



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**ASPETTI DELLA VITA
QUOTIDIANA
ANNO 2007**

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. 5 Sesso	
Maschio	1
Femmina	2
Col. 6 Anno di nascita	
Indicare l'anno di nascita con 4 cifre (es. 1952)	
Col. 7 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. 8 Titolo di studio più alto conseguito (6 anni e più)	
Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea	01
Laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico)	02
Laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento)	03
Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento)	04
Diploma universitario, Laurea breve vecchio ordinamento, Scuola diretta a fini speciali, Scuola Parauniversitaria	05
Accademia Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di arte drammatica, Scuola Interpreti e Traduttori, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, Scuola di Archivistica, Perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Paleografia, Diplomatica	06
Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università	07
Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'Università	08
Licenza media (o avviamento professionale)	09
Licenza elementare	10
Nessun titolo - sa leggere e scrivere	11
Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere	12
Col. 9 Condizione (15 anni e più)	
Occupato	1
In cerca di nuova occupazione	2
In cerca di prima occupazione	3
Casalinga	4
Studente	5
Inabile al lavoro	6
Persona ritirata dal lavoro	7
In altra condizione	8
Col. 10 In passato ha lavorato? (per le "casalinghe", gli "studenti", gli "inabili al lavoro" e coloro che sono "in altra condizione")	
NO	1
SÌ	2

Col. 11 Posizione nella professione (per chi lavora o ha lavorato in passato)	
a) <i>Alle dipendenze come:</i>	
Dirigente	01
Direttivo, quadro	02
Impiegato	03
Capo operaio, operaio subalterno ed assimilati	04
Apprendista	05
Lavorante a domicilio per conto d'impresie	06
b) <i>Autonomo come:</i>	
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. 12 Attività economica (per chi lavora o ha lavorato in passato)	
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. 14 Fonte principale di reddito (15 anni e più)	
Reddito da lavoro dipendente	1
Reddito da lavoro autonomo	2
Pensione	3
Indennità e provvidenze varie	4
Redditi patrimoniali	5
Mantenimento da parte dei familiari	6
Col. 17 Anno matrimonio attuale	
Indicare l'anno di matrimonio con 4 cifre (es. 1952)	
Col. 18 Stato civile precedente al matrimonio attuale	
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.	

Scheda Individuale del componente n. | 0 | 1 |

(col. 1 della Scheda Generale)

DATI ANAGRAFICI

Sesso Maschio 1 ☐
 Femmina 2 ☐

Età (in anni compiuti)

FORMAZIONE

(PER TUTTI)

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

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

Corsi post laurea, istruzione

universitaria e corsi post-secondari

non universitari..... 02-04, 10 ☐

Scuola secondaria superiore 05-09 ☐

Corso di formazione professionale..... 11 ☐

Scuola media inferiore 12 ☐

Scuola elementare..... 13 ☐

Scuola dell'infanzia e asilo nido..... 14-15 ☐

Svolge attività fisica o sportiva a scuola durante l'orario scolastico o durante le attività organizzate dalla scuola al di fuori dell'orario scolastico?

(una risposta per ogni riga)

Tre o più volte alla settimana	Due volte alla settimana	Una volta alla settimana	Più rara- mente	Mai
-----------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	-----

Durante
l'orario
scolastico..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Al di fuori
dell'orario
scolastico..... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

(Se svolge attività fisica o sportiva a scuola)
Per quanti mesi all'anno?

N. mesi

Durante l'orario scolastico.....

Al di fuori dell'orario scolastico.....

Per quante ore a settimana?

N. ore

Durante l'orario scolastico.....

Al di fuori dell'orario scolastico.....

(Se svolge attività fisica o sportiva a scuola durante l'orario scolastico)

Dove svolge l'attività fisica o sportiva durante l'orario scolastico?

(possibili più risposte)

Nella palestra della scuola..... 1 ☐

In un'aula della scuola..... 2 ☐

Nel cortile della scuola..... 3 ☐

Nella palestra di un'altra scuola..... 4 ☐

In piscina..... 5 ☐

Altro luogo esterno
alla scuola..... 6 ☐

Che tipo di attività svolge a scuola durante le ore dedicate all'attività fisica o sportiva ?

NO SÌ

Esercizi di ginnastica,
attrezzistica, atletica
leggera..... 1 ☐ 2 ☐

Pallavolo, pallacanestro,
calcio, altri sport di squadra..... 3 ☐ 4 ☐

Ricreazione, attività libera..... 5 ☐ 6 ☐

(Per gli iscritti alla scuola elementare che svolgono attività fisica o sportiva a scuola durante l'orario scolastico)

Chi insegna l'attività fisica o sportiva ?

Una maestra/un maestro
che insegna anche altre materie.....1 ☐

Un insegnante di ginnastica
esterno alla scuola.....2 ☐

L'attività fisica o sportiva svolta durante l'orario scolastico è pagata dalla famiglia?

