

Città di  
Nichelino

Nichelino

# INDAGINE SUI BISOGNI E LE ASPETTATIVE DELLE PERSONE ULTRASESSANTENNI DELLA CITTÀ DI NICHELINO



Nichelino



Nichelino



Nichelino

## 1 CONDIZIONE FAMIGLIARE

### 1.1 Sesso intervistato

<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina
----------------------------------	----------------------------------

### 1.2 Età intervistato

<input type="checkbox"/> 60 - 64	<input type="checkbox"/> 65 - 69	<input type="checkbox"/> 70 - 74	<input type="checkbox"/> 75 - 79	<input type="checkbox"/> 80 - 84	<input type="checkbox"/> Più di 84
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

### 1.3 Componenti della famiglia

<input type="checkbox"/> 1 persona	<input type="checkbox"/> 2 persone	<input type="checkbox"/> 3 o più persone
------------------------------------	------------------------------------	--

### 1.4 Con chi abiti attualmente?

<input type="checkbox"/> Da solo	<input type="checkbox"/> Con coniuge o convivente	<input type="checkbox"/> Con coniuge e figli
<input type="checkbox"/> Senza coniuge ma con figli e nipoti	<input type="checkbox"/> Con altri parenti	
<input type="checkbox"/> Con amici	<input type="checkbox"/> Da solo con badante fissa (giorno e notte)	

### 1.5 Hai relazioni con

<input type="checkbox"/> Figli	<input type="checkbox"/> Parenti	<input type="checkbox"/> Amici
--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

### 1.6 Nel tuo nucleo familiare è presente una persona non autosufficiente:

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

### 1.7 La persona non autosufficiente dove vive?

<input type="checkbox"/> in casa	<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistita - RSA
----------------------------------	--

### 1.8 La persona non autosufficiente riceve aiuto: (possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> dai servizi sociali	<input type="checkbox"/> dall'ASL TO5	<input type="checkbox"/> dal volontariato	<input type="checkbox"/> dalla famiglia
--	---------------------------------------	---	---

## 2 CONDIZIONE REDDITUALE

### 2.1 Quante persone hanno un reddito in famiglia?

<input type="checkbox"/> 1 persona	<input type="checkbox"/> 2 persone	<input type="checkbox"/> più di 2 persone	<input type="checkbox"/> nessuno
------------------------------------	------------------------------------	---	----------------------------------

### 2.2 Nella tua famiglia ci sono (possibili più risposte):

<input type="checkbox"/> Occupati	<input type="checkbox"/> Disoccupati	<input type="checkbox"/> Figli a carico	<input type="checkbox"/> Pensionati
-----------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------

### 2.3 Qual è il reddito mensile della tua famiglia?

<input type="checkbox"/> Fino a 500 €	<input type="checkbox"/> da 500 a 1.000 €	<input type="checkbox"/> da 1.000 a 1.500 €
<input type="checkbox"/> da 1.500 a 2.000 €	<input type="checkbox"/> da 2.000 a 2.500 €	<input type="checkbox"/> da 2.500 a 3.000 €
<input type="checkbox"/> oltre 3.000 €	<input type="checkbox"/> non voglio rispondere	

### 2.4 Il reddito mensile è sufficiente per affrontare le spese ordinarie?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

### 2.4.1 Se no, per quali di queste spese? (possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> Spese sanitarie	<input type="checkbox"/> Pagamento mutuo	<input type="checkbox"/> Spese di gestione casa
<input type="checkbox"/> Spese per le utenze (gas, luce, telefono)	<input type="checkbox"/> Spese per trasporti	
<input type="checkbox"/> Spese per vestiario	<input type="checkbox"/> Alimenti	<input type="checkbox"/> Altro

### 2.5 Il reddito mensile è sufficiente per affrontare le spese straordinarie?

(es. acquisto lavatrice, caldaia, dentista, ecc.)  SI  NO

### 2.5.1 Se no, a cosa hai rinunciato? (possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> Vacanze	<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Spese sanitarie
<input type="checkbox"/> Riparazione/sost. elettrodomestici	<input type="checkbox"/> Riparazione/sost. auto	<input type="checkbox"/> Altro

### 2.6 Hai ricevuto contributi economici?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

### 2.6.1 Se sì, da chi? (possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> Comune, servizi sociali	<input type="checkbox"/> Associazioni caritatevoli	<input type="checkbox"/> Altro
--	--	--------------------------------

