

					ID - Famiglia							ID - Intervistato/a		
1	6	0	4	2							0	0		

Data dell'intervista: / /

ID Intervistatore: _____

Iniziali dell'intervistato/a: _____

"Gli Ultracinquantenni in Europa"

Indagine su Salute, Invecchiamento e Pensioni in Europa

Questionario in Autocompilazione

Modalità di COMPILAZIONE del questionario

E' possibile rispondere alla maggior parte delle seguenti domande barrando la casella sottostante o adiacente alla risposta pertinente.

Per cortesia barrare UNA (1) casella:

Corretto o

Non corretto

Per favore, rispondere domanda per domanda. Saltare una domanda solo se si trova un'istruzione esplicita che dice di farlo.

Esempio:

Lei ha figli?

₁ Sì

₅ No



Andare alla domanda ...



*Se Lei risponde "Sì"
in questo esempio,
vada alla domanda
successiva!*

*Se Lei risponde "No"
in questo esempio,
vada alla domanda
indicata nel riquadro!*

Modalità di RESTITUZIONE del Questionario

Per favore, restituisca direttamente il questionario compilato all'intervistatore, se questi si trova ancora presso la Sua abitazione. Altrimenti, per favore spedisca il questionario compilato nella busta pre-pagata prima possibile. *Se ha bisogno di un'altra busta, per favore chiami DOXA al Numero Verde 800-828109.*

PER FAVORE, COMPILI IL QUESTIONARIO A PARTIRE DALLA DOMANDA NUMERO 1 DELLA PAGINA SEGUENTE

TUTTE LE SUE RISPOSTE RIMARRANNO STRETTAMENTE CONFIDENZIALI. LA RINGRAZIAMO NUOVAMENTE PER LA SUA COLLABORAZIONE.

1. Considerando la Sua vita, in generale Lei si sente:
(Barrare la casella appropriata)

Molto soddisfatto	<input type="checkbox"/> ₁
Piuttosto soddisfatto	<input type="checkbox"/> ₂
Piuttosto insoddisfatto	<input type="checkbox"/> ₃
Molto insoddisfatto	<input type="checkbox"/> ₄

2. Di seguito troverà un elenco di affermazioni usate dalle persone per descrivere la propria vita oppure come si sentono. Quanto spesso pensa che queste affermazioni facciano al caso Suo?
(Barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Spesso ▼	Qualche volta ▼	Raramente ▼	Mai ▼
a) L'età mi impedisce di fare quel che vorrei	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sento che non riesco a controllare ciò che mi succede	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Mi sento tagliato/a fuori dagli avvenimenti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Posso fare sempre ciò che desidero	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Le responsabilità familiari mi impediscono di fare ciò che vorrei	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) La mancanza di denaro mi impedisce di fare ciò che vorrei	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Non vedo l'ora che arrivi il nuovo giorno	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Sento che la mia vita ha un senso	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) A conti fatti, posso guardare alla mia vita fin qui con un senso di felicità	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Mi sento pieno/a di energia in questo periodo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) La vita mi appare piena di opportunità	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Il futuro mi appare positivo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	▲	▲	▲	▲
	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai

3. Di seguito troverà un elenco di ulteriori affermazioni usate dalle persone per descrivere la propria vita oppure come si sentono. Per favore, ci dica in che misura è d'accordo con ciascuna affermazione per quanto La riguarda personalmente.

(Barrare la casella appropriata in ogni riga)

		Del tutto d'accordo	D'accordo	Né d'accordo né in disaccord o	Non d'accordo	Per niente d'accordo
		▼	▼	▼	▼	▼
a)	Perseguo i miei obiettivi con grande energia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b)	Di solito mi aspetto il meglio, anche in periodi d'incertezza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c)	Sono sempre ottimista nei confronti del mio futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d)	Difficilmente mi aspetto che le cose vadano come vorrei	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e)	Riesco ancora a risolvere i problemi anche quando gli altri rinunciano	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f)	Di rado conto sul fatto che mi succeda qualcosa di buono	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g)	Considerate le mie precedenti esperienze, mi sento ben preparato/a per il mio futuro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
		▲	▲	▲	▲	▲
		Del tutto d'accordo	D'accordo	Né d'accordo né in disaccord o	Non d'accordo	Per niente d'accordo

