



MOD. ISTAT/IMF-7/A.99

# INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**ASPETTI DELLA VITA  
QUOTIDIANA  
ANNO 1999**

5	Numero dei componenti la famiglia attuale <div> _ _ </div>
---	---

## 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 - 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'impresa .....	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. 10 - 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. 11 - 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. 17 - Anno matrimonio attuale

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

### Col. 18 - 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)** ..... | | | |

**Cittadinanza:**

Italiana ..... 1 ☐  
Altra ..... 2 ☐  
Apolide ..... 3 ☐

## FORMAZIONE (PER TUTTI)

(Per tutte le persone di 6 anni e più)

**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 sezione 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 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 sezione 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 ..... | | | |

**LAVORO****(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)

N. ore |\_|\_| minuti |\_|\_| a settimana

b) Attività lavorativa

N. ore |\_|\_| settimana minuti |\_|\_| a

Il suo lavoro domestico ed extradomestico è pre-  
valentemente 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  
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"/>
Iperensione 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"/>

**MEDICO DI BASE****(PER TUTTI)**

Quando ha un problema di salute si rivolge al medico  
di base (il medico del servizio sanitario nazionale)

Sempre.....	1 <input type="checkbox"/>
Spesso .....	2 <input type="checkbox"/>
Qualche volta .....	3 <input type="checkbox"/>
Mai .....	4 <input type="checkbox"/>

Quando ha avuto bisogno di ricorrere a specialisti, a ricoveri, a fisioterapie, ha chiesto consiglio al suo medico di base?

Sempre..... 1 ☐  
 Spesso ..... 2 ☐  
 Qualche volta ..... 3 ☐  
 Mai ..... 4 ☐

**PRONTO SOCCORSO  
 DAY HOSPITAL,  
 ASSISTENZA DOMICILIARE,  
 CONSULTORIO FAMILIARE**

**(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"/>	→  __
Day hospital .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→  __
Guardia medica .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→  __
Assistenza domiciliare .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→  __
Consultorio familiare .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→  __
Centri di assistenza psichiatrica			
(Centri Igiene Mentale) .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→  __
Servizio assistenza ai tossicodipendenti.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <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?

**(Non considerare i ricoveri per parto o nascita quando non si sono verificate complicazioni)**

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

**(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	Non so
Un'assicurazione sulla salute o sugli infortuni .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Un'assicurazione sulla vita o per pensione integrativa.....	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <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 ☐ SI ..... 2 ☐ Π Quante volte? |\_\_|  
 Σ passare a sezione successiva

**(Se Sì, facendo riferimento all'unico o più recente dei casi indicati al quesito precedente)**

Qual'è stato l'oggetto che ha causato l'incidente?

**(Se si è trattato di più oggetti indicare i due più importanti nella dinamica dell'incidente)**

..... |\_\_|  
 (specificare e codificare)

..... |\_\_|

(specificare e codificare)



**Quali conseguenze ha provocato l'incidente?****( possibili più risposte per riga )**

	No	Si
Ferita .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ustione .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Frattura .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altra conseguenza .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Quali parti del corpo ha interessato l'incidente?****( possibili più risposte per riga )**

	No	Si
Testa .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Torace .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Addome .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Arti superiori (braccia, mani) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Arti inferiori (gambe, piedi) .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Occhi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Altra parte del corpo .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

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

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

**Quale attività stava svolgendo al momento dell'incidente?**

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

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

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

**Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una limitazione delle abituali attività (domestiche, scolastiche, di lavoro, di tempo libero, ecc.)?**NO ..... 00 ☐SI, ..... ☐**Le conseguenze dell'incidente hanno comportato una permanenza a letto?**NO ..... 00 ☐SI, ..... ☐**( Per gli occupati )****Le conseguenze dell'incidente hanno comportato assenza dal lavoro?**NO ..... 00 ☐SI, ..... ☐

**VIAGGI DI VACANZE  
E DI LAVORO 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 Sì)**Quante **notte** ha trascorso in vacanza in Italia e quante all'estero?

N. notti in Italia ..... [ ][ ][ ][ ]

N. notti all'Estero (CEE)..... [ ][ ][ ][ ]

N. notti all'Estero (al di fuori della CEE). ..... [ ][ ][ ][ ]

Quindi complessivamente quante **notte** ha trascorso in vacanza?

