



Città di Nichelino



Nichelino



Nichelino



Nichelino



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

Il questionario si propone di indagare sulle condizioni di vita della popolazione con più di 60 anni della città di Nichelino. Il questionario è del tutto anonimo ed i dati saranno elaborati esclusivamente per finalità statistiche nel pieno rispetto della privacy. Puoi rispondere a ciascuna domanda selezionando la casella della risposta che ritieni più corrispondente alla tua condizione attuale. Qualora tu non desiderassi rispondere ad una o più domande, puoi semplicemente saltarle.

Ti ringraziamo per la preziosa collaborazione.

La consegna del questionario una volta compilato potrà avvenire presso le sedi sottoelencate.

SPI CGIL – Via Torino 40/B - Nichelino

FNP Cisl – Via A. Degasperi 3 - Nichelino

UILP UIL – Via Juvarra 37 - Nichelino

[Inoltre la consegna potrà avvenire presso tutte le sedi delle Associazioni e dei soggetti sociali aderenti al progetto, e nei centri sociali dei vari quartieri.](#)

*** Con il patrocinio del comune di Nichelino ***

1.0 CONDIZIONE FAMILIARE

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 - 85	<input type="checkbox"/> Più di 85

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 o da sola	<input type="checkbox"/> Da solo/a con badante	
<input type="checkbox"/> Con coniuge o convivente	<input type="checkbox"/> Con coniuge e figli	<input type="checkbox"/> Con altri parenti
<input type="checkbox"/> Senza coniuge ma con figli e nipoti	<input type="checkbox"/> Con amici	

1.5 Hai relazioni con

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

1.6 Nel suo 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

2.0 CONDIZIONE REDDITUALE

2.1 Quante persone hanno un reddito in famiglia?

<input type="checkbox"/> 1 persona	<input type="checkbox"/> 2 persone	<input type="checkbox"/> 3° più 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 affitto	<input type="checkbox"/> Pagamento mutuo
<input type="checkbox"/> Spese di gestione della casa	<input type="checkbox"/> Spese per le utenze (gas, luce, telefono)	
<input type="checkbox"/> Spese per trasporti	<input type="checkbox"/> Altro	

2.5 La tua situazione finanziaria è sufficiente ad affrontare eventuali spese straordinarie?

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 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 e/o sostituzione elettrodomestici	<input type="checkbox"/> Riparazione e/o sostituzione auto	<input type="checkbox"/> Altro

segue 2.0 CONDIZIONE REDDITUALE

2.6 Hai ricevuto contributi economici?

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

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

<input type="checkbox"/> Comune, servizi sociali	<input type="checkbox"/> Associazione caritatevole	<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 ottenuti, da chi? (possibili più risposte)

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

3.0 OPINIONI RELATIVE ALLA CONDIZIONE ABITATIVA E AL TERRITORIO

3.1 La tua abitazione è:

<input type="checkbox"/> In affitto	<input type="checkbox"/> Di proprietà	<input type="checkbox"/> Altro
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

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

<input type="checkbox"/> Troppo grande	<input type="checkbox"/> Troppo piccola	<input type="checkbox"/> Adeguata
--	---	-----------------------------------

3.3 All'interno del suo condominio o abitazione ci sono barriere architettoniche? (es. scale)?

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

3.4 Nella sua casa sono presenti (possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> vasca da bagno	<input type="checkbox"/> doccia
---	---------------------------------

3.5 Come giudichi i rapporti con i tuoi vicini?

<input type="checkbox"/> Cortesi	<input type="checkbox"/> Cortesi con frequentazioni
<input type="checkbox"/> Del tutto estranei	<input type="checkbox"/> 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?

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

3.7.1 Se sì quali? (possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> Centri anziani	<input type="checkbox"/> Bocciofile
<input type="checkbox"/> Soggiorni	<input type="checkbox"/> Altro

segue 3.0 OPINIONI RELATIVE ALLA CONDIZIONE ABITATIVA E AL TERRITORIO

3.8 Qual è il quartiere dove abiti?

<input type="checkbox"/> Sangone-Crociera	Via Roma 16
<input type="checkbox"/> Castello	Piazza Aldo Moro 4
<input type="checkbox"/> Juvarra	Via XXV Aprile 133
<input type="checkbox"/> Boschetto	Piazza Sandro Pertini
<input type="checkbox"/> Oltrestazione	Via Gozzano 29
<input type="checkbox"/> Bengasi	Via Bengasi 20
<input type="checkbox"/> 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 ed 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

4.0 ASSISTENZA SANITARIA

4.1 Qual è il tuo stato di salute?

<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Abbastanza buono	<input type="checkbox"/> 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 dell'assistenza sanitaria?

<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> 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

5.0 CONOSCENZE INFORMATICHE

5.1 Utilizzi abitualmente strumenti informatici?

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

5.1.1 Se li utilizzi, quali? (possibili più risposte)

<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> Smartphone
<input type="checkbox"/> Tablet	<input type="checkbox"/> Altro

5.2 Hai un Indirizzo e-mail

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

5.3 Usi lo SPID (Sistema Pubblico Identità Digitale)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Non so cosa sia
-----------------------------	-----------------------------	--