NO1 ☐

Sì2 ☐

CORSI E LEZIONI PRIVATE

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIU')

Negli ultimi dodici mesi ha frequentato lezioni private o corsi a spese sue o della famiglia?
(una risposta per ogni riga)

	No	Solo in alcuni mesi dell'anno	Solo alcune settimane durante le vacanze estive	Per tutto l'anno
Recupero scolastico .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informatica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lingue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Attività artistiche e/o culturali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

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

Orario abituale ore minuti

Orario variabile a causa di turni 7777 ☐

Orario variabile per altra ragione 8888 ☐

Non esco perché lavoro in casa 9999 ☐



passare alla sez. successiva

(Se esce per andare al lavoro o a scuola)

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

Tempo impiegato
abitualmente ore minuti

Tempo impiegato variabile 9999 ☐

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

NO..... 1 ☐ Sì..... 2 ☐

Dove lavora o studia abitualmente?

(possibili più risposte)

Nello stesso Comune in cui risiede 1 ☐

In un altro Comune della stessa Provincia..... 2 ☐

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

In un'altra Regione italiana 4 ☐

All'Estero 5 ☐

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

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

Sì, un solo mezzo 2 ☐

Sì, due o più mezzi 3 ☐

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

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

Qual è il mezzo utilizzato per il tratto più lungo?**(indicare un solo codice tra quelli barrati alla domanda precedente)**Mezzo di trasporto ☐☐☐**ATTIVITÀ SETTIMANALI****(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)****Quanto tempo in ore e minuti dedica mediamente alla settimana a:****a) Lavoro domestico e familiare (faccende di casa, fare la spesa, cura di altri componenti)**Non svolge attività..... 0000 ☐N. ore ☐☐ minuti ☐☐ a settimana**b) Attività lavorativa**Non svolge attività..... 0000 ☐N. ore ☐☐ minuti ☐☐ a settimana**Il suo lavoro domestico ed extradomestico è prevalentemente caratterizzato da attività fisica scarsa, moderata o pesante?****(una risposta per ogni riga)**

	Scarsa	Moderata	Pesante
Lavoro domestico e familiare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Attività lavorativa	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

SALUTE, MALATTIE CRONICHE E GRADO DI AUTONOMIA**(PER TUTTI)****Come va in generale la salute?****(Dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo stato peggiore e 5 quello migliore)**☐☐**Lei è affetto da una malattia cronica o da un'invalidità permanente che riduce l'autonomia personale fino a richiedere l'aiuto di altre persone per le esigenze della vita quotidiana in casa o fuori casa?**NO.....1 ☐Sì, in modo saltuario per alcune esigenze ...2 ☐Sì, in modo continuo o per esigenze importanti...3 ☐**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"/>
Iipertensione arteriosa	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Angina pectoris o altre malattie del cuore	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Malattie allergiche	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Tumore (incluso linfoma o leucemia)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ulcera gastrica e duodenale.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Calcolosi del fegato e delle vie biliari	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cirrosi epatica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Calcolosi renale	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Artrosi, artrite	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Osteoporosi	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Disturbi nervosi	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

SERVIZI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI**(PER TUTTI)****Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:**

	NO	SI	Quante volte N.
Pronto soccorso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Guardia medica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assistenza domiciliare	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SERVIZI OSPEDALIERI**(PER TUTTI)**

Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato (convenzionato) o in una casa di cura privata?

(Considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

NO 1 ☐ **passare alla sezione successiva**

SI 2 ☐

(Se Sì)

Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N. | _ | _ |

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

N. | _ | _ |

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

(una risposta per ogni riga)

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Assistenza medica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Assistenza Infermieristica ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vitto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Servizi igienici ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

ASSICURAZIONE**(PER TUTTI)**

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

(una risposta per ogni riga)

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

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

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

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

SI 2 ☐ → Quante volte? | _ |

VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA**(PER TUTTI)**

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

NO 00 ☐

SI, quante volte? N. | _ |

(Se non si è recato in vacanza)

Per quali motivi?

(possibili più risposte)

Per ragioni economiche	1 <input type="checkbox"/>
Per motivi di lavoro o studio.....	2 <input type="checkbox"/>
Per mancanza di abitudine	3 <input type="checkbox"/>
Perché già residente in località di villeggiatura	4 <input type="checkbox"/>
Per motivi di famiglia	5 <input type="checkbox"/>
Per motivi di salute	6 <input type="checkbox"/>
Per l'età	7 <input type="checkbox"/>
Per altri motivi	8 <input type="checkbox"/>

ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA**(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)**

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

NO 1 ☐

SI 2 ☐

(Se NO)

Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO 1 ☐

SI 2 ☐

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

Le capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno?

NO 1 ☐

SI, una volta o più volte alla settimana 2 ☐

SI, una volta o più volte al mese 3 ☐

SI, più raramente 4 ☐

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

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

AMICI

**(PER LE PERSONE
DI 6 ANNI E PIÙ)**

Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?

Tutti i giorni 1 ☐

Più di una volta alla settimana 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4) 4 ☐

Qualche volta durante l'anno 5 ☐

Mai 6 ☐

Non ho amici 7 ☐

LA PERSONA HA RISPOSTO DIRETTAMENTE AI QUESITI?

