



INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

ASPETTI DELLA VITA
QUOTIDIANA
ANNO 1997

5	<div>Numero dei componenti la famiglia attuale</div> <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 o 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
<u>Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto)</u>	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 scrivere	8
Nessun titolo - non sa leggere e scrivere	9

Col. 8 Condizione (14 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

Co. 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 (14 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.

1. DATI ANAGRAFICI

1.2 Sesso Maschio 1 ☐
Femmina 2 ☐

1.3 Età (in anni compiuti) |_|_|

1.4 Cittadinanza:

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

(Per tutte le persone di 6 anni e più)

2.4 Negli ultimi dodici mesi ha frequentato lezioni private o corsi a spese sue o della famiglia?

NO	SI	
Recupero scolastico		
(ripetizioni, lezioni private)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Informatica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dattilografia, stenografia	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Lingue	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Attività artistiche e/o culturali		
(musica, canto, pittura, ceramica, ecc.)	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

3. SPOSTAMENTI QUOTIDIANI

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

3.1 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 ☐

↓
domanda 4.1

3.2 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 ☐ → *domanda 3.5*
Sì, un solo mezzo 2 ☐
Sì, due o più mezzi 3 ☐
(Se Sì)

3.3 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 ☐

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

Tempo impiegato
abitualmente ore |_|_| minuti |_|_|

Tempo impiegato variabile 9999 ☐

4. LAVORO

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

4.1 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 |_|_| minuti |_|_| a settimana

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

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

5. SALUTE, MALATTIE CRONICHE GRADO DI AUTONOMIA

(PER TUTTI)

5.1 Come va in generale la sua salute?

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

|_|

5.2 Lei è affetto da una malattia cronica o da una 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 ☐

(Per tutti)

5.4 Lei è esente da ticket (per l'acquisto dei farmaci o per l'effettuazione di accertamenti diagnostici) per la presenza di una malattia cronica o di una invalidità?

NO 1 ☐ Sì 2 ☐

(Per tutti)

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

(una risposta per ogni riga)

	NO	SI
Diabete	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Angina pectoris o altre malattie del cuore	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Malattie allergiche	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Tumore (incluso linfoma e leucemia)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ulcera gastrica e duodenale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Calcolosi del fegato o 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"/>

6.1 Quando ha un problema di salute si rivolge al medico di base?

(il medico del servizio sanitario nazionale)

Sempre..... 1 ☐

Spesso 2 ☐

Qualche volta 3 ☐

Mai 4 ☐

6.2 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 ☐

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

(PER TUTTI)

7.1 Negli ultimi 12 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	SI	Quante volte? N.
Pronto soccorso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Day hospital	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Guardia medica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Assistenza domiciliare	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Consultorio familiare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Centri Igiene Mentale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Servizio assistenza ai tossicodipendenti.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

8. SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

6. MEDICO DI BASE

(PER TUTTI)

8.1 Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura convenzionato o in una casa di cura privata?
(Non considerare i ricoveri per parto o nascita quando non si sono verificate complicazioni)

NO 1 ☐ sì 2 ☐
domanda 9.1

(Se Sì)

8.2 Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N°. | | |

8.3 Quante giornate complessivamente, è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N°. | | |

8.4 E' rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

	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"/>

9. ASSICURAZIONE

(PER TUTTI)

9.1 Lei ha (da solo o insieme ad altri componenti della famiglia):
(possibili più risposte)

	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"/>

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

NO 00 ☐ → *domanda 11.4*

SI, quante volte? N. | | |

(Se Sì)

11.2 Per quanti giorni è stato in vacanza in Italia e per quanti all'estero?

N. giorni in Italia | | | |

N. giorni all'Estero (CEE) | | | |

N. giorni all'Estero (al di fuori della CEE). | | | |

11.3 Quindi complessivamente è stato in vacanza per quanti giorni ?

Giorni di vacanza in totale N . | | | |

(Se non si è recato in vacanza)

11.4 Per quali motivi?
(possibili più risposte)

Per ragioni economiche ... 1 ☐

Per motivi di lavoro 2 ☐

Per mancanza di abitudine 3 ☐

Perché già residente in località di villeggiature 4 ☐

Per motivi di famiglia 5 ☐

Per altri motivi 6 ☐

13. AMICI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

13.1 Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?