4. Nel corso dell'ultima settimana, quante volte ha provato le seguenti sensazioni?

(Barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Quasi sempre ▼	Spesso ▼	Talvolta ▼	Quasi mai ▼
a) Depressione	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sensazione che tutto ciò che facevo richiedesse sforzo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Sonno agitato	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Felicità	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Solitudine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Sensazione che la gente non mi fosse amica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Sentimento di gioia e piacere nei confronti della vita	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Tristezza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) Sensazione di non piacere alla gente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Difficoltà ad ingranare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) Assenza di appetito	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Grande energia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m) Stanchezza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
n) Sensazione di grande riposo al risveglio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	▲ Quasi sempre	▲ Spesso	▲ Talvolta	▲ Quasi mai

5. Le seguenti affermazioni riguardano le reciproche aspettative delle persone. Per favore, ci dica in che misura è d'accordo con ciascuna affermazione per quanto La riguarda personalmente.

a) Sono sempre stato/a soddisfatto/a del rapporto tra ciò che ho dato al mio partner e ciò che ho ricevuto in cambio

₁ Del tutto d'accordo

₈ Non pertinente

₂ D'accordo

₃ Né d'accordo né in disaccordo

₄ Non d'accordo

₅ Per niente d'accordo

b) Ho sempre ricevuto adeguati apprezzamenti per l'aiuto prestato in famiglia

₁ Del tutto d'accordo

₈ Non pertinente

₂ D'accordo

₃ Né d'accordo né in disaccordo

₄ Non d'accordo

₅ Per niente d'accordo

c) Sono sempre stato/a soddisfatto/a dei riconoscimenti ottenuti per i miei sforzi nella mia attuale attività principale (lavoro, cura della casa, volontariato)

₁ Del tutto d'accordo

₂ D'accordo

₃ Né d'accordo né in disaccordo

₄ Non d'accordo

₅ Per niente d'accordo

d) Sono stato/a profondamente deluso/a o ferito/a da qualcuno a cui avevo dato la mia fiducia

₁ Del tutto d'accordo

₂ D'accordo

₃ Né d'accordo né in disaccordo

₄ Non d'accordo

₅ Per niente d'accordo

6. Le seguenti affermazioni si riferiscono ai doveri che le persone possono avere all'interno della propria famiglia. Per favore, ci dica in che misura è d'accordo con ciascuna di esse.

(Barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Del tutto d'accordo	D'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Non d'accordo	Per niente d'accordo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) È dovere dei genitori fare del proprio meglio per i figli anche a costo di sacrificare il proprio benessere.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) È dovere dei nonni aiutare i propri nipoti in caso di gravi problemi (quali malattia o il divorzio dei genitori).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) È dovere dei nonni contribuire alla sicurezza economica dei propri nipoti e delle loro famiglie.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) È dovere dei nonni aiutare i figli a prendersi cura dei nipotini.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Secondo Lei chi, la famiglia o lo Stato, dovrebbe assumersi la responsabilità di ciascuna delle seguenti forme di assistenza?

(Barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Solo la famiglia	Soprattutto la famiglia	Entrambi nella medesima misura	Soprattutto lo Stato	Solo lo Stato
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Assistenza finanziaria per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Aiuto con i lavori domestici, come fare le pulizie o il bucato, per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Cura personale, lavarsi o vestirsi e/o assistenza socio-sanitaria per gli anziani bisognosi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

8. Capita a volte di non essere d'accordo con qualcuno che ci è vicino a proposito di questioni importanti, fino ad entrare in conflitto. Per favore, ci dica quanto spesso si trova in conflitto con ciascuna delle seguenti persone. (Barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Non Pertinente
a) Genitori	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Suoceri	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Coniuge / Partner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Figli	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) Altri familiari	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Amici, colleghi, conoscenti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

9. Quanto spesso entra in conflitto con i Suoi figli o generi / nuore a proposito dell'educazione e dell'istruzione dei Suoi nipoti? (Barrare la casella appropriata)

	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Non Pertinente
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

10. Lei vive o ha mai vissuto nella stessa casa con Suo marito, Sua moglie o il/la partner?

₁ Sì

₅ No



Andare alla domanda 12.