Notti di vacanza in totale 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 (specificare) ..... 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 ☐Sì. .... 2 ☐**(Se NO)**

Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO ..... 1 ☐Sì ..... 2 ☐**(Se risponde NO ad entrambe le domande precedenti, 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 ☐Sì, una volta o più volte alla settimana ..... 2 ☐Sì, una volta o più volte al mese ..... 3 ☐Sì, più raramente ..... 4 ☐**(Se risponde SÌ ad almeno una delle precedenti domande, 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 ☐

**RAPPORTI CON I GENITORI****(PER LE PERSONE DA ZERO A 64 ANNI)****Dove abitano suo padre e sua madre?**

	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>
Insieme a lei .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
In un altro appartamento dello stesso caseggiato .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**Nello stesso Comune**

entro 1 km .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
nel resto del Comune .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**In altro Comune in Italia distante:**

meno di 16 km .....	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
da 16 a 50 km .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
più di 50 Km .....	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
All'estero .....	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
È deceduto/a .....	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**(Se i genitori non sono deceduti e non vivono insieme a lei rispondere a questa e alla domanda successiva)**

**Con che frequenza vi vedete?**

	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>
Tutti i giorni .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Più di una volta alla settimana .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese (meno di 4) ...	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Qualche volta durante l'anno .....	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mai .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**Con che frequenza vi sentite per telefono?**

	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>
Tutti i giorni .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Più di una volta alla settimana .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese (meno di 4) ...	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Qualche volta durante l'anno .....	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mai .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**RAPPORTI CON I FIGLI****(PER LE PERSONE DI 45 ANNI E PIÙ)****Lei ha figli?**NO ..... 00 ☐ → **passare a sezione successiva**

Sì, quanti? ..... N. | | |

**(Se ha figli)****Potrebbe dire se sono maschi o femmine e dove abitano?****(indicarlo per ciascun figlio. Se ha più di 3 figli riferirsi ai 3 che abitano più vicino)**

	<b>1° figlio</b>	<b>2° figlio</b>	<b>3° figlio</b>
<b>Sesso</b>			
Maschio .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Femmina .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>Dove abitano</b>			
Insieme a lei .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
In un altro appartamento dello stesso caseggiato .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>Nello stesso Comune</b>			
entro 1 km .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
nel resto del Comune .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>In altro Comune in Italia distante :</b>			
meno di 6 km .....	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
da 16 a 50 km .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
più di 50 km .....	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
All'estero .....	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

**(Per i figli che non vivono con lei)****Con che frequenza vi vedete?**

	<b>1° figlio</b>	<b>2° figlio</b>	<b>3° figlio</b>
Tutti i giorni .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Più di una volta alla settimana .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese (meno di 4) .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Qualche volta durante l'anno ..	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mai .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**Con che frequenza vi sentite per telefono?**

	<b>1° figlio</b>	<b>2° figlio</b>	<b>3° figlio</b>
Tutti i giorni .....	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Più di una volta alla settimana .....	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana .....	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese (meno di 4) .....	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Qualche volta durante l'anno ..	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Mai .....	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

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

Negli ultimi 12 mesi qualcuno l'ha derubata strappandole di dosso con forza la borsa, la collana o qualche altra cosa senza minacciarla né con armi né con parole?

NO ..... 0 ☐ → **passare alla 5° domanda**

Sì, quante volte ..... N. |\_\_|

**(Se Sì)****Consideri l'ultima volta, dove le è successo?**

Nel Comune in cui risiede ..... 1 ☐

In altra località in Italia ..... 2 ☐

All'Estero ..... 3 ☐

**La Polizia, i Carabinieri o altre autorità competenti sono state informate dell'accaduto?**

NO ..... 1 ☐ → **passare alla 5° domanda**

Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

**La persona che si è recata alla Polizia, o Carabinieri o altra autorità competente ha firmato il verbale di denuncia?**

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

Non ricordo, non so ..... 3 ☐

**(Per le persone di 14 anni e più)**

Negli ultimi 12 mesi qualcuno le ha rubato il portafoglio o qualche altro oggetto senza che lei al momento se ne accorgesse, avvicinandosi a lei in un luogo affollato urtandola o abbracciandola?

NO ..... 0 ☐ → **sezione successiva**

Sì, quante volte? ..... N. |\_\_|

**(Se Sì)****Consideri l'ultima volta, dove le è successo?**

Nel Comune in cui risiede ..... 1 ☐

In altra località in Italia ..... 2 ☐

All'Estero ..... 3 ☐

**La Polizia, i Carabinieri o altre autorità competente sono state informate dell'accaduto?**

NO ..... 1 ☐ → **sezione successiva**

Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

**La persona che si è recata alla Polizia, o Carabinieri o altra autorità competente ha firmato il verbale di denuncia?**