Tutti i giorni 1 ☐

Più di una volta alla settimana 2 ☐

11. VACANZE IN ITALIA E ALL'ESTERO, MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

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 ☐

Qualche volta durante l'anno 5 ☐ 5 ☐

Mai 6 ☐ 6 ☐

15. RAPPORTI CON I FIGLI

(PER LE PERSONE DI 45 ANNI E PIÙ)

15.1 Lei ha figli?

NO 00 ☐ → passare a domanda 16.1

Sì, quanti? N. ☐ ☐ ☐

(Se ha figli, rispondere alla domanda 14.2)

15.2 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)

14. RAPPORTI CON I GENITORI

(PER LE PERSONE DA ZERO A 64 ANNI)

14.1 Dove abitano suo padre e sua madre?

	Padre	Madre
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"/>
E' deceduto/a	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

(Se i genitori non sono deceduti e non vivono insieme a lei rispondere alle domande 13.2 e 13.3)

14.2 Con che frequenza vi vedete?

	Padre	Madre
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"/>

14.3 Con che frequenza vi sentite per telefono?

	Padre	Madre
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"/>

	1° figlio/a	2° figlio/a	3° figlio/a
--	-------------	-------------	-------------

Sesso

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"/>

Dove abitano

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"/>

Nello stesso Comune

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"/>

In altro Comune in Italia distante :

meno di 16 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)

15.3 Con che frequenza vi vedete?

	1° figlio/a	2° figlio/a	3° figlio/a
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 ☐ 5 ☐ 5 ☐
Mai 6 ☐ 6 ☐ 6 ☐

15.4 Con che frequenza vi sentite per telefono?

	1° figlio/a	2° figlio/a	3° figlio/a
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"/>

16. SCIPPI E BORSEGGI

*(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)*

**16.1 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 ☐ → *domanda 16.4*
Sì, quante volte? N.

(Se Sì)

16.2 Consideri l'ultima volta, dove le è successo?

Nel Comune in cui risiede 1 ☐
In altra località in Italia 2 ☐

In altra località all'Estero 3 ☐

**16.3 La Polizia, i Carabinieri o altra autorità competente
è stata informata dell'accaduto?**

NO 1 ☐
Sì 2 ☐

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

**16.4 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 ☐
Sì, quante volte? N.

(Se Sì)

16.5 Consideri l'ultima volta, dove le è successo?

Nel Comune in cui risiede 1 ☐
In altra località in Italia 2 ☐
In altra località all'Estero 3 ☐

**16.6 La Polizia, i Carabinieri o altra autorità competente
è stata informata dell'accaduto?**

NO 1 ☐
Sì 2 ☐

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 ☐

Se NO, indicare il numero d'ordine del componente che ha dato le notizie
(cfr. col. 1 della Scheda Generale), se esterno alla famiglia indicare 99

N.

QUESTIONARIO FAMILIARE

1. L'ABITAZIONE E LA ZONA IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

1.1 La zona in cui abita la famiglia presenta molto, abbastanza, poco, per niente

(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					
parking	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"/>

1.2 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 ☐

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

N.

1.4 L'abitazione dispone di bagno o doccia?

NO 0 ☐

Sì, quanti N.

1.5 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"/>

1.6 L'abitazione dispone di telefono?

NO..... 1 ☐ domanda 1.10

Sì..... 2 ☐

(Se Sì)

1.7 Quanti NUMERI DI TELEFONO ha la famiglia, nell'abitazione in cui vive o in altra abitazione, intestati a persona 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 ☐

1.8 Il suo numero telefonico è riportato nell'elenco telefo-

nico del Comune in cui vive?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

Si uno, no l'altro..... 3 ☐

1.9 Chi risponde abitualmente la sera quando squilla il telefono?

N° ordine del componente

Un po' tutti..... 99 ☐

(Per tutti)

1.10 L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO1 ☐ domanda 1.9

Sì 2 ☐

(Se Sì)

1.11 Tipo di riscaldamento prevalente:

(una sola risposta)

Centralizzato 1 ☐

Autonomo 2 ☐

Solo apparecchi singoli (compresi
camini e stufe) 3 ☐

(Per tutti)

1.12 Si verificano uno o più dei seguenti problemi?

(una risposta per 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"/>

1.13 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 ☐

1.14 A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

Affitto o subaffitto 1 ☐ domanda 1.16

Proprietà 2 ☐

Usufrutto 3 ☐ domanda 1.16

Titolo gratuito 4 ☐

Altro 5 ☐ domanda 1.16

(Se è di proprietà o a titolo gratuito)

1.15 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)

1.16 Negli ultimi dodici mesi uno o più componenti della famiglia ha acquistato un'abitazione?

NO 1 ☐
Sì 2 ☐

2. ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

2.1 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"/>

(a) lasciare in bianco se non è utilizzata

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

(una risposta per riga)