11. All'interno della coppia chi si assume o si assumeva la responsabilità principale dei seguenti compiti: (Barrare la casella appropriata in ogni riga)

	Solo io	Soprattutto io	Io e il coniuge o partner nella stessa misura	Soprattutto il coniuge o partner	Solo il coniuge o partner	Non pertinente
a) Educazione dei figli	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b) Guadagnare soldi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c) Cucinare, pulire la casa, fare il bucato e stirare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d) Assistere gli anziani	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

12. Nelle prossime domande ci occuperemo di prevenzione sanitaria ed eventuali consigli ricevuti da medici. Ha un Suo medico generico o di base (cioè un medico a cui si può rivolgere per i comuni problemi di salute)?

₁ Sì ₅ No → Andare alla domanda 14.



13. Il Suo medico quanto spesso...

	Ad ogni visita ▼	Solo ad alcune visite ▼	Mai ▼
a) ...Le chiede quanta attività fisica svolge?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ...Le consiglia di fare regolarmente esercizio fisico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ...Le chiede di eventuali cadute?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ...controlla il Suo equilibrio o il modo in cui cammina?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ...controlla il Suo peso?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f) ...Le chiede di eventuali medicinali che sta prendendo, prescritti da un altro medico o acquistati senza ricetta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

14. L'anno scorso, ha fatto il vaccino antinfluenzale?

₁ Sì → Andare alla domanda 16.

₅ No



15. L'anno scorso, è mai stato/a consigliato/a da un medico di fare il vaccino antinfluenzale?

₁ Sì

₅ No

16. Negli ultimi due anni si è sottoposto ad una visita oculistica da uno specialista, come un optometrista o un oculista?

₁ Sì

₅ No

17. **Se è una donna: Negli ultimi due anni si è sottoposta ad una mammografia (radiografia del seno)?**

₁ Sì

₈ Non pertinente (per uomini)

₅ No

18. **Alcuni operatori sanitari fanno esami particolari come la sigmoscopia o la colonscopia per stabilire l'eventuale presenza di un tumore al colon. Negli ultimi dieci anni, Le è mai stato consigliato da un operatore sanitario un esame di questo genere?**

₁ Sì

₅ No

19. **Si è mai sottoposto ad una sigmoscopia o ad una colonscopia? Se sì, a quanto tempo fa risale la più recente?**

₁ Sì, ho fatto uno di questi esami meno di dieci anni fa

₂ Sì, ho fatto uno di questi esami dieci o più anni fa

₃ No, non ho mai fatto esami del genere

20. **È possibile rilevare l'eventuale presenza di sangue nelle feci attraverso un altro tipo di esame clinico, per cui è necessario porre un piccolo campione di feci su una particolare cartina. Negli ultimi dieci anni, si è sottoposto a questo tipo di esame?**

₁ Sì → Andare alla domanda 22.

₅ No



21. **Negli ultimi dieci anni Le è mai stato consigliato da un operatore sanitario un esame di questo tipo?**

₁ Sì

₅ No

22. Le prossime domande riguardano eventuali dolori alle articolazioni ossee. Ha mai sofferto di dolori alle anche, alle ginocchia o ad altre articolazioni (arti superiori o inferiori) per almeno sei mesi?

₁ Sì

₅ No ➔

Andare alla domanda 30.



23. Potrebbe specificare la parte colpita dal dolore? (Segnare tutte le possibili risposte)

a) Dolore alle anche

b) Dolore alle ginocchia

c) Dolore ad altre articolazioni (arti superiori o inferiori)

24. Soffre di dolori alle articolazioni quasi tutti i giorni?

₁ Sì

₅ No

25. Fa attualmente uso di medicinali per questi dolori?

₁ Sì

₅ No ➔

Andare alla domanda 27.



26. Questi medicinali Le tengono il dolore sotto controllo?

₁ Sì

₂ Abbastanza

₃ No

27 Ha informato il Suo medico, o qualsiasi altro medico, di questi dolori?

₁ Sì

₅ No ➔

Andare alla domanda 30.