Sì, senza la presenza di altre persone 1 ☐

NO, ma era presente 3 ☐

Sì, con la presenza di altre persone 2 ☐

NO, e non era presente 4 ☐

QUESTIONARIO FAMILIARE

ELETTRICITA' E GAS

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

(una sola risposta)

Enel..... 1 ☐

Azienda elettrica locale 2 ☐

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

(una sola risposta)

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

Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio dell'energia elettrica ?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Continuità del servizio (assenza di guasti e interruzioni della fornitura)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Assenza di sbalzi di tensione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza di lettura di contatori.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazione sul servizio (informazioni su tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti ecc.).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Come arriva il gas all'abitazione ?

(una sola risposta)

L'abitazione è allacciata alla
rete di distribuzione 1 ☐

Il gas viene acquistato in bombole 2 ☐

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

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

(Se l'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione)
Complessivamente quanto è soddisfatto del servizio del gas?

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

Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio del gas?

(una risposta per ogni riga)

	Molto Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Assenza di sbalzi di pressione.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza di lettura contatori.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazione sul 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"/>
Sicurezza della rete esterna.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sicurezza impianto domestico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Lei è al corrente della possibilità di scegliere un
fornitore anche diverso dall'azienda che le eroga
attualmente il servizio?

(una sola risposta)

NO 1 ☐

Si, ma non ho ricevuto offerte alternative 2 ☐

Si, e ho già ricevuto offerte da un nuovo fornitore..... 3 ☐

Si, e ho già ricevuto offerte da più fornitori..... 4 ☐

(Se Si)

Negli ultimi 12 mesi la sua famiglia ha cambiato
fornitore del gas?

NO 1 ☐

Si..... 2 ☐

(Se NO)**Per quale motivo la sua famiglia non ha cambiato l'azienda fornitrice del gas?****(possibili più risposte)**

Nella zona dove abito

non ci sono nuovi fornitori1 ☐

Per mancanza di informazioni

sulle procedure da seguire2 ☐

E' difficile valutare la convenienza

del cambiamento.....3 ☐Il risparmio ottenibile non è consistente.....4 ☐

Temo un peggioramento

della qualità del servizio.....5 ☐**(Per tutti)****Negli ultimi 12 mesi, Lei o qualche componente della famiglia ha mai utilizzato il servizio di call center (numero verde) dell'azienda che le fornisce il servizio di erogazione di energia elettrica o del gas per segnalare guasti, fare reclami, richiedere informazioni o altri servizi (contratti, lettura contatore, ecc.) ?**NO.....1 ☐

Sì, solo dell'Enel o

Azienda elettrica locale.....2 ☐

Sì, solo dell'azienda

fornitrice del gas.....3 ☐Sì, di entrambe.....4 ☐**(Se Sì, di entrambe)****Con riferimento all'ultima telefonata effettuata, quale azienda ha contattato?****(una sola risposta)**Enel o Azienda elettrica locale.....1 ☐Azienda fornitrice del gas2 ☐**Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio di call center? (fare riferimento all'ultima telefonata effettuata)****(una risposta per ogni riga)**

	Molto Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
--	-------------------	------------------------	------------------	------------------------

Facilità di avere la linea	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Tempo di attesa per la risposta.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Chiarezza e completezza delle informazioni ottenute.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

(Per tutti)**Lei è a conoscenza dell'esistenza e delle funzioni dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas?**NO1 ☐Sì2 ☐**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"/>
Scarsa illuminazione delle strade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cattive condizioni della pavimentazione stradale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Nella zona in cui abita la famiglia ci sono parchi, giardini o altro verde pubblico raggiungibile a piedi in meno di 15 minuti?NO 1 ☐Sì 2 ☐

Di quante stanze si compone l'abitazione?
(considerare anche la cucina se ha caratteristiche di stanza)

N. |__|

L'abitazione dispone di bagno o doccia?

NO 0 ☐

Sì, quanti N. |__|

L'abitazione dispone di:

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

L'abitazione dispone di telefono?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

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

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

(Per tutti)

L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Se Sì)

Tipo di riscaldamento prevalente:

(una sola risposta)

Centralizzato 1 ☐

Autonomo 2 ☐

Solo apparecchi singoli (compresi camini e stufe) 3 ☐

(Per tutti)

Si verificano uno o più dei seguenti problemi?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SI
Le spese per l'abitazione sono troppo alte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è troppo piccola	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è troppo distante da altri familiari	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Irregolarità nella erogazione dell'acqua	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è in cattive condizioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

(Se l'erogazione dell'acqua è irregolare)

Negli ultimi 12 mesi l'irregolarità nell'erogazione dell'acqua si è verificata :

Sporadicamente 1 ☐

Solo nel periodo estivo 2 ☐

Durante tutto l'anno 3 ☐

Altro 4 ☐

(Per tutti)

La famiglia o qualche componente beve abitualmente acqua di rubinetto in casa?

(possibili più risposte)

Sì 1 ☐

NO, perché non è bevibile o non ci fidiamo a berla (inquinata, brutto colore, cattivo sapore, ecc.) 2 ☐

NO, per altro motivo 3 ☐

A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

Affitto o subaffitto 1 ☐

Proprietà 2 ☐

Usufrutto 3 ☐

Titolo gratuito 4 ☐

Altro 5 ☐

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

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

(una risposta per ogni riga)

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

(a) lasciare in bianco se non è utilizzata

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

(una risposta per ogni riga)

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

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 ☐

↓
passare alla sezione successiva

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

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

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

ASSICURAZIONE CONTRO I FURTI NELL'ABITAZIONE

La famiglia è assicurata contro i furti nell'abitazione?