Tipo di rifiuti	Sì sempre	Sì qualche volta	Mai	non sono disponibili i contenitori in zona
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"/>

3. CAMBIAMENTI DI ABITAZIONE

3.1 Negli ultimi 12 mesi uno o più dei componenti della famiglia attuale ha cambiato abitazione?
NO 1 ☐ *domanda 3.5 a pagina successiva*
Sì 2 ☐

(Se Sì)

3.2 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 ☐

3.3 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 ☐

(Se c'è stato un cambiamento di abitazione)

3.4 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 andare a vivere per conto proprio
(da solo o con amici)..... 10 ☐
Per andare a vivere con altre persone
(coniuge, figlio, genitore)..... 11 ☐
Per andare a vivere in una zona più bella,
più tranquilla, con più verde 12 ☐
Per andare a vivere in una abitazione più
bella con terrazzo o giardino ecc. 13 ☐
Per studio..... 14 ☐
Altro (specificare)..... 15 ☐

ATTENZIONE andare a domanda 3.7

(Se non c'è stato cambiamento di abitazione)

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

NO 1 ☐ *domanda 3.7*

Sì 2 ☐

(Se Sì)

3.6 Quali sono i motivi prevalenti dell'intenzione di cambiare 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 andare a vivere per conto proprio
(da solo o con amici)..... 10 ☐

Per andare a vivere con altre persone
(coniuge, figlio, genitore)..... 11 ☐

Per andare a vivere in una zona più bella,
più tranquilla, con più verde 12 ☐

Per andare a vivere in una abitazione più
bella con terrazzo o giardino ecc. 13 ☐

Per studio..... 14 ☐

Altro (specificare)..... 15 ☐

(Per tutti)

3.7 Negli ultimi dodici mesi un figlio è andato a vivere per conto proprio per matrimonio o altro motivo?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

4.1 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 ☐ 2 ☐ |__|

In una abitazione secondaria
(al mare, in montagna, ecc.) 3 ☐ 4 ☐ |__|

(Se Sì)

4.2 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 ☐

5. ASSICURAZIONE CONTRO I FURTI NELL'ABITAZIONE

5.1 La famiglia è assicurata contro i furti nell'abitazione?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

6. SERVIZI PRIVATI ALLA FAMIGLIA

6.1 La famiglia si avvale del servizio a pagamento di:

	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 alla domanda 6.2, altrimenti passare alla 7.1)

6.2 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

4. FURTI NELLE ABITAZIONI

7. RICORSO ALLA CONSULENZA DI PROFESSIONISTI

7.1 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 ☐ 2 ☐
 Notaio 3 ☐ 4 ☐
 Commercialista 5 ☐ 6 ☐

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

(possibili più risposte)

Non deve compilare nessun modulo 1 ☐
 Se ne occupano uno o più componenti della famiglia 2 ☐
 Se ne occupano organizzazioni o persone non a pagamento 3 ☐
 Se ne occupa un commercialista, una organizzazione o altra persona a pagamento 4 ☐

8. ELETTRODOMESTICI, COMPUTER, MEZZI DI TRASPORTO

8.1 La famiglia possiede

NO SI

Lavastoviglie..... 1 ☐ 2 ☐
 Lavatrice..... 3 ☐ 4 ☐
 Videoregistratore..... 5 ☐ 6 ☐
 Videocamera..... 7 ☐ 8 ☐
 Impianto stereo HI-FI per ascoltare la musica..... 1 ☐ 2 ☐
 Computer (videogiochi, altre apparecchiature computerizzate, escluso personal computer)..... 3 ☐ 4 ☐
 Personal computer..... 5 ☐ 6 ☐
 Modem..... 7 ☐ 8 ☐
 Abbonamento a internet..... 1 ☐ 2 ☐
 Segreteria telefonica..... 3 ☐ 4 ☐
 Fax..... 5 ☐ 6 ☐
 Telefono cellulare..... 7 ☐ 8 ☐
 Televisore a colori..... 1 ☐ 2 ☐ N. i_i
 Biciclette..... 3 ☐ 4 ☐ N. i_i
 Motorino, scooter..... 5 ☐ 6 ☐ N. i_i
 motocicletta, moto..... 7 ☐ 8 ☐ N. i_i
 Automobile..... 1 ☐ 2 ☐ N. i_i

9. SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

9.1 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 ☐

9.2 Con riferimento agli ultimi dodici 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 ☐

9.3 La sua famiglia negli ultimi dodici mesi è riuscita a risparmiare?

NO 1 ☐
 SÌ 2 ☐
 Non so 3 ☐

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

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

9.5 In quale delle seguenti classi è approssimativamente compreso il reddito complessivo mensile della sua famiglia?

(sommare tutte le entrate sue e dei suoi familiari: salari e stipendi, proventi professionali d'impresa, pensioni, rendite, indennità, sussidi, ecc. al netto di imposte e contributi sociali)

