITATRICI PER L'INTERVENTO DEL 118, ECC.)?

01. Sì, perfettamente
02. Sì, ma solo in parte
03. No

- 5 -

DATI DELL'INTERVISTATO E CONDIZIONE FAMILIARE

5.1 CITTADINANZA _____

5.2 ANNO DI NASCITA _____

5.3. GENERE

01. Maschio 02. Femmina

5.4. STATO CIVILE (IN ITALIA)

01. Celibe/nubile
02. Sposato
03. Separato/divorziato
04. Vedovo
05. Altro (specificare _____)

5.5. HA ATTUALMENTE UN PARTNER (MARITO/MOGLIE, FIDANZATO/A, CONVIVENTE, COMPAGNO/A, ECC...)? QUAL È LA CITTADINANZA DEL SUO PARTNER?

01. Non ho un partner (passare alla domanda 5.7)
02. Sì, la mia stessa cittadinanza
03. Sì, altra cittadinanza straniera
04. Sì, italiana
05. Altro (specificare _____)

5.6. DOVE VIVE IL SUO ATTUALE PARTNER?

01. Vive in Italia con me
02. Vive in Italia, ma non con me
03. Non vive in Italia
04. Altro (specificare _____)

5.7. HA FIGLI?

01. Sì 02. No (passare alla domanda 5.10)

5.8 SE SÌ, QUANTI? _____ DI CUI QUANTI MINORI DI 18 ANNI? _____

5.9. DOVE VIVONO I SUOI FIGLI? (SONO POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)

- 01. In Italia con me
- 02. In Italia, ma non con me
- 03. Non vivono in Italia
- 04. Altro (specificare _____)

5.10. QUAL È LA SUA ATTUALE CONDIZIONE GIURIDICA?

- 01. Carta di soggiorno
- 02. Permesso di soggiorno valido
- 03. Altro (specificare _____)(passare alla domanda 5.12)
- 09. Non rispondo (passare alla domanda 5.12)

5.11. DI CHE TIPO È IL SUO TITOLO DI SOGGIORNO?

- 01. Lavoro subordinato
- 02. Lavoro autonomo
- 03. Ricongiungimento familiare
- 04. Studio
- 05. Protezione temporanea/asilo/rifugio
- 06. Motivi di salute/Trattamento sanitario
- 07. Altro (specificare _____)

5.12. HA MAI VISSUTO PERIODI DI PERMANENZA CLANDESTINA O IRREGOLARE IN ITALIA?

- 01. Sì
- 02. No
- 09. Non so/non rispondo

5.13. CREDE CHE LA SITUAZIONE DEGLI STRANIERI MIGLIORERÀ IN FUTURO IN ITALIA?

- 01. Sì, certamente
- 02. Sì, penso di sì
- 03. No, penso di no
- 04. No, certamente no
- 09. Non so/non rispondo

5.14 RITIENE DI AVERE QUALCHE COMMENTO DA FARE IN CONCLUSIONE, AD ESEMPIO SU ASPETTI CHE NON ABBIAMO AFFRONTATO E CHE CONSIDERA IMPORTANTI?

GRAZIE PER LA SUA COLLABORAZIONE

A CURA DELL'INTERVISTATORE

Comune di residenza dell'intervistato _____

Luogo dell'intervista _____

Data dell'intervista _____

Durata dell'intervista _____

Setting dell'intervista _____

Eventuale interesse dell'intervistato a ricevere i risultati della ricerca o a collaborare ulteriormente _____

Eventuali altri commenti dell'intervistatore _____