NO 1 ☐

SI 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, altrimenti passare alla sezione successiva)

Per quante ore a settimana?

Collaboratore/
collaboratrice domestico/a

|_|_| ore a settimana
00 ☐ saltuariamente

Baby-sitter

|_|_| ore a settimana
00 ☐ saltuariamente

Persona che assiste un anziano
o un disabile

|_|_| ore a settimana
00 ☐ saltuariamente

RICORSO ALLA CONSULENZA DI PROFESSIONISTI E INSERZIONI

Negli ultimi 12 mesi qualcuno della famiglia ha fatto ricorso alla consulenza dei seguenti professionisti (escluso per le imprese, anche se di proprietà della famiglia)?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SI
Avvocato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Notaio	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Commercialista	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Ogni anno i cittadini sono tenuti a pagare alcune tasse; la sua famiglia come si organizza per la compilazione dei relativi modelli (per esempio per la dichiarazione dei redditi, escluso ciò che riguarda le imprese, ecc.)?

(possibili più risposte)

Non deve compilare nessun modulo	1 <input type="checkbox"/>
Se ne occupano uno o più componenti della famiglia	2 <input type="checkbox"/>
Se ne occupano organizzazioni o persone non a pagamento	3 <input type="checkbox"/>
Se ne occupa un commercialista, una organizzazione o altra persona a pagamento	4 <input type="checkbox"/>

ELETTRODOMESTICI, MEZZI DI COMUNICAZIONE E TRASPORTO

La famiglia possiede

(una risposta per ogni riga)

	NO	SI	N.
Lavastoviglie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Lavatrice	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Videoregistratore	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _
Videocamera	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ _
Lettore dvd	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ _
Impianto stereo HI-FI per ascoltare musica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ _
Segreteria telefonica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _
Fax	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ _
Televisore a colori	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ _
Antenna parabolica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ _
Decoder per digitale terrestre.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _
Condizionatori, climatizzatori.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ _
Bicicletta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ _
Motorino, scooter	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ _
Motocicletta, moto	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ _

La famiglia possiede l'automobile?

NO.....1 ☐

SI.....2 ☐ → N. |_|

TELEFONO CELLULARE

La famiglia possiede telefono cellulare?

NO 1 ☐ → **andare alla sez successiva**

Sì 2 ☐ → N. |_|

(Se Sì)

Il telefono o i telefoni cellulari posseduti dalla famiglia hanno la possibilità di collegarsi ad Internet?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

APPARECCHIATURE INFORMATICHE

La famiglia **possiede**:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì	N.
Console per videogiochi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Personal computer.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Modem.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>

ACCESSO AD INTERNET

La famiglia possiede accesso ad Internet?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → N. ☐

(Se Sì)

Con quale di questi strumenti la famiglia accede ad internet?

(possibili più risposte)

- PC da scrivania (desktop)..... 1 ☐
- PC portatile (laptop)..... 2 ☐
- TV abilitato (TV digitale set top box)..... 3 ☐
- Console per videogiochi..... 4 ☐
- Altro 5 ☐

Con quale tipo di connessione la famiglia accede ad Internet?

(possibili più risposte)

- Modem (linea telefonica tradizionale) o ISDN..... 1 ☐
- DSL (ADSL, SHDSL, ecc.) 2 ☐
- Altro tipo di connessione a banda larga..... 3 ☐
- Telefono cellulare abilitato (WAP, GPRS, ecc.)..... 4 ☐

SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

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

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

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

- Ottime 1 ☐
- Adeguate 2 ☐
- Scarpe 3 ☐
- Absolutamente insufficienti 4 ☐

RISERVATO AL RILEVATORE

CHI HA RISPOSTO ALLE DOMANDE?

Per le famiglie con più di un componente

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

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

Tipo di abitazione

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

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322 e successive modificazioni ed integrazioni "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica" – art. 6 bis, comma 1 (presupposti del trattamento) comma 2 (trattamento dei dati sensibili) comma 4 (comunicazione dei dati personali a soggetti del Sistema statistico nazionale) commi 5, 6 e 7 (conservazione dei dati) comma 8 (esercizio dei diritti dell'interessato), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 11 (sanzioni amministrative in caso di mancata risposta), art. 13 (Programma statistico nazionale);
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" – artt. 2 (finalità), 4 (definizioni), 7-10 (diritti dell'interessato), 13 (informativa), 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale", in particolare art. 7 (comunicazione a soggetti non facenti parte del Sistema statistico nazionale) e art. 8 (comunicazione dei dati tra i soggetti del Sistan) (all. A3 al Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 settembre 2005 –Approvazione del Programma statistico nazionale 2005 – 2007 (Suppl. ord. n. 190 alla Gazzetta ufficiale n. 274 del 24 novembre 2005 - serie generale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 20 gennaio 2006 – Approvazione dell'elenco delle rilevazioni statistiche rientranti nel Programma statistico nazionale 2005-2007 che comportano l'obbligo di risposta per i soggetti privati a norma dell'art. 7 del decreto legislativo 6 settembre 1989 n. 322 (Gazzetta ufficiale. n. 88 del 14 aprile 2006).