Fino	a	600.000	Lire	01	<input type="checkbox"/>
da	600.001	a	700.000	"	02 <input type="checkbox"/>
da	700.001	a	800.000	"	03 <input type="checkbox"/>
da	800.001	a	1.000.000	"	04 <input type="checkbox"/>
da	1.000.001	a	1.200.000	"	05 <input type="checkbox"/>
da	1.200.001	a	1.500.000	"	06 <input type="checkbox"/>
da	1.500.001	a	2.000.000	"	07 <input type="checkbox"/>
da	2.000.001	a	2.500.000	"	08 <input type="checkbox"/>
da	2.500.001	a	3.000.000	"	09 <input type="checkbox"/>
da	3.000.001	a	3.500.000	"	10 <input type="checkbox"/>
da	3.500.001	a	4.000.000	"	11 <input type="checkbox"/>
da	4.000.001	a	5.000.000	"	12 <input type="checkbox"/>
da	5.000.001	a	6.000.000	"	13 <input type="checkbox"/>
da	6.000.001	a	7.000.000	"	14 <input type="checkbox"/>
da	7.000.001	a	8.000.000	"	15 <input type="checkbox"/>
	oltre	8.000.000	"	16	<input type="checkbox"/>

9.6 Lei e la sua famiglia sareste disponibili ad una intervista simile a questa l'anno prossimo?

NO 1 ☐ Si..... 2 ☐

HI 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 ☐

Se le risposte sono state fornite da un solo componente, specificare:

Numero d'ordine del componente che ha fornito le risposte ai quesiti della Scheda Familiare.....N. I_I_I
(cfr. col. 1 della Scheda Generale), se esterno famiglia indicare 99

RISERVATO AL RILEVATORE

1.1 Tipo di abitazione

Villa o villino.....	1 <input type="checkbox"/>
Signorile.....	2 <input type="checkbox"/>
Civile.....	3 <input type="checkbox"/>
Economico o popolare.....	4 <input type="checkbox"/>
Rurale.....	5 <input type="checkbox"/>
Abitazione impropria	6 <input type="checkbox"/>

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. E' 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, per il triennio 1997 - 1999. L'Istat è tenuto per legge a svolgere queste attività di ricerca e ad utilizzare le informazioni rilevate esclusivamente a fini statistici. Le informazioni ottenute non saranno comunicate a persone o istituzioni diverse dall'Istat se non in forma aggregata e 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, 5.4.

La invitiamo, 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'incaricato del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, viene presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari.

Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero 06/54900-320 (ore 9,00-13,00). Il titolare della rilevazione è l'Istituto Nazionale di Statistica, via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma. Responsabile della rilevazione è il dirigente del Servizio struttura e dinamica sociale. Per le fasi di rilevazione di loro competenza, sono altresì responsabili i dirigenti degli uffici dei Comuni e le persone da essi incaricate.

TUTELA DELLA RISERVATEZZA, DIRITTI DEGLI INTERESSATI E RIFERIMENTI NORMATIVI:

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322-artt. 7 (obbligo di fornire i dati statistici), 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), 9 (disposizione della tutela del segreto statistico), 11 (sanzioni amministrative in caso di mancata risposta), 13 (Programma Statistico Nazionale)
 - Legge 31 dicembre 1996, n. 675 – artt. 1, 8, 10, 13,
 - Programma Statistico Nazionale, triennio 1997 – 1999: D.P.C.M. del 27 novembre 1996;
 - Indagini per le quali sussiste l'obbligo di risposta: DPR 4 dicembre 1996.

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

ASPETTI DELLA VITA

**QUOTIDIANA
ANNO 1997**

MOD. ISTAT/IMF-7/B.97

Questionario per autocompilazione
(componente n. |__|__|)

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Stiamo facendo una inchiesta sulla vita delle famiglie italiane.

Abbiamo bisogno della sua collaborazione.

La preghiamo di leggere con attenzione le domande che seguono e di rispondere mettendo una croce sul quadratino della risposta che ha scelto,

così ☐

- Alcune volte troverà spazio per scrivere dei numeri. Scriva il numero all'interno dello spazio,

così ☐ o così |__|__|

- Se incontra delle difficoltà a rispondere si rivolga alla persona che le ha consegnato il questionario, che gentilmente le spiegherà ciò di cui ha bisogno.