NO ..... 1 ☐

Sì ..... 2 ☐

Non ricordo, non so ..... 3 ☐

**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 del 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"/>

**Che giudizio dà della sicurezza relativamente ai servizi di elettricità ?**

	Molto sicuro	Abbastanza sicuro	Poco sicuro	Per niente sicuro
Servizio elettrico fornito da Enel o dall'azienda elettrica locale...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Impianto elettrico di proprietà interno all'abitazione e apparecchi di utilizzo (impianti di terra, prese, elettrodomestici, 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 ☐

Da codice 2  
a 4 passare  
sezione  
successiva

**(Se l'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione altrimenti andare alla sezione successiva)**

**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 del seguenti aspetti riguardanti il servizio gas?**

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Assenza di sbalzi tensione .....	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 servi- zio (informazioni su tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**Che giudizio dà della sicurezza relativamente ai servizi del gas?**

	Molto sicuro	Abbastanza sicuro	Poco sicuro	Per niente sicuro
Servizio gas fornito dall'azienda di distribuzione ....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Impianto gas di

proprietà interno

all'abitazione e

apparecchi di

utilizzo (cucina,

forno, scaldabagno,

caldaia, ecc) .....

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

### 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
Sporcizia nelle strade .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di parcheggio .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Traffico .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Inquinamento dell'aria .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rumore .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rischio di criminalità .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Odori sgradevoli .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

L'abitazione dispone di telefono?

NO..... 1 ☐  
Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

Quanti NUMERI DI TELEFONO ha la famiglia,  
nell'abitazione in cui vive o in altra abitazione,  
intestati a persone della famiglia e non a società  
(esclusi cellulari)?

Un numero di telefono..... 1 ☐  
Due numeri di telefono..... 2 ☐  
Tre o più numeri di telefono..... 3 ☐

(se ha almeno un numero di telefono)

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

NO..... 1 ☐  
Sì..... 2 ☐  
Sì uno, no un altro..... 3 ☐

(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 (specificare) ..... 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 ☐

**(Se è di proprietà o a titolo gratuito)**

Chi è il proprietario dell'abitazione?

**(possibili più risposte)**

- La persona di riferimento del questionario (PR) ..... 1 ☐
- Il coniuge o convivente della PR ... 2 ☐
- I genitori della PR ..... 3 ☐
- I genitori del coniuge o del convivente della PR ..... 4 ☐
- L'ex coniuge della PR ..... 5 ☐
- Uno o più figli della PR ..... 6 ☐
- Altri (persona, parente, ente, società) ..... 7 ☐

**(Per tutti)**

Negli ultimi 12 mesi uno o più componenti della famiglia ha acquistato una abitazione?

- NO ..... 1 ☐
- Sì ..... 2 ☐

**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)

L'ultimo (o unico) cambiamento avvenuto ha riguardato solo una parte o tutti i componenti della famiglia attuale?

Solo una parte dei componenti..... 1 ☐

Tutti i componenti che abitavano nella stessa casa ..... 2 ☐

Tutti i componenti che abitavano in case diverse ..... 3 ☐

L'unico componente della famiglia ..... 4 ☐

L'ultimo (o unico) cambiamento di abitazione è avvenuto:

( leggere le risposte )

Dall'Estero in Italia..... 1 ☐

In Italia nello stesso Comune..... 2 ☐

In Italia tra Comuni diversi nella stessa Regione ..... 3 ☐

In Italia tra Comuni diversi in altra Regione ..... 4 ☐

Altro ..... 5 ☐

Quali sono i motivi prevalenti del cambiamento di abitazione:

( possibili più risposte )

Lavoro ..... 01 ☐

Matrimonio o libera unione ..... 02 ☐

Separazione (di fatto o legale), divorzio ..... 03 ☐

Adeguamento dello spazio in presenza di:

aumento numero componenti ..... 04 ☐

diminuzione numero componenti..... 05 ☐

stesso numero componenti ..... 06 ☐

Acquisizione della proprietà

o disponibilità dell'abitazione ..... 07 ☐

Obbligo di lasciare l'abitazione

per sfratto, inagibilità o simili ..... 08 ☐

Avvicinamento a parenti ..... 09 ☐

Per venire a vivere per conto proprio

(da solo o con amici) ..... 10 ☐

Per venire a vivere con altri parenti

(coniuge, figlio, genitore) ..... 11 ☐

Per venire a vivere in una zona più bella,

più tranquilla, con più verde ..... 12 ☐

Per venire a vivere in una abitazione più

bella con terrazzo o giardino ecc. .... 13 ☐

Per studio ..... 14 ☐

Per ragioni economiche ..... 15 ☐

Altro (specificare) ..... 16 ☐



segue

## QUESTIONARIO FAMILIARE

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"/>
Servizio del telefono.	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 ☐ **passare a sezione successiva**

Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

Quali sono i motivi prevalenti dell'intenzione di cambiare abitazione?