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

**ASPETTI DELLA VITA
QUOTIDIANA
ANNO 2007**

**Questionario per autocompilazione
(componente n.)**

Scheda Individuale del componente n. _____

(col. 1 della Scheda Generale)

Sesso Maschio1 ☐
 Femmina 2 ☐

SALUTE, PESO E STATURA (PER TUTTI)

Come va in generale la salute?

Molto bene 1 ☐
 Bene2 ☐
 Discretamente3 ☐
 Male 4 ☐
 Molto male5 ☐

(Per le persone di 18 anni e più)
Può indicare il suo peso e la sua statura attuali?
(le donne in attesa di un bambino indichino il peso prima della gravidanza)

Peso kg _____

Statura cm _____

Usa controllare il suo peso?

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

FARMACI
(PER TUTTI)
Negli ultimi due giorni ha fatto uso di farmaci?

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

STILI ALIMENTARI
**(PER LE PERSONE
 DI 3 ANNI E PIÙ)**
Qual'è il suo pasto principale?

Prima colazione 1 ☐
 Pranzo 2 ☐
 Cena 3 ☐

Ha l'abitudine di fare la prima colazione?
(Se la fa più di una volta consideri solo la prima)

NO 1 ☐
 Sì, bevo solo bevande come tè o caffè
 (escluso latte) senza mangiare niente 2 ☐
 Sì, bevo tè o caffè (escluso latte)
 e mangio qualcosa 3 ☐
 Sì, bevo latte, o caffè e latte, o cappuccino
 senza mangiare niente 4 ☐
 Sì, bevo latte, o caffè e latte, o cappuccino
 e mangio qualcosa 5 ☐
 Sì, mangio solo qualcosa (biscotti, fette
 biscottate, pane, brioches) senza bere nulla 6 ☐
 Sì, faccio un altro tipo di colazione
 (yogurt, cereali, succhi di frutta ecc.) 7 ☐

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

In casa 1 ☐
 In una mensa aziendale o
 scolastica o dell'asilo 2-3 ☐
 In un ristorante, trattoria,
 tavola calda 4 ☐
 In un bar 5 ☐
 Sul posto di lavoro 6 ☐
 A casa di genitori, parenti, amici 7 ☐
 In altro luogo 8 ☐
 Non consumo pranzo..... 9 ☐

ATTENZIONE!

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

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"/>
Pesce	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Verdure in foglia cotte e crude (spinaci, insalate, cicoria, cavolo, broccoli)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pomodori (escluse conserve), melanzane, peperoni, finocchi, zucchine, carciofi, carote, zucche, cavolfiore, piselli e altri legumi freschi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Frutta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(Se consuma, almeno una volta al giorno, frutta, verdura o ortaggi escludendo le patate)

Quante porzioni dei seguenti alimenti consuma al giorno?

	Numero di porzioni al giorno
Insalata oppure ortaggi e/o verdura (1 porzione = 1 piatto medio, ossia una quantità che ricopre il fondo del piatto)	<input type="text"/>
Frutta (1 porzione = 1 mela oppure 1 arancia, oppure 2 mandarini, ecc.)	<input type="text"/>

(Per tutte le persone di 3 anni e più)

Con che frequenza consuma i seguenti gruppi di alimenti?

(una risposta per ogni riga)

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

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

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

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

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

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

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

Fa uso di sale arricchito con iodio?

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

BEVANDE**(PER LE PERSONE
DI 11 ANNI E PIÙ)****In quale quantità consuma abitualmente le bevande seguenti?****(una risposta per ogni riga)**

	Oltre 1 litro al giorno	Da 1/2 litro ad 1 litro al giorno	1-2 bicchieri al giorno (meno di ½ litro)	Più rara- mente	Solo stagio- nalmente	Non ne con- sumo
Acqua minerale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Bevande gassate (esclusa l'acqua minerale).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Birra.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Vino.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Se beve birra o vino tutti i giorni)**Quanti bicchieri di vino o birra consuma abitualmente al giorno?**

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

(Per tutte le persone di 11 anni e più)**Le capita di bere vino o alcolici fuori dai pasti?**

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

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

	Più di 2 bic- chieri al giorno	1-2 bic- chieri al giorno	Qualche bicchietto alla setti- mana	Più rara- mente	Ecce- zional- mente	Non ne con- sumo
Aperitivi analcolici (80 ml).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 (80 ml).....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 (40 ml).....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) (40 ml).1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**(Se beve tutti i giorni aperitivi alcolici, amari o superalcolici, altrimenti andare a domanda successiva)
Complessivamente quanti bicchieri di aperitivi alcolici, amari o superalcolici consuma abitualmente al giorno?**Numero di bicchieri al giorno **Consideri gli ultimi 12 mesi. Ha mai consumato bevande alcoliche (compresi vino o birra)?**Sì..... 1 ☐NO, ma ne ho consumato in passato..2 ☐NO, non ne consumo.....3 ☐**Consideri gli ultimi 12 mesi. Le è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc..)?**NO 1 ☐Sì 2 ☐ → N.volte **Lei beve almeno un litro e mezzo di acqua al giorno?**NO 1 ☐Sì 2 ☐**CONSUMO DI TABACCO****(PER LE PERSONE
DI 11 ANNI E PIÙ)****Lei attualmente fuma?**Sì..... 1 ☐

