

# INDAGINE STATISTICA SULLE FAMIGLIE MULTISCOPO

ASPETTI DELLA VITA  
QUOTIDIANA  
ANNO 2003

5	Numero dei componenti la famiglia attuale   _ _
---	---



## 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. 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 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. 6 - Stato civile (6 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

### Col. 7 - Titolo di studio più alto conseguito (6 anni e più)

Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea .....	1
Laurea .....	2
Diploma universitario .....	3
Diploma o qualifica di scuola media sup. (4-5 anni) .....	4
Diploma o qualifica di scuola media sup. (2-3 anni) .....	5
Licenza di scuola media inferiore .....	6
Licenza elementare .....	7
Nessun titolo - sa leggere e/o scrivere .....	8
Nessun titolo - non sa leggere e scrivere .....	9

### Col. 8 - Condizione (15 anni e più)

Occupato .....	1
In cerca di nuova occupazione .....	2
In cerca di prima occupazione .....	3
In servizio di leva o servizio civile sostitutivo .....	4
Casalinga .....	5
Studente .....	6
Inabile al lavoro .....	7
Persona ritirata dal lavoro .....	8
In altra condizione .....	9

### Col. 9 - In passato ha lavorato (per le casalinghe, gli studenti, gli inabili al lavoro e coloro che sono in altra condizione)

NO .....	1
SI .....	2

### Col. 10 - Posizione nella professione (per gli occupati)

a) Alle dipendenze come:

Dirigente .....	01
Direttivo, quadro .....	02
Impiegato, intermedio .....	03
Capo operaio, operaio subalterno ed assimilati .....	04
Apprendista .....	05
Lavorante a domicilio per conto d'impresе .....	06

b) Autonomo come:

Imprenditore .....	07
Libero professionista .....	08
Lavoratore in proprio .....	09
Socio di cooperativa di produzione di beni e/o prestazioni di servizio .....	10
Coadiuvante .....	11

### Col. 11 - Attività economica (per gli occupati)

Agricoltura, caccia, pesca .....	1
Industria, estrazione, manifatture, energia .....	2
Costruzioni .....	3
Commercio all'ingrosso e al dettaglio, alberghi e ristoranti .....	4
Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni .....	5
Intermediazioni, noleggio, altre attività professionali .....	6
Pubblica amministrazione e difesa .....	7
Istruzione, sanità ed altri servizi sociali .....	8
Altri servizi .....	9

### Col. 13 - Fonte di reddito principale (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. 16 - Anno matrimonio attuale

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

### Col. 17 - Stato civile precedente

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

(a) A col. 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

## DATI ANAGRAFICI

Sesso Maschio ..... 1 ☐  
Femmina ..... 2 ☐

Età (in anni compiuti) ..... |\_|\_|

## FORMAZIONE

(PER TUTTI)

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

NO..... 01 ☐ → **passare a sez successiva**

Corso di laurea o formazione

post universitaria ..... 02-04 ☐

Scuola secondaria superiore ..... 05-09 ☐

Corso di formazione professionale..... 10 ☐

Scuola media inferiore ..... 11 ☐

Scuola elementare..... 12 ☐

Scuola materna e asilo nido..... 13-14 ☐

## CORSI E LEZIONI PRIVATE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIU')

Negli ultimi dodici 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"/>

## SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

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

Orario abituale ..... ora |\_|\_| minuti |\_|\_|

Orario variabile a causa di turni ..... 7777 ☐

Orario variabile per altra ragione ..... 8888 ☐

Non esco perché lavoro in casa ..... 9999 ☐

**passare a sez. successiva**

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

Tempo impiegato

abitualmente ..... ore |\_|\_| minuti |\_|\_|

Tempo impiegato variabile ..... 9999 ☐

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

NO..... 1 ☐ Sì..... 2 ☐

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 ☐

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

NO, vado a piedi .1 ☐ → **passare a sez. successiva**

Sì, un solo mezzo ..... 2 ☐

Sì, due o più mezzi ..... 3 ☐

(Se Sì)

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, corriere (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 ☐

Qual è il mezzo utilizzato per il tratto più lungo?

(indicare un solo codice tra quelli barrati alla domanda precedente)

Mezzo di trasporto ..... ☐☐☐

#### ATTIVITÀ SETTIMANALI

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore ☐☐ minuti ☐☐ a settimana

b) Attività lavorativa

Non svolge attività..... 0000 ☐

N. ore ☐☐ minuti ☐☐ a settimana

Il suo lavoro domestico ed extradomestico è prevalentemente caratterizzato da attività fisica scarsa, moderata o pesante?