**(possibili più risposte)**

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| Lavoro .....   | 01 <input type="checkbox"/> |
| Matrimonio o libera unione .....   | 02 <input type="checkbox"/> |
| Separazione (di fatto o legale), divorzio .....  | 03 <input type="checkbox"/> |
| Adeguamento dello spazio in presenza di:   |                             |
| aumento numero componenti .....  | 04 <input type="checkbox"/> |
| diminuzione numero componenti.....   | 05 <input type="checkbox"/> |
| stesso numero componenti .....   | 06 <input type="checkbox"/> |
| Acquisizione della proprietà o disponibilità dell'abitazione .....                       | 07 <input type="checkbox"/> |
| Obbligo di lasciare l'abitazione per sfratto, inagibilità o simili .....                 | 08 <input type="checkbox"/> |
| Avvicinamento a parenti .....  | 09 <input type="checkbox"/> |
| Per andare a vivere per conto proprio (da solo o con amici) .....                        | 10 <input type="checkbox"/> |
| Per andare a vivere con altre persone (coniuge, figlio, genitore) .....                  | 11 <input type="checkbox"/> |
| Per andare a vivere in una <u>zona</u> più bella, più tranquilla, con più verde .....    | 12 <input type="checkbox"/> |
| Per andare a vivere in una <u>abitazione</u> più bella con terrazzo o giardino ecc. .... | 13 <input type="checkbox"/> |
| Per studio .....   | 14 <input type="checkbox"/> |
| Per ragioni economiche .....   | 15 <input type="checkbox"/> |
| Altro (specificare) .....  | 16 <input type="checkbox"/> |

Se aveva intenzione di cambiare abitazione perché poi non l'ha fatto?

**(possibili più risposte)**

- Per motivi di salute ..... 1 ☐
- Per motivi economici ..... 2 ☐
- Per motivi familiari ..... 3 ☐
- Per insoddisfazione delle alternative disponibili..... 4 ☐
- Altro (specificare) ..... 5 ☐

### FURTI NELLE ABITAZIONI

Negli ultimi **12** mesi qualcuno è entrato abusivamente o con l'inganno nella abitazione in cui vive o in una casa che ha a disposizione (al mare, in montagna, ecc.) e ha rubato qualcosa?

Quante volte?

- |   | NO                         | SI                         | N.    |
|---|----------------------------|----------------------------|-------|
| Nell'abitazione in cui vive .....                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | →  __ |
| In una abitazione secondaria (al mare, in montagna, ecc.) ..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | →  __ |

**(Se SI ad almeno una delle precedenti modalità altrimenti andare alla sezione successiva)**

Facendo riferimento all'ultima volta potrebbe indicare se la Polizia, i Carabinieri o altre autorità competenti sono state informate dell'accaduto?

- 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	<input type="text"/> ore a settimana
	00 <input type="checkbox"/> saltuariamente
Baby-sitter	<input type="text"/> ore a settimana
	00 <input type="checkbox"/>
saltuariamente	
Persona che assiste un anziano o un disabile	<input type="text"/> ore a settimana
	00 <input type="checkbox"/> saltuariamente

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)?

	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 <input type="checkbox"/>
Se ne occupano uno o più componenti della famiglia .....	2 <input type="checkbox"/>
Se ne occupano organizzazioni o persone <u>non a pagamento</u> .....	3 <input type="checkbox"/>
Se ne occupa un commercialista, una organizzazione o altra persona <u>a pagamento</u> .....	4 <input type="checkbox"/>

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"/>	→ <input type="text"/>
Videocamera .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Impianto stereo HI-FI per ascoltare musica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Computer (videogiochi, altre apparecchiature computerizzate, escluso personal computer) .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Personal computer .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Modem .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Abbonamento a internet .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Segreteria telefonica .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Fax .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Televisore a colori .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Telefono cellulare .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Forno a microonde .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Bicicletta .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Motorino, scooter .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Motocicletta, moto .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Automobile .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

## SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

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

Molto migliorata .....	1 <input type="checkbox"/>
Un po' migliorata .....	2 <input type="checkbox"/>
Rimasta più o meno la stessa .....	3 <input type="checkbox"/>
Un po' peggiorata.....	4 <input type="checkbox"/>
Molto peggiorata .....	5 <input type="checkbox"/>

segue

## QUESTIONARIO FAMILIARE

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 ☐

La sua famiglia negli ultimi 12 mesi è riuscita a risparmiare?

- NO ..... 1 ☐
- Sì ..... 2 ☐
- Non so ..... 3 ☐

Pensa che la sua famiglia nei prossimi 12 mesi risparmierà di più, come quest'anno o di meno?