NO, ma ho fumato

in passato 2 ☐ **passare alla sez. successiva**

NO, non ho mai

fumato.....3 ☐ **passare alla sez. successiva****(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 ☐ **passare a sez. successiva**

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 ☐ **passare a sez. successiva**

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 ☐

**PERSONAL
COMPUTER**

**(PER LE PERSONE
DI 3 ANNI E PIÙ)**

Lei ha mai usato il personal computer?

Sì, negli ultimi 3 mesi..... 1 ☐

Sì, da 3 mesi a 1 anno fa..... 2 ☐

Sì, più di 1 anno fa 3 ☐

Mai 4 ☐

andare a sezione successiva

(Se ha usato il personal computer negli ultimi 3 mesi)

Negli ultimi 3 mesi, con che frequenza ha usato il personal computer?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

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

Meno di una volta al mese 5 ☐

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

(una risposta per ogni riga)

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

(Se usa il personal computer)

Ha mai seguito un corso (di almeno 3 ore) su qualunque aspetto dell'uso del personal computer?

Sì, negli ultimi 3 mesi..... 1 ☐

Sì, da 3 mesi a 1 anno fa 2 ☐

Sì, tra 1 e 3 anni fa..... 3 ☐

Sì, più di 3 anni fa 4 ☐

Mai 5 ☐

(Se non ha seguito corsi negli ultimi 3 mesi o non ne ha mai seguiti)

Per quale motivo **non** ha seguito corsi sull'uso del personal computer negli ultimi 3 mesi o non ne ha mai seguito uno?

(possibili più risposte)

Perché le mie conoscenze
sono già sufficienti 1 ☐

Perché uso il personal
computer raramente 2 ☐

Non ho tempo 3 ☐

I corsi sono troppo costosi 4 ☐

Le offerte di corsi non
sono soddisfacenti..... 5 ☐

I corsi sono troppo difficili 6 ☐

Altro 7 ☐

(Se usa il personal computer)

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

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ
Copiare o muovere un file o una cartella.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Usare "copia e incolla" per copiare o muovere informazioni all'interno di un documento.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Usare formule aritmetiche di base in un foglio elettronico (Excel, ecc...).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Comprimere file.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Connettere e installare periferiche (stampanti, modem, ecc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Scrivere un programma per computer utilizzando un linguaggio di programmazione	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Collegare il computer ad una rete locale	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Individuare e risolvere problemi di funzionamento del computer.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

(Se almeno un SÌ alla domanda precedente)

Come ha acquisito le abilità necessarie a effettuare queste operazioni?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ
A scuola, Università.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Corsi di formazione su iniziativa del datore c lavoro.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri corsi di formazione	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Studio individuale (attraverso uso di manuali, cd rom, ecc.).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Studio attraverso la pratica (imparare facendo).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Colleghi, parenti, amici.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

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

(Per le persone di 15 anni e più che usano il personal computer, gli altri vanno a sezione successiva)

Se dovesse cercare lavoro o cambiarlo nei prossimi 12 mesi ritiene adeguate al mercato del lavoro le sue capacità nell'utilizzo del computer?

NO	1 <input type="checkbox"/>
SÌ	2 <input type="checkbox"/>
Conoscere il pc non mi serve per cercare o cambiare lavoro	3 <input type="checkbox"/>

INTERNET

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

Lei ha mai usato Internet?

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



andare a sezione successiva

(Se ha usato Internet negli ultimi 3 mesi)

Negli ultimi **3** mesi, con che frequenza ha usato Internet?

Tutti i giorni	1 <input type="checkbox"/>
Qualche volta alla settimana	2 <input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana	3 <input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese (meno di quattro volte)	4 <input type="checkbox"/>
Meno di una volta al mese	5 <input type="checkbox"/>

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

(una risposta per ogni riga)

	Tutti i giorni	Qualche volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Meno di una volta al mese	Mai
A casa propria.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Sul posto di lavoro (se diverso da casa).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Sul luogo di studio....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
A casa di altri.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altrove.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

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

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Spedire o ricevere e-mail.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Telefonare su Internet, partecipare a videoconferenze.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altre attività di comunicazione (chattare, ecc).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cercare lavoro o mandare una richiesta di lavoro.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Usare servizi relativi a viaggi e soggiorni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Trovare informazioni su merci e servizi.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cercare informazioni sanitarie (malattie, alimentazione, miglioramento della salute, ecc.).....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ascoltare la radio, guardare programmi televisivi su web.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Leggere o scaricare giornali, news, riviste.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Giocare o scaricare giochi, immagini, musica.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scaricare software.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Altre attività di ricerca di informazioni o servizi on line	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Usare servizi bancari via Internet.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Vendere merci o servizi (es. aste on line).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Negli ultimi 3 mesi, ha usato Internet per:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Ottenere informazioni dai siti web della Pubblica Amministrazione.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Scaricare moduli della Pubblica Amministrazione.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Spedire moduli compilati della Pubblica Amministrazione.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cercare informazioni su attività di istruzione o corsi di qualunque tipo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Fare un corso on line di qualunque tipo.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Consultare Internet per apprendere.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Negli ultimi 3 mesi, ha sottoscritto abbonamenti per ricevere regolarmente delle news?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Negli ultimi 3 mesi, ha partecipato a dei corsi di qualunque tipo?