Le siamo molto grati per la sua gentile collaborazione

Sesso Maschio 1 ☐
Femmina 2 ☐

1. FARMACI (PER TUTTI)**1.1 Negli ultimi due giorni ha fatto uso di farmaci?**

Sì..... 1 ☐
NO..... 2 ☐ → *passare a domanda 1.4*
Non ricordo 3 ☐ → *passare a domanda 1.4*

(Se Sì)
1.2 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 ☐

1.3 Ha dovuto acquistare i farmaci o li aveva già in casa?
(sono 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 ☐

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

2. ALIMENTAZIONE (PER LE PERSONE
DI 3 ANNI E PIÙ)**2.1 Qual'è il suo pasto principale?**

Prima colazione 1 ☐
Pranzo 2 ☐
Cena 3 ☐

2.2 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)..... 7 ☐

2.3 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 ☐
In altro luogo 5 ☐
(specificare)
Non consumo pranzo..... 6 ☐

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

Tutti i giorni 1 ☐
Qualche volta a settimana 2 ☐
Una volta a settimana 3 ☐
Qualche volta al mese 4 ☐
Qualche volta l'anno 5 ☐
Mai 6 ☐

2.5 Con quale 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 setti- mana	Meno di una volta a setti- mana	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"/>
Carne bovine (manzo, vitellone ecc.) 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"/>

2.6 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 ☐

2.7 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 ☐

3. BEVANDE

(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

3.1 Con quale frequenza consuma abitualmente le bevande seguenti?

(una risposta per ogni riga)

	Tutti i giorni	Da 4 a 6 volte alla setti- mana	Da 1 a 3 volte alla setti- mana	Più rara- mente in occa- sioni particolari	Sta- gional- mente	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 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"/>

3.2 Le capita di bere vino o alcoolici fuori dai pasti?

Tutti i giorni 1 ☐

Qualche volta alla settimana 2 ☐

Più raramente 3 ☐

Mai 4 ☐

4. CONSUMO DI TABACCO

(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

4.1 Lei attualmente fuma?

Sì..... 1 ☐

NO, ma ho fumato
in passato 2 ☐ → **passare a domanda 5.1**

NO, non ho mai
fumato..... 3 ☐ → **passare a domanda 5.1**

(Se Sì)

4.2 Che cosa fuma prevalentemente?

(una sola risposta)

Sigari 1 ☐

Pipa 2 ☐

Sigarette..... 3 ☐

(Se fuma prevalentemente sigarette)

4.3 Quante sigarette fuma in media al giorno?

N.

5. RADIO

(PER LE PERSONE
DI 3 ANNI E PIÙ)

5.1 Ha l'abitudine di ascoltare la radio?

passare a
 NO..... 1 ☐ → domanda 6.1
 Sì, tutti i giorni..... 2 ☐
 Sì, qualche giorno..... 3 ☐

5.2 (Se Sì)
 Nei giorni in cui ascolta la radio, generalmente per quanto tempo al giorno l'ascolta?

ore minuti
 non so 9999 ☐

6. TV

(PER LE PERSONE
 DI 3 ANNI E PIÙ)

6.1 Ha l'abitudine di guardare la TV?

passare a
 NO..... 1 ☐ → domanda 7.1
 Sì, tutti i giorni..... 2 ☐
 Sì, qualche giorno..... 3 ☐

6.2 (Se Sì)
 Nei giorni in cui guarda la televisione, generalmente per quanto tempo al giorno la guarda?

ore minuti
 non so 9999 ☐

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

**7. CINEMA, TEATRO
 SPETTACOLI VARI**

(PER LE PERSONE
 DI 6 ANNI E PIÙ)

7.1 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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 Altri concerti
 di musica 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 Spettacoli
 sportivi 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 Discoteche, balere,
 night club, o altri
 luoghi dove ballare 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
 Siti archeologici,
 monumenti 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8. LETTURE

(PER LE PERSONE
 DI 6 ANNI E PIÙ)

8.1 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 ☐

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

NO..... 1 ☐ → passare a domanda 9.1
 Sì 2 ☐

8.3 (Se Sì)
 Quanti libri ha letto negli ultimi 12 mesi?
 (indicare solo i libri letti per motivi non strettamente scolastici o professionali)

N°

**9. PARTECIPAZIONE
 RELIGIOSA**

(PER LE PERSONE
 DI 6 ANNI E PIÙ)