	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"/>

#### SALUTE, MALATTIE CRONICHE E GRADO DI AUTONOMIA

(PER TUTTI)

Come va in generale la salute?

(Dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore)

☐☐

E' affetto da una o più delle seguenti malattie croniche?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SI
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 e 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"/>

#### SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI

(PER TUTTI)

Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	SI	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"/>

**SERVIZI OSPEDALIERI****(PER TUTTI)**

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

NO ..... 1 ☐SI ..... 2-3 ☐**(Se Sì)**

Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N. | \_ | \_ |

Per quante giornate complessivamente, è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi

N. | \_ | \_ |

**(Con riferimento all'ultimo ricovero)**

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"/>

**ASSICURAZIONE****(PER TUTTI)**

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

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	SI
Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO****(PER TUTTI)**

Negli ultimi 3 mesi ha subito uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le sue condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

NO ..... 1 ☐**passare a sezione successiva**SI ..... 2 ☐

Quante volte? | \_ |

**VACANZE IN ITALIA E ALL'ESTERO, MOTIVI DELLA NON VACANZA****(PER TUTTI)**

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

NO ..... 00 ☐

SI, quante volte? .....N. | \_ | \_ |

**(Se non si è recato in vacanza)**

Per quali motivi?

**(possibili più risposte)**

- Per ragioni economiche ..... 1 ☐  
Per motivi di lavoro o studio..... 2 ☐  
Per mancanza di abitudine ..... 3 ☐  
Perché già residente in località di villeggiature ..... 4 ☐  
Per motivi di famiglia ..... 5 ☐  
Per motivi di salute ..... 6 ☐  
Per l'età ..... 7 ☐  
Per altri motivi ..... 8 ☐

**ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA****(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)**Nel suo tempo libero pratica con carattere di continuità uno o più sport?NO ..... 1 ☐SI. .... 2 ☐

**(Se NO)**

Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO ..... 1 ☐

SI ..... 2 ☐

**(Se non pratica sport, altrimenti andare alla domanda successiva)**

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?

NO ..... 1 ☐

Si, una volta o più volte alla settimana ..... 2 ☐

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

Si, più raramente ..... 4 ☐

**(Se pratica sport con continuità o saltuariamente, altrimenti andare alla sezione successiva)**

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

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

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

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

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

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

**AMICI**

**(PER LE PERSONE  
DI 6 ANNI E PIÙ)**

Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?

Tutti i giorni ..... 1 ☐

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 ☐

**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 ☐



## QUESTIONARIO FAMILIARE

### ELETTRICITA' E GAS

Da quale azienda è fornita l'energia elettrica nell'abitazione dove vive la famiglia?

(una sola risposta)

Enel..... 1 ☐

Azienda elettrica locale ..... 2 ☐

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

(una sola risposta)

Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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"/>
Frequenza di lettura di contatori	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazione sul servizio (informazioni su tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Come arriva il gas all'abitazione ?

(una sola risposta)

L'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione ..... 1 ☐

Il gas viene acquistato in bombole .... 2 ☐

È installato un "bombolone" esterno con rifornimento periodico ..... 3 ☐

L'abitazione non dispone di gas, né di bombola, né di "bombolone" esterno ... 4 ☐

(Se l'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione)

Complessivamente quanto è soddisfatto del servizio del gas?

(una sola risposta)

Molto Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio gas?

(una risposta per ogni riga)

	Molto Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Assenza di sbalzi di pressione.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza di lettura contatori.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazione sul servizio (informazioni su tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sicurezza della rete esterna.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sicurezza impianto domestico .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Per tutti)

Lei di solito legge la bolletta dell'energia elettrica o del gas ?

NO..... 1 ☐

Sì, ma controllo solo l'importo complessivo da pagare..... 2 ☐

Sì, e controllo tutte le voci che formano l'importo da pagare..... 3 ☐

Sì e leggo anche i fogli informativi allegati ... 4 ☐

(Se legge la bolletta)

Lei confronta i consumi dichiarati sulla bolletta con quelli rilevati sul contatore?