NO 1 ☐ →

Sì 2 ☐

(Se Sì)

Negli ultimi 3 mesi, ha usato Internet per:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Fare ricerche nell'ambito del corso.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Scambiare messaggi relativi alle attività del corso con gli altri partecipanti.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scaricare lezioni o materiale formativo del corso disponibile on line.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Consultare on line una biblioteca per cercare libri o articoli per il corso.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Vorrebbe utilizzare Internet maggiormente?

NO 1 ☐

Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

Per quale motivo non utilizza di più Internet?

(possibili più risposte)

Scarsa conoscenza delle lingue straniere.....	1 <input type="checkbox"/>
Mancanza di tempo	2 <input type="checkbox"/>
Connessione troppo lenta	3 <input type="checkbox"/>
Costi di connessione elevati	4 <input type="checkbox"/>
I contenuti on line che mi interesserebbero sono troppo costosi.....	5 <input type="checkbox"/>
Il contenuto non è abbastanza interessante.....	6 <input type="checkbox"/>
Mancanza di capacità (siti troppo complicati, ecc.)	7 <input type="checkbox"/>
Motivi di privacy, sicurezza	8 <input type="checkbox"/>
Altro	9 <input type="checkbox"/>

(Se usa Internet)

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

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Usare un motore di ricerca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Spedire e-mail con allegati (documenti, foto, ecc.).....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Inviare messaggi a chat, newsgroups e forum.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Telefonare tramite Internet.....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Usare "file sharing" per scambiare film, musica, ecc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Creare una pagina web.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cercare, scaricare ed installare software	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ripulire il computer da virus, spyware e adware	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

(Se almeno un Sì alla domanda precedente, altrimenti andare a domanda successiva)

Come ha acquisito le abilità necessarie a effettuare queste operazioni?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
A scuola, Università.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Corsi di formazione su iniziativa del datore di lavoro.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altri corsi di formazione	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Studio individuale (attraverso uso di manuali, cd rom, ecc.).....	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Studio attraverso la pratica (imparare facendo).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Colleghi, parenti, amici.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(Se usa Internet)

Lei usa uno dei seguenti strumenti per accedere ad Internet?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Cellulare via GPRS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Cellulare via UMTS	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Computer palmare (palmtop, PDA)	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Portatile con collegamento senza cavi (WIFI)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

Negli ultimi 12 mesi, usando Internet ha avuto problemi di perdita di dati o di altro tipo causati da virus informatici?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Quanto spesso effettua copie di sicurezza o back up dei files dal suo computer?

(una sola risposta)

Spesso 1 ☐

Qualche volta 2 ☐

Raramente..... 3 ☐

Mai..... 4 ☐

Non ho files sul computer che voglio salvaguardare..... 5 ☐

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

Sì, negli ultimi 3 mesi 1 ☐

Sì, da più di 3 mesi a 1 anno fa..... 2 ☐

Sì, più di un anno fa 3 ☐

Mai 4 ☐

andare a
sez.
successiva

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

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

(possibili più risposte)

Film, musica.....	01 <input type="checkbox"/>
Libri, giornali, riviste, materiale per la formazione a distanza.....	02 <input type="checkbox"/>
Software per computer (inclusi videogiochi).....	03 <input type="checkbox"/>
Prodotti alimentari.....	04 <input type="checkbox"/>
Articoli per la casa (mobili, giocattoli, ecc.).....	05 <input type="checkbox"/>
Abiti, articoli sportivi.....	06 <input type="checkbox"/>
Hardware per computer.....	07 <input type="checkbox"/>
Attrezzature elettroniche (es. macchine fotografiche, telecamere, ecc.).....	08 <input type="checkbox"/>
Azioni, servizi finanziari e/o assicurativi.....	09 <input type="checkbox"/>
Viaggi e soggiorni di vacanza (inclusi biglietti ferroviari, aerei, ecc.).....	10 <input type="checkbox"/>
Biglietti per spettacoli.....	11 <input type="checkbox"/>
Biglietti delle lotterie o scommesse.....	12 <input type="checkbox"/>
Ricariche telefoniche.....	13 <input type="checkbox"/>
Altro	14 <input type="checkbox"/>

(Se ha risposto codice 01 o codice 02 o codice 03 alla domanda precedente, altrimenti andare a sez. successiva)

Con quale modalità le sono stati consegnati i seguenti prodotti?