9.1 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**

10. PARTECIPAZIONE SOCIALE

**(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)**

10.1 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 ☐

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

NO SI

Partiti politici 1 ☐ 2 ☐

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

Associazioni o gruppi di
volontariato 5 ☐ 6 ☐

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

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

Associazioni professionali,
o di categoria 5 ☐ 6 ☐

10.4 Negli ultimi 12 mesi:
(una risposta per ogni riga)

NO SI

Ha partecipato a un comizio 1 ☐ 2 ☐

Ha partecipato a un corteo 3 ☐ 4 ☐

Ha sentito un dibattito politico 5 ☐ 6 ☐

Ha dato soldi a un partito
(per sottoscrizione,
iscrizione, sostegno) 7 ☐ 8 ☐

Ha dato soldi ad una associazione 1 ☐ 2 ☐

Ha svolto attività
gratuita per associazioni
o gruppi di volontariato 3 ☐ 4 ☐

Ha svolto attività
gratuita per una associazione
non di volontariato 5 ☐ 6 ☐

Ha svolto attività
gratuita per un partito 7 ☐ 8 ☐

Ha svolto attività
gratuita per un sindacato 1 ☐ 2 ☐

Attenzione!

**Chi ha svolto attività gratuita per associazioni o
gruppi di volontariato risponda alla sezione 11.**

**TUTTI GLI ALTRI continuino con la Domanda 12.1
alla pagina accanto.**

**11. ATTIVITÀ
GRATUITA DI
VOLONTARIATO
AS-**

**(PER TUTTE LE PERSONE
CHE HANNO SVOLTO AT-
TIVITÀ GRATUITA PER
SOCIÀZIONI O GRUPPI DI
VOLONTARIATO NEGLI
ULTIMI 12 MESI)**

**11.1 Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza ha svolto
le attività per l'associazione o il gruppo di
volontariato per cui collabora ?**

Più volte alla settimana 1 ☐

Una volta alla settimana 2 ☐

Una o più volte al mese 3 ☐

Più raramente 4 ☐

**11.2 Per quale ragione ha scelto di collaborare con un
gruppo o associazione di volontariato?**
(possibili 3 risposte)

Nessuna in particolare, è stato solo per
puro caso 01 ☐

Così mi sembrava di dare un senso alla
mia vita 02 ☐

Lavorare insieme agli altri è un valore di
per sé 03 ☐

Mi piace stare con la gente 04 ☐

- Lavoro con persone uguali a me con cui
mi trovo a mio agio 05 ☐
- Il lavoro è meglio organizzato e
l'impegno è più costante..... 06 ☐
- Si conta di più, si è più ascoltati dalle
istituzioni 07 ☐
- Così faccio qualcosa di utile 08 ☐
- E' una scelta di fede 09 ☐
- Altro (specificare)..... 10 ☐

**11.3 Per quali persone Lei entra in contatto per
svolgere le attività di volontariato?**
(possibili 3 risposte)

- Alcolisti 01 ☐
- Anziani 02 ☐
- Detenuti/ex-detenuti 03 ☐
- Persone senza fissa dimora 04 ☐
- Zingari 05 ☐
- Immigrati, profughi 06 ☐
- Giovani in situazione di disagio 07 ☐
- Minori 08 ☐
- Portatori di handicap 09 ☐
- Tossicodipendenti 10 ☐
- Malati di Aids 11 ☐
- Malati 12 ☐
- Cittadini in genere 13 ☐
- Altri membri del gruppo 14 ☐
- Altro (specificare.....). 15 ☐
- Nessuno 16 ☐

**11.4 Nel gruppo o nell'associazione per cui ha lavorato
lei si occupa di qualcuna delle seguenti attività?**
(possibili 3 risposte)

- Raccolgo fondi 01 ☐
- Ricopro una carica sociale 02 ☐
- Dò degli aiuti in denaro 03 ☐
- Lavoro in direzione/amministrazione 04 ☐
- Dò informazioni e aiuto per telefono..... 05 ☐
- Faccio informazione/campagne di
Sensibilizzazione 06 ☐

- Insegno o faccio informazione 07 ☐
- Dò consulenze 08 ☐
- Coordino il lavoro di gruppo 09 ☐
- Faccio animazione 10 ☐
- Sono un donatore di sangue..... 11 ☐
- Trasporto persone/cose 12 ☐
- Svolgo attività di aiuto generico (compagnia,
faccio visite, servizi postali, spesa,
preparo/servo pasti) 13 ☐
- Svolgo attività di assistenza infermieristica,
terapeutica/sanitaria 14 ☐
- Mi occupo del reinserimento sociale..... 15 ☐
- Svolgo i servizi di ascolto/prima accoglienza/
colloqui individuali 16 ☐
- Mi occupo della tutela e della difesa
dei consumatori..... 17 ☐
- Altro (specificare) . 18 ☐