### 2.7 Hai chiesto prestiti per affrontare le spese?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

### 2.7.1 Se sì, da chi?

<input type="checkbox"/> Banche, Finanziarie	<input type="checkbox"/> Familiari	<input type="checkbox"/> Altri
--	------------------------------------	--------------------------------

### 3 OPINIONI RELATIVE ALLA CONDIZIONE ABITATIVA E AL TERRITORIO

3.1 La tua casa è:  in affitto  di proprietà  Altro

#### 3.2 In generale per le sue esigenze, l'abitazione è:

Troppo grande  Troppo piccola  Adeguata

#### 3.3 Dove abita ci sono barriere architettoniche?

Sì  No

#### 3.4 Nella sua casa sono presenti (possibili più risposte)

vasca da bagno  doccia

#### 3.5 Come giudichi i rapporti con i tuoi vicini?

Cortesi  Cortesi con frequentazioni  Del tutto estranei  Di conflitto

#### 3.6 Conosci i servizi di supporto alle persone?

3.6.1 Bonus luce/gas	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
3.6.2 Agevolazioni tasse rifiuti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
3.6.3 Agevolazioni affitti	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
3.6.4 Bonus teleriscaldamento	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
3.6.5 Bonus condominio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
3.6.6 Agevolazioni mezzi pubblici	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO
3.6.7 ISEE - Conosci i vantaggi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO

3.7 Frequenti centri di Aggregazione?  SI  NO

#### 3.7.1 Se sì quali? (possibili più risposte)

Centri anziani  Bocciofile  Soggiorni  Altro

#### 3.8 Qual è la borgata dove abiti?

<input type="checkbox"/> 1 Sangone-Crociera - Via Roma 16	<input type="checkbox"/> 2 Castello- Piazza Aldo Moro 4
<input type="checkbox"/> 3 Juvarra - Via XXV Aprile 133	<input type="checkbox"/> 4 Boschetto - Piazza Sandro Pertini
<input type="checkbox"/> 5 Oltrestazione - Via Gozzano 29	<input type="checkbox"/> 6 Bengasi - Via Bengasi 20
<input type="checkbox"/> 7 Kennedy - Piazza Madre Teresa di Calcutta 1	

#### 3.9 Quali aspetti del tuo quartiere pensi possano essere migliorati? (max 2 risposte)

<input type="checkbox"/> Maggiore accesso ai servizi sociali	<input type="checkbox"/> Maggiore disponibilità di servizi sanitari	<input type="checkbox"/> Più aree verdi e spazi naturali
<input type="checkbox"/> Migliore qualità dell'aria e dell'ambiente	<input type="checkbox"/> Più spazi sportivi e ricreativi	<input type="checkbox"/> Trasporti pubblici più frequenti e efficienti
<input type="checkbox"/> Maggiore illuminazione e sicurezza	<input type="checkbox"/> Attività per bambini e adolescenti	<input type="checkbox"/> Servizi e iniziative per le persone anziane

### 4 ASSISTENZA SANITARIA

4.1 Qual è il tuo stato di salute?  Buono  Abbastanza buono  Non buono

#### 4.2 Quali sono i maggiori problemi che hai riscontrato richiedendo un intervento sanitario?

<input type="checkbox"/> Nessun problema	<input type="checkbox"/> Problemi nella prenotazione a visite o esami
<input type="checkbox"/> Liste di attesa troppo lunghe	<input type="checkbox"/> Strutture difficili da raggiungere
<input type="checkbox"/> Costretto ad andare dal privato	

#### 4.3 Quale valutazione dai alla qualità del Servizio Sanitario?

Buona  Sufficiente  Scarsa

#### 4.4 Quali sono i rapporti con il medico di base?

<input type="checkbox"/> Buoni	<input type="checkbox"/> Orari di ricevimento scomodi
<input type="checkbox"/> difficile farlo venire a domicilio	<input type="checkbox"/> poco disponibile a spiegare o rispondere alle domande

### 5 CONOSCENZE INFORMATICHE

5.1 Utilizzi abitualmente strumenti informatici?  SI  NO

#### 5.1.1 Se sì quali? (possibili più risposte)

Computer  Smartphone  Tablet  Altro

5.2 Hai un Indirizzo e-mail  SI  NO

5.3 Usi lo SPID (Sistema Pubblico Identità Digitale)?  SI  NO  Non so cosa sia