NO..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

**Alcune aziende distributrici di energia elettrica e di gas indicano nella bolletta suggerimenti per il risparmio energetico, lei ne è al corrente?**

Nelle bollette non erano indicati suggerimenti..... 1 ☐

Non so, non ci ho fatto caso..... 2 ☐

Ho visto i suggerimenti, ma non li ho messi in pratica..... 3 ☐

Ho messo in pratica I suggerimenti proposti..... 4 ☐

**(Per tutti)**

**Lei è a conoscenza dell'esistenza e delle funzioni dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas?**

NO ..... 1 ☐ **passare a sezione successiva**

Si.....2 ☐

**(Se si)**

**Come è venuto a conoscenza dell'esistenza dell'Autorità per il gas?**

Ne ho sentito parlare dai mezzi di informazione..... 1 ☐

Ne ho appreso l'esistenza dalla bolletta o dai fogli allegati ..... 2 ☐

Altro (se ne è parlato in famiglia, con gli amici, al lavoro, ecc.)..... 3 ☐

**Quali delle seguenti funzioni ritiene siano di competenza dell'Autorità?**

**(possibili più risposte)**

Stabilire le tariffe della luce e del gas..... 1 ☐

Introdurre rimborsi automatici se gli standard di qualità non sono rispettati... 2 ☐

Definire le regole, dei contratti di fornitura..... 3 ☐

Altro ..... 4 ☐

Non so ..... 5 ☐

## LA ZONA E L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

**La zona in cui abita la famiglia presenta:**

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Sporczia 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"/>

**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 ☐

**Di quante stanze si compone l'abitazione?**

**(considerare anche la cucina se ha caratteristiche di stanza)**

N.

**L'abitazione dispone di bagno o doccia?**

NO ..... 0 ☐

Sì, quanti ..... N.

L'abitazione dispone di:

	NO	SI
Terrazzo o balcone .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Giardino privato.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

L'abitazione dispone di telefono?

NO..... 1 ☐  
Sì..... 2 ☐

**(Se Sì)**

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

NO..... 1 ☐  
Sì..... 2 ☐

**(Per tutti)**

L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO ..... 1 ☐  
Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

Tipo di riscaldamento prevalente:

**( una sola risposta )**

Centralizzato ..... 1 ☐  
Autonomo ..... 2 ☐  
Solo apparecchi singoli (compresi  
camini e stufe) ..... 3 ☐

**(Per tutti)**

Si verificano uno o più dei seguenti problemi?

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	SI
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)**

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 ☐

**(Per tutti)**

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 ☐

A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

Affitto o subaffitto ..... 1 ☐

Proprietà ..... 2 ☐

Usufrutto ..... 3 ☐

Titolo gratuito ..... 4 ☐

Altro ..... 5 ☐

### ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

In generale raggiungere i seguenti servizi crea problemi o difficoltà per la famiglia?

**(una risposta per ogni riga)**

	Nessuna difficoltà	Un po' di difficoltà	Molta difficoltà	Non so
Farmacie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pronto soccorso .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ufficio Postale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Polizia, Carabinieri .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Uffici comunali .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Asilo nido (a) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola materna (a) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola elementare (a) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola media inferiore (a) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Negozi di generi alimentari, mercati .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Supermercati .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori rifiuti (cassonetti).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli azienda gas .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli dell'Enel o dell'azienda elettrica locale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**(a) lasciare in bianco se non è utilizzata**

Come giudica il costo sostenuto dalla famiglia per i seguenti servizi?

*(una risposta per ogni riga)*

	Elevato	Adeguito	Basso	Non so
Raccolta rifiuti urbani .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Erogazione dell'acqua .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fornitura di energia elettrica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Sono presenti nella zona in cui vive la famiglia i contenitori per la raccolta differenziata dei rifiuti?

*( una risposta per ogni riga )*

Tipo di rifiuti	Sì, e sono facilmente raggiungibili	Sì, ma sono difficilmente raggiungibili	No	Non so
Carta .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vetro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Farmaci .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Batterie usate .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lattine di alluminio.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori in plastica per liquidi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

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

*( una risposta per ogni riga )*

Tipo di rifiuti	Sì, sempre	Sì qualche volta	Mai
Carta .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vetro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Farmaci .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Batterie usate .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Lattine di alluminio.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Contenitori in plastica per liquidi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altro .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

## CAMBIAMENTI DI ABITAZIONE

Negli ultimi 12 mesi uno o più dei componenti della famiglia attuale ha cambiato abitazione?

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

*(Se Sì)*

Che giudizio dà dei seguenti servizi per il subentro o il nuovo allacciamento in occasione del cambio di abitazione?