- Risparmierà di più ..... 1 ☐
- Risparmierà come quest'anno ..... 2 ☐
- Risparmierà di meno ..... 3 ☐
- Non so ..... 4 ☐

### CHI HA RISPOSTO ALLE DOMANDE?

Per le famiglie con più di un componente

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

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

Nell'ultimo anno, ci sono stati momenti o periodi in cui la sua famiglia non aveva i soldi per:  
( possibili più risposte )

- Comprare il cibo necessario ..... 1 ☐
- Comprare vestiti di cui c'era bisogno ..... 2 ☐
- Pagare le spese per malattie ..... 3 ☐
- Pagare l'affitto dell'abitazione in cui vive la famiglia ..... 4 ☐

Facendo riferimento alla situazione economica della famiglia, lei la definirebbe:

- Molto ricca ..... 1 ☐
- Ricca ..... 2 ☐
- Né ricca né povera ..... 3 ☐
- Povera ..... 4 ☐

### RISERVATO AL RILEVATORE

#### 1.1 Tipo di abitazione

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

## INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO AI SENSI DELLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA

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

La ricerca è inserita nel Programma statistico nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese. L'Istat è tenuto per legge a svolgere queste attività di ricerca e può usare le informazioni esclusivamente a fini statistici. Esse non possono essere comunicate ad altre persone o istituzioni, sono elaborate e pubblicate sotto forma di tabelle in modo tale che non se ne possa fare alcun riferimento individuale. Inoltre, come prevede la legge, il cittadino potrà decidere se rispondere o no ad alcuni quesiti particolari: 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 del questionario ISTAT/IMF-7/A.99 (scheda individuale).

La invito, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 24.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e ad accogliere, con cortese disponibilità, l'incarico del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari.

Per ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero verde (167.637760) (ore 8,30-13,30). Il titolare della rilevazione è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma. Responsabile della rilevazione è il Direttore centrale delle Statistiche su popolazione e territorio.

### 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 – art. 10 (informazioni rese al momento della raccolta);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 18 febbraio 1999 – Programma statistico nazionale per il triennio 1999-2001 (suppl. Ord. G.U. n. 89 del 17 aprile 1999);
- Decreto del Presidente della Repubblica del 5 luglio 1999 – Elenco delle indagini per le quali sussiste l'obbligo di risposta (G.U. n. 194 del 19 agosto 1999)



# INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**ASPETTI DELLA VITA  
QUOTIDIANA  
ANNO 1999**

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

**Sesso** Maschio ..... 1 ☐

Femmina ..... 2 ☐

**FARMACI****(PER TUTTI)**Negli ultimi due giorni ha fatto uso di farmaci?Sì..... 1 ☐NO..... 2 ☐Non ricordo ..... 3 ☐**(Se Sì)**

Da chi le sono stati consigliati o prescritti?

**(sono possibili più risposte)**Me li ha prescritti o consigliati il  
medico di famiglia o lo specialista .... 1 ☐Me li ha consigliati un'altra  
persona (amico, familiare) ..... 2 ☐Li ho presi di mia iniziativa ..... 3 ☐Li ho presi su iniziativa dei genitori ..... 4 ☐Non so/non ricordo ..... 5 ☐

Ha dovuto acquistare i farmaci o li aveva già in casa?

**(possibili più risposte)**Li avevo già in casa o li ho avuti  
da qualcuno senza acquistarli ..... 1 ☐

Li ho presi in farmacia pagando:

l'intero prezzo ..... 2 ☐il ticket ..... 3 ☐

Li ho presi in farmacia:

senza pagare, per esenzione..... 4 ☐Non so/non ricordo ..... 5 ☐**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 ☐In un ristorante, trattoria,  
tavola calda ..... 3 ☐In un bar ..... 4 ☐Sul posto di lavoro ..... 5 ☐A casa di genitori, parenti, amici ..... 6 ☐In altro luogo ..... 7 ☐**(specificare)**Non consumo pranzo..... 8 ☐**ATTENZIONE!**Qui finisce il questionario per bambini da 0 a 2 anni.  
Continuare per gli altri!