(una risposta per ogni riga)

	Scaricato da internet	Consegna per posta, corriere	Non acquistato
Film, musica.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Libri, giornali, riviste, materiale per la formazione a distanza....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Software per computer (inclusi videogiochi).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

TELEFONO CELLULARE

*(PER LE PERSONE
DI 6 ANNI E PIÙ)*

Lei usa un telefono cellulare:

- 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 all'anno 5 ☐
- Mai 6 ☐

CINEMA, TEATRO, SPETTACOLI VARI

*(PER LE PERSONE DI
6 ANNI E PIÙ)*

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

(una risposta per ogni riga)

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

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 ☐ **passare alla sez. successiva**
- Sì 2 ☐

(Se Sì)

Quanti libri ha letto negli ultimi 12 mesi?

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

N. | _ | _ |

PARTECIPAZIONE RELIGIOSA

*(PER LE PERSONE
DI 6 ANNI E PIÙ)*

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

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

ATTENZIONE!

**Qui finisce il questionario per bambini da 6 a
13 anni. Continuare per gli altri !**

**SODDISFAZIONE PER
L'ANNO TRASCORSO**
**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

Pensi agli ultimi **12** mesi. Lei si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua vita?
(una risposta per ogni riga)

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

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

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

(Per gli occupati e le casalinghe, gli altri vanno alla sez. successiva)

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

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

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

Con quale frequenza le capita di parlare di politica?

Tutti i giorni	1 <input type="checkbox"/>
Qualche volta alla settimana	2 <input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana	3 <input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese	4 <input type="checkbox"/>
Qualche volta l'anno	5 <input type="checkbox"/>
Mai	6 <input type="checkbox"/>

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

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

Negli ultimi 12 mesi:

(una risposta per ogni riga)

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

Con che frequenza si informa dei fatti della politica italiana?

Tutti i giorni	1 <input type="checkbox"/>
Qualche volta alla settimana	2 <input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana	3 <input type="checkbox"/>
Qualche volta al mese	4 <input type="checkbox"/>
Qualche volta l'anno	5 <input type="checkbox"/>
Mai	6 <input type="checkbox"/>

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 ☐
- Collegli di lavoro 09 ☐
- Incontri o riunioni presso
organizzazioni politiche 10 ☐
- Incontri o riunioni presso
organizzazioni sindacali 11 ☐
- Altro 12 ☐

(Se non si informa mai di politica)

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

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

**UFFICI ANAGRAFICI,
(COMUNALI,
CIRCOSCRIZIONALI)**

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

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

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

(Se Sì)

In genere quanto aspetta in fila prima di essere servito?

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

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

Come trova l'orario?

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

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

(una sola risposta)

- L'orario mi va bene così com'è 1 ☐
- Orario continuato fino alle
16/17 almeno in alcuni giorni 2 ☐
- Due aperture (mattino e pomeriggio)
dal lunedì al venerdì 3 ☐
- Possibilità di una lunga apertura
(es. 8/20) in alcuni periodi fissi
(es. 1 volta alla settimana) 4 ☐
- Altro orario 5 ☐
- Mi è indifferente 6 ☐
- Non so 7 ☐

**CERTIFICAZIONE E
SEMPLIFICAZIONE**

**(PER LE PERSONE
DI 18 ANNI E PIÙ)**

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

- NO 1 ☐
- Sì 2 ☐

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

(possibili più risposte per riga)

- | | NO | SÌ | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| | | rivolgendomi
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"/> | |

**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 con altri Comuni.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comodità di orari	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Costo del biglietto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(Per le persone di 14 anni e più)

Lei utilizza pullman, corriere che collegano Comuni diversi?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Qualche volta al mese 3 ☐

Qualche volta l'anno 4 ☐

Mai 5 ☐

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

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

(una risposta per ogni riga)

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

(Per le persone di 14 anni e più)

Lei utilizza il treno?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Qualche volta al mese..... 3 ☐

Qualche volta l'anno..... 4 ☐

Mai..... 5 ☐

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

Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio ferroviario?

(una risposta per ogni riga)

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

(Per le persone di 18 anni e più)

Lei utilizza l'automobile, come conducente?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Qualche volta al mese..... 3 ☐

Qualche volta l'anno..... 4 ☐

Mai..... 5 ☐

VITA QUOTIDIANA

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

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

(massimo 3 risposte)

Disoccupazione01 ☐

Criminalità02 ☐

Evasione fiscale.....03 ☐

Problemi ambientali04 ☐

Debito pubblico05 ☐

Inefficienza sistema sanitario06 ☐

Inefficienza sistema scolastico07 ☐

Inefficienza sistema giudiziario08 ☐

Immigrazione extra-comunitaria09 ☐

Povertà10 ☐

Altro11 ☐

Nel suo Comune quanto ritiene siano gravi i seguenti problemi?

(una risposta per ogni riga)

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

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

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

No 1 ☐ Sì 2 ☐

2. Quali delle seguenti situazioni si è verificata?

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

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

Il questionario è stato compilato personalmente dal componente..... 3 ☐

Il questionario è stato compilato da un familiare 4 ☐

Il questionario non è stato compilato per rifiuto 5 ☐

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

(Se cod. 3 o 4 alla domanda 2)

3. Il questionario è stato compilato

In modo completo senza difficoltà. 1 ☐

In modo completo con difficoltà 2 ☐

In modo incompleto e lacunoso..... 3 ☐