*(una risposta per ogni riga)*

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Servizi dell'energia elettrica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Servizio del gas ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

*(Se non c'è stato cambiamento di abitazione, gli altri vanno alla sezione successiva)*

Negli ultimi 12 mesi la famiglia o qualche componente ha preso seriamente in considerazione la possibilità di cambiare abitazione?

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

## ASSICURAZIONE CONTRO I FURTI NELL'ABITAZIONE

La famiglia è assicurata contro i furti nell'abitazione?

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

## SERVIZI PRIVATI ALLA FAMIGLIA

La famiglia si avvale del servizio a pagamento di:

*( una risposta per riga )*

	NO	SI
Collaboratore/ collaboratrice domestico/a .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Baby-sitter.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Persona che assiste un anziano o un disabile .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

*(Se Sì ad almeno una delle precedenti modalità rispondere a questa domanda, altrimenti passare alla sezione successiva)*

**Per quante ore a settimana?**

Collaboratore/  
collaboratrice domestico/a

|\_|\_| ore a settimana

00 ☐ saltuariamente

Baby-sitter

|\_|\_| ore a settimana

00 ☐ saltuariamente

Persona che assiste un anziano  
o un disabile

|\_|\_| ore a settimana

00 ☐ saltuariamente

### RICORSO ALLA CONSULENZA DI PROFESSIONISTI E INSERZIONI

**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	SI
Avvocato .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Notaio .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Commercialista .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**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 ☐

### ELETTRODOMESTICI, COMPUTER, MEZZI DI TRASPORTO

**La famiglia possiede**

	NO	SI	N.
Lavastoviglie .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Lavatrice .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Videoregistratore .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _
Videocamera .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ _
Impianto stereo HI-FI per ascoltare musica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ _
Consolle per videogiochi.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ _
Personal computer.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _
Modem .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ _
Accesso ad internet .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ _
Segreteria telefonica .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ _
Fax .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _
Televisore a colori.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ _
Antenna parabolica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ _
Telefono cellulare.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ _
Condizionatori, climatizzatori.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _
Bicicletta .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ _
Motorino, scooter .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ _
Motocicletta, moto .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ _

### AUTOMOBILE

**La famiglia possiede l'automobile?**

NO.....1 ☐

SI.....2 ☐ → N.|\_|

### SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

**Confrontando la situazione economica della famiglia con quella di un anno fa, lei ritiene che sia:**

- Molto migliorata ..... 1 ☐
- Un po' migliorata ..... 2 ☐
- Rimasta più o meno la stessa ..... 3 ☐
- Un po' peggiorata..... 4 ☐
- Molto peggiorata ..... 5 ☐

**Con riferimento agli ultimi 12 mesi e tenendo presente le esigenze di tutti i componenti familiari, come sono state le risorse economiche complessive della famiglia?**

- Ottime ..... 1 ☐
- Adeguate ..... 2 ☐
- Scarse ..... 3 ☐
- Assolutamente insufficienti ..... 4 ☐

**RISERVATO AL RILEVATORE**

**CHI HA RISPOSTO ALLE DOMANDE?**

**Per le famiglie con più di un componente**

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

- Da un componente..... 1 ☐
- Da più componenti..... 2 ☐

**Tipo di abitazione**

- Villa o villino ..... 1 ☐
- Signorile ..... 2 ☐
- Civile ..... 3 ☐
- Economico o popolare ..... 4 ☐
- Rurale ..... 5 ☐
- Abitazione impropria ..... 6 ☐

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI SULLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA**

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322 e successive modifiche ed integrazioni "Norme sul Sistema statistico nazionale e sull'organizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" - artt. 6 bis (trattamenti di dati personali), 7 (obbligo di fornire dati statistici), 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), 11 (sanzioni amministrative in caso di mancata risposta), 13 (Programma statistico nazionale);
- Legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modifiche ed integrazioni - Tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali - artt. 1 (finalità e definizioni), 8 (responsabile), 10 (informazioni rese al momento della raccolta), 13 (diritti dell'interessato);
- Decreto Legislativo del 30 luglio 1999, n. 281 Disposizioni in materia di trattamento dei dati personali per finalità storiche, statistiche e di ricerca scientifica;
- Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 31 luglio 2002 "Codice di deontologia e buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale" (Gazzetta Ufficiale n. 230 del 1 ottobre 2002);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 dicembre 2001 - Programma statistico nazionale per il triennio 2002-2004 (supplemento ordinario n. 1 alla Gazzetta Ufficiale n. 1 del 2 gennaio 2002);
- Decreto del Presidente della Repubblica del 4 marzo 2002 - Elenco delle rilevazioni per le quali sussiste l'obbligo di risposta per i soggetti privati (Gazzetta Ufficiale n. 88 del 15 aprile 2002).

# INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

ASPETTI DELLA VITA  
QUOTIDIANA  
ANNO 2003

Questionario per autocompilazione  
(componente n. |\_\_|\_\_|)



**Sesso** Maschio ..... 1 ☐

Femmina ..... 2 ☐

**SALUTE, PESO E STATURA** (PER TUTTI)

**Come va in generale la salute?**

Molto bene ..... 1 ☐

Bene ..... 2 ☐

Discretamente ..... 3 ☐

Male ..... 4 ☐

Molto male ..... 5 ☐

(Per le persone di 18 anni e più)

**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 | | |

**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 ☐

**FARMACI**

(PER TUTTI)

**Negli ultimi due giorni ha fatto uso di farmaci?**

Sì ..... 1 ☐

NO ..... 2 ☐

Non ricordo ..... 3 ☐

**ATTENZIONE!**

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

**STILI ALIMENTARI**

(PER LE PERSONE  
DI 3 ANNI E PIÙ)

**Qual'è il suo pasto principale?**

Prima colazione ..... 1 ☐

Pranzo ..... 2 ☐

Cena ..... 3 ☐

**Ha l'abitudine di fare la prima colazione?**

(Se la fa più di una volta consideri solo la prima)

NO ..... 1 ☐

Sì, bevo solo bevande come tè o caffè  
(escluso latte) senza mangiare niente ..... 2 ☐

Sì, bevo tè o caffè (escluso latte)  
e mangio qualcosa ..... 3 ☐

Sì, bevo latte, o caffè e latte, o cappuccino  
senza mangiare niente ..... 4 ☐

Sì, bevo latte, o caffè e latte, o cappuccino  
e mangio qualcosa ..... 5 ☐

Sì, mangio solo qualcosa (biscotti, fette  
biscottate, pane, brioches) senza bere nulla ..... 6 ☐

Sì, faccio un altro tipo di colazione  
(yogurt, cereali, succhi di frutta ecc.) ..... 7 ☐

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

(una sola risposta)

In casa ..... 1 ☐

In una mensa aziendale o  
scolastica o dell'asilo ..... 2-3 ☐

In un ristorante, trattoria,  
tavola calda ..... 4 ☐

In un bar ..... 5 ☐

Sul posto di lavoro ..... 6 ☐

A casa di genitori, parenti, amici ..... 7 ☐

In altro luogo ..... 8 ☐

Non consumo pranzo ..... 9 ☐

**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 alla 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, gli altri vanno a domanda 3.7)**

**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).....	<input type="text"/>
Frutta (1 porzione = 1 mela oppure 1 arancia, oppure 2 mandarini, ecc.).....	<input type="text"/>

**(Per tutte le persone di 3 anni e più)**

**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 alla 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"/>

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

Olio d'oliva.....	1 <input type="checkbox"/>
Altri grassi e olii vegetali (olio di semi, margarina, ecc.).....	2 <input type="checkbox"/>
Burro o strutto.....	3 <input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>
Altri grassi e olii vegetali (olio di semi, margarina, ecc.).....	2 <input type="checkbox"/>
Burro o strutto.....	3 <input type="checkbox"/>

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

NO, non presto attenzione .....	1 <input type="checkbox"/>
Sì, ne ho ridotto l'uso nel tempo.....	2 <input type="checkbox"/>
Sì, ho da sempre fatto attenzione.....	3 <input type="checkbox"/>

**Fa uso di sale arricchito con iodio?**

NO.....	1 <input type="checkbox"/>
Sì.....	2 <input type="checkbox"/>

**BEVANDE****(PER LE PERSONE  
DI 14 ANNI E PIÙ)****In quale quantità consuma abitualmente le bevande seguenti?****(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 ½ litro)	Più rara- mente	Solo stagio- nalmente	Non ne con- sumo
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"/>

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

Tutti i giorni .....	1 <input type="checkbox"/>
Qualche volta alla settimana .....	2 <input type="checkbox"/>
Più raramente .....	3 <input type="checkbox"/>
Mai .....	4 <input type="checkbox"/>