**Dopo aver mangiato a pranzo, a metà giornata, ha l'abitudine di dormire, anche solo per poco tempo?**

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 ☐

**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 alla 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"/>
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"/>
Pesce .....	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 ☐  
 Altri grassi e olii vegetali (olio di semi, margarina, ecc.)..... 2 ☐  
 Burro o strutto..... 3 ☐

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

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

## 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 1/2 litro)	Più raramente	Solo stagionalmente	Non ne consumo
Acqua minerale .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Bevande gassate (esclusa l'acqua minerale).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Birra.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Vino.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

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

Tutti i giorni ..... 1 ☐  
 Qualche volta alla settimana ..... 2 ☐  
 Più raramente ..... 3 ☐  
 Mai ..... 4 ☐

**In quale quantità consuma abitualmente le bevande seguenti?**

**(una risposta per ogni riga)**

	Più di 2 bicchieri al giorno	1-2 bicchieri al giorno	Qualche bicchiere alla settimana	Più raramente	Eccezionalmente	Non ne consumo
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"/>

## CONSUMO DI TABACCO

**(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)**

**Lei attualmente fuma?**

Sì..... 1 ☐  
 NO, ma ho fumato in passato ..... 2 ☐  
 NO, non ho mai fumato..... 3 ☐

**(Se fuma)**

Che cosa fuma prevalentemente?

**(una sola risposta)**

Sigari ..... 1 ☐

Pipa ..... 2 ☐

Sigarette..... 3 ☐

**(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 ☐

Sì, tutti i giorni..... 2 ☐

Sì, qualche giorno..... 3 ☐

**(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 ☐

Sì, tutti i giorni..... 2 ☐

Sì, qualche giorno..... 3 ☐

**(Se Sì)**

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

ore   e minuti

non so 9999 ☐

### ATTENZIONE!

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

## CINEMA, TEATRO, SPETTACOLI VARI

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

Consideri l'ultimo **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 i giorni..... 5 ☐

Ha letto libri negli ultimi **12** mesi?

**(considerare solo i libri letti per motivi non strettamente scolastici o professionali)**

NO..... 1 ☐

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 !

## 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<br>(sindacati confederali, autonomi,<br>sindacati di tutte le categorie,<br>anche dei pensionati, ecc.) ..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni o gruppi di<br>volontariato .....   | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni ecologiche, per<br>i diritti civili, per la pace .....  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni culturali,<br>ricreative o di altro tipo .....  | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Associazioni professionali,<br>o di categoria .....  | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

**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<br>(per sottoscrizione,<br>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<br>gratuita per associazioni<br>o gruppi di volontariato ..... | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Ha svolto attività<br>gratuita per una associazione<br>non di volontariato.....   | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| Ha svolto attività<br>gratuita per un partito .....                               | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| Ha svolto attività<br>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 ☐
- Collegi di lavoro ..... 09 ☐
- Incontri o riunioni presso  
organizzazioni politiche ..... 10 ☐
- Incontri o riunioni presso  
organizzazioni sindacali ..... 11 ☐
- Altro (specificare) ..... 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 (specificare) ..... 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 ☐

**Normalmente, come viene a conoscenza degli orari praticati dagli uffici anagrafici del Comune o della Circoscrizione in cui risiede?**

**(una sola risposta)**

- Recandomi di persona presso gli uffici ..... 1 ☐
- Informandomi per telefono ..... 2 ☐
- Consultando il televideo o Internet ..... 3 ☐
- Attraverso conoscenti già esperti ..... 4 ☐
- In altro modo ..... 5 ☐

(specificare)

**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 ☐**(Se Sì)**Quante volte se ne è servito negli ultimi **12** mesi?N. volte    **(Se se ne è servito almeno una volta nell'anno)**

A quali Amministrazioni ha presentato l'autocertificazione?

**(possibili più risposte)**Scuola (iscrizione) ..... 01 ☐Università (iscrizioni, borse di studio,  
dottorato di ricerca) ..... 02 ☐Enti previdenziali (pensioni, INPS, ecc.) ..... 03 ☐ASL (iscrizione al servizio sanitario, invalidità, ecc.) 04 ☐Uffici postali ..... 05 ☐Ministero delle finanze ..... 06 ☐Comuni ..... 07 ☐Prefettura, Questura, Commissariati  
(passaporto, permesso di soggiorno, ecc.) ..... 08 ☐Per servizi quali acqua, gas, elettricità, telefono  
(ENEL, Telecom, ecc.) ..... 09 ☐Uffici di collocamento (per la disoccupazione) ..... 10 ☐Motorizzazione (patenti o pratiche automobilistiche) 11 ☐Aziende di trasporto (abbonamento FS e aziende  
di trasporto locale, agevolazioni varie) ..... 12 ☐Camere di Commercio (iscrizioni, ecc.) ..... 13 ☐Altra Amministrazione ..... 14 ☐

Negli ultimi **12** mesi le è capitato di presentare un'autocertificazione che non le è stata accettata dall'ufficio richiedente?

NO..... 1 ☐Sì ..... 2 ☐**(Se Sì)**

Quale Amministrazione non ha accettato l'autocertificazione?