**11.5 L'associazione o il gruppo con cui collabora
principalmente è di ispirazione religiosa?**

NO..... 1 ☐ SÌ 2 ☐

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

(PER TUTTE LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

**12.1 Negli ultimi 12 mesi le è capitato di servirsi degli
Uffici anagrafici (comune, circoscrizione, anagrafe)
per certificati, documenti, autentiche e altre
pratiche ?**

NO..... 1 ☐ → *passare a domanda 12.3*

Sì 2 ☐

(Se Sì)

**12.2 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)

12.3 Come trova l'orario?

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

12.4 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 ☐

12.5 E' a conoscenza della possibilità di autocertificarsi, cioè di compilare lei stesso alcuni dei certificati (come stato di famiglia, residenza,...) che normalmente si richiedono presso uffici pubblici?

NO..... 1 ☐ → *passare a domanda 12.8*

Sì 2 ☐

(Se Sì)

12.6 Quante volte se ne è servito negli ultimi 12 mesi?

N. volte | _ | _ |

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

NO..... 1 ☐

Sì 2 ☐

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

12.8 Negli ultimi 12 mesi ha richiesto uno dei seguenti certificati o documenti?
(possibili più risposte per riga)

NO

SI

rivolgen-
domi
direttamente
all'Ufficio
competente

 rivolgen-
domi
ad agenzia
o privati

- Certificati anagrafici 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Pratiche automobilistiche ... 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Documenti o certificati per

- l'iscrizione a scuola o
all'università 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Documenti o certificati
del catasto 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Altro 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

13. ASL: UNITA' SANITARIE LOCALI

(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

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

NO..... 1 ☐ → *domanda 13.3*

Sì 2 ☐

(Se Sì)

12.2 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)

13.3 Come trova l'orario?

Molto comodo 1 ☐

Abbastanza comodo 2 ☐

Poco comodo 3 ☐

Per niente comodo 4 ☐

Non so 5 ☐

13.4 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 ☐

raccomandate 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

(Per tutte le persone di 14 anni e più)

14.4 Come trova l'orario?

Molto comodo 1 ☐

Abbastanza comodo 2 ☐

Poco comodo 3 ☐

Per niente comodo 4 ☐

Non so 5 ☐

14. SERVIZI POSTALI

(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

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

NO..... 1 ☐ → **passare a domanda 14.4**

Sì 2 ☐

(Se Sì)

14.2 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	Qualche 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)

14.3 In genere quanto ha aspettato 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					

14.5 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 ☐

L'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 ☐

15. TRASPORTI

(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)

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

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 ☐

**passare a
domanda 15.3**

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

15.2 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio di autobus, tram, all'interno del suo Comune?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddi- sfatto	Abba- stanza soddi- sfatto	Poco soddi- sfatto	Per niente soddi- sfatto
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 tutte le persone di 14 anni e più)

15.3 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 ☐

↓

passare a domanda 15.5

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

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

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddi- sfatto	Abba- stanza soddi- sfatto	Poco soddi- sfatto	Per niente soddi- sfatto
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 tutte le persone di 14 anni e più)

15.5 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 ☐

↓

passare a domanda 16.1

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

15.6 Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio ferroviario?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddi- sfatto	Abba- stanza soddi- sfatto	Poco soddi- sfatto	Per niente soddi- sfatto
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"/>
Pulizia delle vetture ...	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, servizi di ristoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

16. BANCA

(PER LE PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ)

16.1 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 ☐ → passare a domanda 16.3

Sì 2 ☐

(Se Sì)

16.2 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)

16.3 Lei possiede il Bancomat?

NO..... 1 ☐

Sì 2 ☐

16.4 Lei possiede la Carta di Credito

NO..... 1 ☐ → *passare a domanda 17.1*

Sì 2 ☐

(Se Sì)

16.5 Quante Carte di Credito possiede?

N. |

**17. SODDISFAZIONE
DELL'ANNO
TRASCORSO**

*(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)*

**17.1 Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto
dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua
vita?**

(una risposta per ogni riga)

Situazione	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
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, gli altri continuare
con la sez. 18)*

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

Molto 1 ☐ → *domanda*

Abbastanza 2 ☐ *18.1*

Poco 3 ☐

Per niente 4 ☐

(Se poco o per niente soddisfatto del proprio lavoro)