**In quale quantità consuma abitualmente le bevande seguenti?****(una risposta per ogni riga)**

	Più di 2 bic- chieri al giorno	1-2 bic- chieri al giorno	Qualche bicchierino alla setti- mana	Più rara- mente	Ecce- zional- mente	Non ne con- sumo
Aperitivi analcolici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Aperitivi alcolici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Amari .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Superalcolici (o liquori) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**Lei beve almeno un litro e mezzo di acqua al giorno?**

NO .....	1 <input type="checkbox"/>
Sì .....	2 <input type="checkbox"/>

**CONSUMO DI TABACCO****(PER LE PERSONE  
DI 14 ANNI E PIÙ)****Lei attualmente fuma?**

Sì.....	1 <input type="checkbox"/>
NO, ma ho fumato in passato .....	2 <input type="checkbox"/>
NO, non ho mai fumato.....	3 <input type="checkbox"/>

**passare a sez. successiva****passare a sez. successiva****(Se fuma)****Che cosa fuma prevalentemente?****(una sola risposta)**

Sigari .....	1 <input type="checkbox"/>
Pipa .....	2 <input type="checkbox"/>
Sigarette.....	3 <input type="checkbox"/>

**(Se fuma prevalentemente sigarette)****Quante sigarette fuma in media al giorno?**N. **RADIO****(PER LE PERSONE  
DI 3 ANNI E PIÙ)****Ha l'abitudine di ascoltare la radio?**

NO.....	1 <input type="checkbox"/>
Sì, tutti i giorni.....	2 <input type="checkbox"/>
Sì, qualche giorno.....	3 <input type="checkbox"/>

**passare a sez. successiva****(Se Sì)****Nei giorni in cui ascolta la radio, generalmente per quanto tempo al giorno l'ascolta?**ore  e minuti non so 9999 ☐**TV****(PER LE PERSONE  
DI 3 ANNI E PIÙ)****Ha l'abitudine di guardare la TV?**

NO.....	1 <input type="checkbox"/>
Sì, tutti i giorni.....	2 <input type="checkbox"/>
Sì, qualche giorno.....	3 <input type="checkbox"/>

**passare a sez. successiva**

(Se Sì)

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

ore   e minuti

non so ☐ 9999 ☐

## PERSONAL COMPUTER

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

Lei usa un personal computer ?

Tutti i giorni..... 1 ☐  
Qualche volta a settimana..... 2 ☐  
Una volta a settimana..... 3 ☐  
Qualche volta al mese  
(meno di quattro volte)..... 4 ☐  
Qualche volta all'anno..... 5 ☐  
Mai..... 6 ☐  
↓

passare a sez. successiva

(Se usa il personal computer)

L'ha usato negli ultimi 3 mesi?

NO..... 1 ☐ passare a sez. successiva  
Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

Con che frequenza ha usato il personal computer in casa, sul posto di lavoro, sul luogo di studio, altrove?

(una risposta ogni per riga)

Tutti i giorni	Qualche volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Più raramente	Mai
----------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------	-----

A casa ..... 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 ☐  
Altrove ..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

### ATTENZIONE!

Qui finisce il questionario per bambini da 3 a 5 anni. Continuare per gli altri !

## INTERNET

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

Lei usa un Internet ?

Tutti i giorni..... 1 ☐  
Qualche volta a settimana..... 2 ☐  
Una volta a settimana..... 3 ☐  
Qualche volta al mese  
(meno di quattro volte)..... 4 ☐  
Qualche volta all'anno..... 5 ☐  
Mai..... 6 ☐  
↓

passare a sez. successiva

(Se usa Internet)

L'ha usato negli ultimi 3 mesi?

NO..... 1 ☐ passare a sez. successiva  
Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

Con che frequenza ha usato Internet in casa, sul posto di lavoro, sul luogo di studio, altrove?