**(possibili più risposte)**Scuola (iscrizione) ..... 01 ☐Università (iscrizioni, borse di studio,  
dottorato di ricerca) ..... 02 ☐Enti previdenziali (pensioni, INPS, ecc.) ..... 03 ☐ASL (iscrizione al servizio sanitario, invalidità, ecc.) 04 ☐Uffici postali ..... 05 ☐Ministero delle finanze ..... 06 ☐Comuni ..... 07 ☐Prefettura, Questura, Commissariati  
(passaporto, permesso di soggiorno, ecc.) ..... 08 ☐Per servizi quali acqua, gas, elettricità, telefono  
(ENEL, Telecom, ecc.) ..... 09 ☐Uffici di collocamento (per la disoccupazione) ..... 10 ☐Motorizzazione (patenti o pratiche automobilistiche) 11 ☐Aziende di trasporto (abbonamento FS e aziende  
di trasporto locale, agevolazioni varie) ..... 12 ☐Camere di Commercio (iscrizioni, ecc.) ..... 13 ☐Altra Amministrazione ..... 14 ☐**(Per le persone di 18 anni e più)**Negli ultimi **12** mesi ha richiesto uno dei seguenti certificati o documenti?**(possibili più risposte per riga)**

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

**(Se ha richiesto un certificato anagrafico)**

Quale Amministrazione pubblica o soggetto privato le ha richiesto il certificato anagrafico?

**(possibili più risposte)**

- Scuola (iscrizione) ..... 01 ☐
- Università (iscrizioni, borse di studio, dottorato di ricerca) ..... 02 ☐
- Enti previdenziali (pensioni, INPS, ecc.) ..... 03 ☐
- ASL (iscrizione al servizio sanitario, invalidità, ecc.) ..... 04 ☐
- Uffici postali ..... 05 ☐
- Ministero delle finanze ..... 06 ☐
- Comuni ..... 07 ☐
- Prefettura, Questura, Commissariati (passaporto, permesso di soggiorno, ecc.) ..... 08 ☐
- Per servizi quali acqua, gas, elettricità, telefono (ENEL, Telecom, ecc.) ..... 09 ☐
- Uffici di collocamento (per la disoccupazione) ..... 10 ☐
- Motorizzazione (patenti o pratiche automobilistiche) ..... 11 ☐
- Altra Amministrazione (specificare) ..... 12 ☐
- Banche e assicurazioni ..... 13 ☐
- Datore di lavoro ..... 14 ☐
- Studio legale, notarile ..... 15 ☐
- Altri soggetti privati ..... 16 ☐

**(Se ha richiesto certificazioni per il Comune)**

Per quale dei seguenti procedimenti ha fatto il certificato anagrafico per il Comune?

- Matrimonio ..... 1 ☐
- Iscrizioni ad asili nido e scuole materne comunali ..... 2 ☐
- Licenze, autorizzazioni commerciali, concessioni edilizie, ecc. .... 3 ☐
- Assistenza sociale, sussidi, contributi, ecc. .... 4 ☐
- Domande di assegnazione di case popolari ..... 5 ☐
- Tributi comunali (nettezza urbana, ICI, ecc.) ..... 6 ☐
- Gare e concorsi ..... 7 ☐
- Altro ..... 8 ☐

**(Per persone di 18 anni e più)**

Ha fatto domande di partecipazione a concorsi o a selezioni per l'assunzione in uffici pubblici negli ultimi 12 mesi?

- NO..... 1 ☐ → **passare alla sezione successiva**
- Sì ..... 2 ☐

**(Se Sì)**

È stata sufficiente la sua firma oppure Le è stata richiesta l'autentica delle domande da parte di un notaio o di un ufficio della Pubblica Amministrazione?

- È stata sufficiente la firma ..... 1 ☐
- È stata richiesta l'autentica di un notaio o di un ufficio della Pubblica Amministrazione ..... 2 ☐
- Non ricordo ..... 3 ☐

**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 ☐

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 **(mattina 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 ☐

## 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 tra zone del Comune .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità di orari .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Costo del biglietto .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**(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 ☐

**SCUOLA ITALIANA**

**(PER LE PERSONE DI 14 A 64 ANNI)**

**Al giorno d'oggi, quanto pensa sia importante avere un titolo di studio di scuola secondaria superiore per trovare un lavoro qualsiasi o un lavoro qualificato? Molto, abbastanza, poco o per nulla importante?**

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Lavoro qualsiasi .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lavoro qualificato.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Al giorno d'oggi, quanto pensa sia importante avere una laurea per trovare un lavoro qualificato? Molto, abbastanza, poco o per nulla importante?**