17.3 Per quale motivo non è soddisfatto del suo lavoro?
(possibili più risposte)

Perché vorrei svolgere una lavoro
fuori casa 1 ☐

Perché vorrei svolgere un altro
tipo di lavoro..... 2 ☐

Perché il lavoro attuale è troppo
pesante 3 ☐

Perché il lavoro attuale è noioso
e di routine 4 ☐

Perché non ho buoni rapporti
con i miei superiori 5 ☐

Perché non ho buoni rapporti
con i miei colleghi 6 ☐

Perché è un lavoro che non corrisponde
alla mia professionalità e titolo di studio 7 ☐

Perché l'orario di lavoro è troppo pesante 8 ☐

Perché vorrei più aiuto in casa 9 ☐

Altro (specificare) 10 ☐

**18. SERVIZIO DI LEVA PER
UOMINI E DONNE**

*(PER LE PERSONE
DI 14 ANNI E PIÙ)*

**18.1 Attualmente per poter svolgere il servizio civile
invece di quello militare bisogna fare obiezione di
coscienza. Lei sarebbe d'accordo con la
possibilità di scegliere il servizio civile senza
dover fare obiezione di coscienza ?**

Molto 1 ☐

Abbastanza 2 ☐

Poco 3 ☐

Per niente 4 ☐

Non so 5 ☐

**18.2 Lei sarebbe d'accordo con l'istituzione del servi-
zio militare per le donne?**

Sì, obbligatorio per tutte 1 ☐

Sì, solo per le donne che lo voglio 2 ☐

No 3 ☐

Non so 4 ☐

**18.3 Lei sarebbe d'accordo con l'istituzione del servi-
zio civile per le donne, cioè lavori socialmente
utili per un anno presso enti o associazioni
dietro piccola retribuzione?**

Sì, obbligatorio per tutte 1 ☐

Sì, solo per le donne che lo voglio 2 ☐

No 3 ☐

Non so 4 ☐

**18.4 Lei sarebbe d'accordo le donne partecipassero
ai concorsi per la carriera militare?**

Molto 1 ☐

Abbastanza 2 ☐

Poco 3 ☐

Per niente 4 ☐

Non so 5 ☐

**18.5 Che cosa pensa che ci sia di positivo
nell'esperienza del servizio militare?**
(possibili più risposte)

- Cambiare ambiente, fare conoscenze
interessanti01 ☐
- Fare una nuova esperienza..... 02 ☐
- Prestare un servizio utili al Paese..... 03 ☐
- Maturare un maggior senso di
Responsabilità e autonomia personale ... 04 ☐
- Essere pronti a contrastare eventuali
soluzioni autoritarie del Paese 05 ☐
- Svolgere attività fisica e sportiva 06 ☐
- Sperimentare una disciplina rigida
e gerarchica 07 ☐
- Vivere un'esperienza comunitaria..... 08 ☐
- Ricevere un addestramento militare..... 09 ☐
- Acquisire esperienza professionale utile
per trovare lavoro10 ☐
- Altro (specificare)... 11 ☐
- Niente 12 ☐

**18.6 Che cosa pensa che ci sia di negativo
nell'esperienza del servizio militare?**
(possibili più risposte)

- Lontananza dalla famiglia 01 ☐
- Difficoltà nel rapporto con gli amici
o la fidanzata02 ☐
- Perdita del lavoro 03 ☐
- Ulteriore spesa per la famiglia 04 ☐
- Abituarsi ad una disciplina rigida
e alla gerarchia militare 05 ☐
- Impossibilità di divertirsi e coltivare i
propri interessi 06 ☐
- Regole di vita che non sono proprie 07 ☐
- Ostacolo ai progetti di vita (ritardo
dell'ingresso nel mondo del lavoro
o del completamento degli studi)..... 08 ☐
- E' tempo perso 09 ☐
- Ricevere un addestramento militare..... 10 ☐
- Altro (specificare)... 11 ☐
- Niente 12 ☐

Attenzione!
**Qui finisce il questionario per le persone di 31 anni
e più. Continuare per le persone da 14 a 30 anni**

militare né quello civile Lei sceglierebbe:

Di svolgere il servizio militare..... 1 ☐

Di svolgere il servizio civile 2 ☐

Di non effettuare nessun servizio 3 ☐

(PER LE PERSONE DI 14 A 30 ANNI)

18.8 Lei ha svolto il servizio di leva (militare o civile)?

No, lo devo ancora svolgere..... 1 ☐

No, non l'ho svolto e non lo svolgerò
(riformato, congedato per soprannumero,
altri motivi ecc.)..... 2 ☐

SI, l'ho effettivamente svolto 3 ☐

(PER LE PERSONE DI 14 A 30 ANNI)
18.7 Se non ci fosse l'obbligo di svolgere né il servizio