(una risposta ogni per riga)

Tutti i giorni	Qualche volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Più raramente	Mai
----------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------	-----

A casa ..... 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 ☐  
Altrove ..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

## CINEMA, TEATRO, SPETTACOLI VARI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

Consideri gli ultimi 12 mesi, quante volte, pressappoco, è andato a:

	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"/>

**LETTURE****(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)**

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 ☐

Ha letto libri negli ultimi **12** mesi?**(considerare solo i libri letti per motivi non strettamente scolastici o professionali)**

- NO..... 1 ☐ **passare a sez. successiva**
- Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**Quanti libri ha letto negli ultimi **12** mesi?**(indicare solo i libri letti per motivi non strettamente scolastici o professionali)**N. **PARTECIPAZIONE RELIGIOSA****(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)**

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

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

**ATTENZIONE!****Qui finisce il questionario per bambini da 6 a 13 anni. Continuare per gli altri !****SODDISFAZIONE PER L'ANNO TRASCORSO****(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)**

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"/>

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

- Molto ..... 1 ☐
- Abbastanza ..... 2 ☐
- Poco ..... 3 ☐
- Per niente ..... 4 ☐

**(Per gli occupati e le casalinghe, gli altri vanno a sez. successiva)**Pensi agli ultimi **12** mesi. Lei si ritiene soddisfatto del suo lavoro?

- Molto ..... 1 ☐
- Abbastanza ..... 2 ☐
- Poco ..... 3 ☐
- Per niente ..... 4 ☐

**PARTECIPAZIONE SOCIALE****(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)**

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 ☐

Ha partecipato negli ultimi **12** mesi a riunioni di:**(una risposta per ogni riga)**

- |                        | NO                         | SI                         |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Partiti politici ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Organizzazioni sindacali  
(sindacati confederali, autonomi,  
sindacati di tutte le categorie,  
anche dei pensionati, ecc.) ..... 3 ☐ 4 ☐

Associazioni o gruppi di  
volontariato ..... 5 ☐ 6 ☐

Associazioni ecologiche, per  
i diritti civili, per la pace ..... 1 ☐ 2 ☐

Associazioni culturali,  
ricreative o di altro tipo ..... 3 ☐ 4 ☐

Associazioni professionali,  
o di categoria ..... 5 ☐ 6 ☐

**Negli ultimi 12 mesi:**

**(una risposta per ogni riga)**

	NO	SI
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"/>

**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 ☐



**passare all'ultima domanda  
della sezione**

**(Se si informa di politica, gli altri passano alla domanda successiva)**

**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 ☐

Colleghi di lavoro ..... 09 ☐

Incontri o riunioni presso  
organizzazioni politiche ..... 10 ☐

Incontri o riunioni presso  
organizzazioni sindacali..... 11 ☐

Altro ..... 12 ☐

**(Se non si informa mai di politica)**

**Quali sono i motivi prevalenti per cui non si informa mai di politica?**

Non mi interessa ..... 1 ☐

Non ho tempo ..... 2 ☐

È un argomento  
troppo complicato ..... 3 ☐

Sono sfiduciato dalla  
politica italiana ..... 4 ☐

Altro.....5 ☐

**UFFICI ANAGRAFICI,  
(COMUNALI,  
CIRCOSCRIZIONALI**

**(PER LE PERSONE  
DI 14 ANNI E PIÙ)**

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

NO..... 1 ☐

SÌ ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

**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 le persone di 14 anni e più)**

**Come trova l'orario?**

- Molto comodo ..... 1 ☐  
Abbastanza comodo ..... 2 ☐  
Poco comodo ..... 3 ☐  
Per niente comodo ..... 4 ☐  
Non so ..... 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'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 orario ..... 5 ☐  
Mi è indifferente ..... 6 ☐  
Non so ..... 7 ☐

**CERTIFICAZIONE E  
SEMPLIFICAZIONE**

**(PER LE PERSONE  
DI 18 ANNI E PIÙ)**

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

- NO ..... 1 ☐  
Sì ..... 2 ☐

**Negli ultimi 12 mesi ha richiesto uno dei seguenti certificati o documenti?**

**(possibili più risposte per riga)**

- |  | NO                         | SÌ  |   |
|--|----------------------------|---|---|
|  |                            | rivolgendomi<br>direttamente<br>all'Ufficio<br>competente | rivolgendomi<br>ad agenzia<br>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<br>l'iscrizione a scuola o<br>all'università ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/>                                | 3 <input type="checkbox"/>              |
| Documenti o certificati<br>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"/>              |

**ASL: AZIENDE SANITARIE  
LOCALI (EX USL)**

**(PER LE PERSONE  
DI 14 ANNI E PIÙ)**

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

- NO ..... 1 ☐  
Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

**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 le persone di 14 anni e più)**

**Come trova l'orario?**

- Molto comodo ..... 1 ☐  
Abbastanza comodo ..... 2 ☐  
Poco comodo ..... 3 ☐  
Per niente comodo ..... 4 ☐  
Non so ..... 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'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 orario ..... 5 ☐  
Mi è indifferente ..... 6 ☐  
Non so ..... 7 ☐

**SERVIZI POSTALI**

**(PER LE PERSONE  
DI 14 ANNI E PIÙ)**

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

- NO ..... 1 ☐  
Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

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 all'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"/>

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

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"/>

**(Per le persone di 14 anni e più)**

Come trova l'orario?