Molto ..... 1 ☐

Abbastanza ..... 2 ☐

Poco ..... 3 ☐

Per niente ..... 4 ☐

Non so ..... 5 ☐

**Quanto ritiene importante che, nella scuola dell'obbligo e nella scuola superiore, al di là dei programmi tradizionali, si dia spazio allo sviluppo di conoscenze e abilità quali:**

**(una risposta per ogni riga)**

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente
Informatica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Corsi aggiuntivi in lingue.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Corsi aggiuntivi di educazione civica .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attività sportive .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Strumenti musicali .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attività teatrali .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altre attività artistiche .....	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"/>

**Pensa che le capacità professionali degli insegnanti della scuola media superiore siano adeguate a garantire la preparazione degli studenti?**

Molto ..... 1 ☐

Abbastanza ..... 2 ☐

Poco ..... 3 ☐

Per niente ..... 4 ☐

Non so ..... 5 ☐

**L'aumento della presenza straniera in Italia ha portato alla crescita del numero di bambini stranieri nella scuola. Lei pensa che la scuola italiana sia pronta ad accogliere questi bambini all'interno delle normali attività?**

Molto ..... 1 ☐

Abbastanza ..... 2 ☐

Poco ..... 3 ☐

Per niente ..... 4 ☐

Non so ..... 5 ☐

Recentemente sono stati adottati alcuni provvedimenti per la scuola. Ne ha sentito parlare?

*(una risposta per ogni riga)*

	NO	SI
Debito formativo .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Credito formativo.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Riforma dell'esame di maturità .....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Elevamento dell'età dell'obbligo scolastico .....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Diffusione dell'informatica e dei computer nella scuola .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Autonomia scolastica .....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

*(Se conosce almeno uno dei provvedimenti)*

Come li giudica? Molto positivamente, positivamente, negativamente o molto negativamente?

*(una risposta per ogni riga)*

	Non sa esprimere un giudizio	Molto positivamente	Positivamente	Negativamente	Molto negativamente
Debito formativo .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Credito formativo.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Riforma dell'esame di maturità.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Elevamento dell'età dell'obbligo scolastico.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diffusione dell'informatica e dei computer nella scuola.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Autonomia scolastica.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Ritiene che le azioni che tutelano il diritto allo studio degli studenti meno abbienti (borse di studio, detrazioni fiscali, contributi per le mense, acquisto libri, trasporti, ecc.) debbano essere destinati:

Solo agli studenti che frequentano le scuole statali.....	1 <input type="checkbox"/>
Sia agli studenti che frequentano le scuole statali che a quelli che frequentano le scuole private .....	2 <input type="checkbox"/>
Non so .....	3 <input type="checkbox"/>

Lei ritiene che il nostro sistema scolastico sia migliore, uguale o peggiore rispetto a quello degli altri Paesi europei ?

Migliore .....	1 <input type="checkbox"/>
Uguale .....	2 <input type="checkbox"/>
Peggiora .....	3 <input type="checkbox"/>
Non so .....	4 <input type="checkbox"/>

Nel complesso, ritiene che il nostro sistema scolastico stia migliorando, stia rimanendo uguale o stia peggiorando?

Migliora .....	1 <input type="checkbox"/>
Rimane uguale .....	2 <input type="checkbox"/>
Peggiora .....	3 <input type="checkbox"/>
Non so .....	4 <input type="checkbox"/>

#### SICUREZZA DEI CITTADINI

*(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)*

Nella zona in cui abita la criminalità è maggiore, uguale o minore di un anno fa?

Maggiore .....	1 <input type="checkbox"/>
La stessa .....	2 <input type="checkbox"/>
Minore .....	3 <input type="checkbox"/>
Non so .....	4 <input type="checkbox"/>

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

*(una risposta per ogni riga)*

	Spesso	Talvolta	Raramente	Mai
Persone che si drogano .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Persone che spacciano droga.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Siringhe per terra .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mendicanti .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Persone che dormono per la strada .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Atti di vandalismo contro i beni pubblici (cabine rotte, cassonetti bruciati).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Prostituite in cerca di clienti .....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



## SODDISFAZIONE DELL'ANNO TRASCORSO

**(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 (specificare) ..... 11 ☐

**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<br>stanza             | Poco                       | Per<br>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"/> |

**(Per gli occupati e le casalinghe)**

**Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto del  
suo lavoro?**

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

**(Per gli occupati)**

**Lei è insegnante?**

- No ..... 1 ☐
- Sì, di scuola materna ..... 2 ☐
- Sì, di scuola elementare..... 3 ☐
- Sì, di scuola media inferiore..... 4 ☐
- Sì, di scuola media superiore ..... 5 ☐
- Sì, universitaria..... 6 ☐

## **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 ☐