28. Quando ha informato il medico di questi dolori, lui/lei...

	Sì	No
	▼	▼
a) ... Le ha fatto una visita alle articolazioni?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... Le ha suggerito una terapia a base di medicine contro il dolore?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... L'ha informata a riguardo di eventuali rischi o effetti collaterali legati all'utilizzo di antinfiammatori?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

29. In relazione ai Suoi dolori articolari...

	Sì	No
	▼	▼
a) ... Le è mai stata prescritta della fisioterapia o un programma di attività fisica?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... Le è mai stato consigliato da un medico di sottoporsi ad un intervento chirurgico o ad un intervento per inserire una protesi alle articolazioni?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... è mai stato/a mandato/a da un ortopedico?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

30. Le seguenti domande si riferiscono alla Sua abitazione. Risponda a ciascuna delle seguenti domande barrando “Sì” o “No”. La Sua abitazione ha...?

	Sì ▼	No ▼
a) Una vasca o doccia interni ad uso esclusivo della Sua famiglia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Un water interno ad uso esclusivo della Sua famiglia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Riscaldamento centralizzato	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Aria condizionata	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Un ascensore	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
f) Un balcone, terrazzo o giardino	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

31. Considerando la Sua abitazione, direbbe che...

	Sì ▼	No ▼
a) ...non ha abbastanza spazio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ...costa troppo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ...non ha abbastanza luce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ...l'impianto di riscaldamento o di condizionamento è insufficiente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

32. Considerando l'area immediatamente circostante la Sua abitazione, direbbe che...

	Sì ▼	No ▼
a) ... è dotata di sufficienti servizi, quali farmacie, studi medici, supermercati, e simili, tutti facilmente raggiungibili e ad una distanza ragionevole	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... è ben servita da trasporti pubblici	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... è una zona inquinata, rumorosa e con altri problemi ambientali	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... è una zona a rischio di criminalità e vandalismo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

33. Al momento, ha uno o più di uno dei seguenti animali domestici in famiglia?
(Segnare tutte le possibili risposte)

a) Cane	<input type="checkbox"/> ₁	Nessun animale domestico in famiglia	<input type="checkbox"/> ₆
b) Gatto	<input type="checkbox"/> ₂		
c) Uccellini	<input type="checkbox"/> ₃		
d) Pesci	<input type="checkbox"/> ₄		
e) Altri animali domestici	<input type="checkbox"/> ₅		

34. Infine, Le faremo alcune domande sulla Sua formazione. A quale religione appartiene o può dire di sentirsi maggiormente vicino?
(Barrare la casella appropriata)

Protestante (per esempio Luterana o Anglicana)	<input type="checkbox"/> ₁
Evangelica o altra religione protestante	<input type="checkbox"/> ₂
Cattolica	<input type="checkbox"/> ₃
Ortodossa Greca o Russa	<input type="checkbox"/> ₄
Ebraica	<input type="checkbox"/> ₅
Musulmana	<input type="checkbox"/> ₆
Induista	<input type="checkbox"/> ₇
Buddista	<input type="checkbox"/> ₈
Esoterista, New Age	<input type="checkbox"/> ₉
Altro (Per favore specificare): _____	<input type="checkbox"/> ₁₀
Non appartengo / Non mi sento vicino a nessuna religione	<input type="checkbox"/> ₉₆

35. Considerando la Sua vita attuale, quanto spesso prega?
(Barrare la casella appropriata)

Più di una volta al giorno	<input type="checkbox"/> ₁
Una volta al giorno o quasi	<input type="checkbox"/> ₂
Un paio di volte alla settimana	<input type="checkbox"/> ₃
Una volta alla settimana	<input type="checkbox"/> ₄
Meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/> ₅
Mai	<input type="checkbox"/> ₆

36. Ha ricevuto un'educazione religiosa dai Suoi genitori?

(Barrare la casella appropriata)

Sì	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

37. Molta gente quando parla di politica usa i termini “Sinistra” e “Destra”. EccoLe qui una fila di caselle che vanno da sinistra a destra. Lei personalmente dove si collocherebbe utilizzando la scala sotto riportata? Indichi con una crocetta X il riquadro preferito.

Sinistra	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	Destra

98 Non vuole collocare

99 Non sa

38. Infine, per favore può dirci il Suo sesso e il Suo anno di nascita?

a) **Sono...**

Maschio	<input type="checkbox"/>	1
Femmina	<input type="checkbox"/>	2

b) **Sono nato nel**

--	--	--	--

(Anno)

La ringraziamo molto della Sua collaborazione e del tempo utilizzato per compilare questo questionario. La preghiamo di restituire il questionario all'intervistatore o spedirlo nella busta fornita.