Molto comodo .....	1 <input type="checkbox"/>
Abbastanza comodo .....	2 <input type="checkbox"/>
Poco comodo .....	3 <input type="checkbox"/>
Per niente comodo .....	4 <input type="checkbox"/>
Non so .....	5 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>
Orario continuato fino alle 16/17 almeno in alcuni giorni .....	2 <input type="checkbox"/>
Due aperture (mattina e pomeriggio) dal lunedì al venerdì .....	3 <input type="checkbox"/>
Possibilità di una lunga apertura (es. 8/20) in alcuni periodi fissi (es. 1 volta alla settimana) .....	4 <input type="checkbox"/>
Altro orario .....	5 <input type="checkbox"/>
Mi è indifferente .....	6 <input type="checkbox"/>
Non so .....	7 <input type="checkbox"/>

## BANCA

**(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)**

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 ☐

Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

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 le persone di 14 anni e più)**

Lei possiede il Bancomat?

NO..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

Lei possiede la Carta di Credito?

NO..... 1 ☐ → **passare alla sezione successiva**

Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

Quante Carte di Credito possiede?

N. |\_\_|

## TRASPORTI

**(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)**

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

**(una sola risposta)**

Tutti i giorni ..... 1 ☐

Qualche volta alla settimana ..... 2 ☐

Qualche volta al mese..... 3 ☐

Qualche volta l'anno..... 4 ☐

Mai..... 5 ☐

Non esiste il servizio ..... 6 ☐



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

**Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio di 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 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"/>

**(Per le persone di 14 anni e più)**

**Lei utilizza pullman, corriere che collegano Comuni diversi?**

Tutti i giorni ..... 1 ☐

Qualche volta alla settimana ..... 2 ☐

Qualche volta al mese ..... 3 ☐

Qualche volta l'anno ..... 4 ☐

Mai ..... 5 ☐

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

**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"/>

**(Per le persone di 14 anni e più)**

**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 ☐

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

**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"/>

**(Per le persone di 18 anni e più, le persone da 14 a 17 anni vanno alla sezione successiva)**

**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 ☐

**VITA QUOTIDIANA**

**(PER LE PERSONE  
DI 14 ANNI E PIÙ)**

**Tra i problemi del Paese quali, secondo Lei, sono i  
primi tre prioritari?**

**(massimo 3 risposte)**

- Disoccupazione ..... 1 ☐
- Criminalità ..... 2 ☐
- Evasione fiscale..... 3 ☐
- Problemi ambientali ..... 4 ☐
- Debito pubblico ..... 5 ☐
- Inefficienza sistema sanitario ..... 6 ☐
- Inefficienza sistema scolastico ..... 7 ☐
- Inefficienza sistema giudiziario ..... 8 ☐
- Immigrazione extra-comunitaria ..... 9 ☐
- Povertà ..... 10 ☐
- Altro ..... 11 ☐

**Nel suo Comune quanto ritiene siano gravi i seguenti  
problemi?**

**(una risposta per ogni riga)**

- |  | Molto                      | Abba-<br>stanza            | Poco                       | Per<br>niente              | Non<br>so                  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| La possibilità<br>di trovare una casa<br>o cambiarla ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| La possibilità<br>di trovare lavoro.....                   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Il numero di<br>extracomunitari<br>presenti                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

**Quanto è importante per la sua vita?**

**(una risposta per ogni riga)**

- |   | Molto                      | Abba-<br>stanza            | Poco                       | Per<br>niente              |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| La situazione economica .   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| La salute .....   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Le relazioni familiari .....  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Le relazioni con amici .....  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Il tempo libero .....   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Il lavoro .....   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| La situazione ambientale<br>(aria, acqua, rumore, ecc.) della zona in cui<br>prevalentemente vive ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Sentirsi sicura nei<br>confronti della criminalità .  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

**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?**

No ..... 1 ☐                      Sì ..... 2 ☐

**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 ..... 5 ☐

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

**(Se cod. 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 ☐