

ID famiglia										ID intervistatore				H
2	2	0	4	2						0	0			

Data : / / Fin dell'intervista:

Nome della persona intervistata _____

50+ in Europa

Questionario da completare personalmente

Intervistatore: _____

Iniziali del intervistato: _____

Modalità di compilazione del questionario

È possibile rispondere alla maggior parte delle domande incluse nelle pagine seguenti, barrando la casella in basso o a fianco della domanda pertinente.

Per favore, mettere una crocetta su UNA SOLA CASELLA:

Corretto:

Errato:

Modalità di restituzione del questionario

Se, una volta completato il questionario, l'intervistatore si trova ancora presso la vostra abitazione, potete restituirglielo direttamente. In caso contrario, è possibile rispedito il questionario nella busta prepagata, in tempi possibilmente rapidi. *Se avesse bisogno di un'altra busta, potrà telefonare al Signor Christoph Müller allo 0800 800 246 (chiamata gratuita).*

**COMINCIARE IL QUESTIONARIO RISPONDENDO ALLA DOMANDA
NUMERO 1 DELLA PAGINA SEGUENTE**

VI RINGRAZIAMO PER LA VOSTRA COLLABORAZIONE











D1: Considerando la Sua vita, in generale Lei si definisce:
(barrare la casella appropriata)

-
- 1. Molto soddisfatto**
-
- 2. Piuttosto soddisfatto**
-
- 3. Piuttosto insoddisfatto**
-
- 4. Molto insoddisfatto**
-

**D2: Di seguito troverà un elenco di affermazioni che di solito fanno le persone quando si trovano a descrivere la loro vita. Può dirci se e in che misura esse corrispondono alle sue personali esperienze in proposito?
(barrare la casella appropriata)**

	1. Spesso ▼	2. Qualche volta ▼	3. Raramente ▼	4. Mai ▼
a) Mi sento limitato/a a causa dell'età, nel fare alcune cose che vorrei fare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sento che non riesco a controllare ciò che mi succede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mi sento tagliato/a fuori dagli avvenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Posso fare sempre ciò che desidero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) La responsabilità nei confronti della mia famiglia mi impedisce di fare le cose che vorrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Le ristrettezze economiche mi impediscono di fare alcune cose che vorrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Attendo con ansia ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Penso che la mia vita abbia un senso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) A conti fatti, posso guardare alla mia vita con un certo senso di soddisfazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Mi sento pieno/a di energia in questo periodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) La vita mi appare piena di opportunità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Il futuro mi appare positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲	▲	▲	▲
	1. Spesso	2. Qualche volta	3. Qualche volta	4. Mai

D3. Di seguito troverà un elenco di ulteriori affermazioni che di solito fanno le persone quando descrivono la loro vita. Considerando la Sua personale esperienza, può dirci se e in che misura Lei è d'accordo o non d'accordo?
(barrare la casella appropriata)

	1. Del tutto d'accordo 	2. D'accordo 	3. Né d'accordo né in disaccordo 	4. Non d'accordo 	5. Per niente d'accordo 
a) Perseguo con molta energia i miei obiettivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Di solito mi aspetto il meglio, anche in situazioni incerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sono sempre ottimista nei confronti del futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Difficilmente mi aspetto che le cose vadano come vorrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Riesco ancora a risolvere i problemi anche quando gli altri rinunciano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Raramente mi aspetto che mi possano accadere cose positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Considerata la mia passata esperienza, posso dire di sentirmi ben preparato/a al futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	 1. Del tutto d'accordo	 2. D'accordo	 3. Né d'accordo né in disaccordo	 4. Non d'accordo	 5. Per niente d'accordo

D4. Nel corso dell'ultima settimana, quante volte ha provato le seguenti sensazioni:

(barrare la casella appropriata)

	1. quasi tutto il tempo 	2. la maggior parte del tempo 	3. alcune volte 	4. quasi mai 
a) Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sensazione che tutto ciò che facevo richiedesse sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sonno agitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Felicità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Solitudine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sensazione che la gente non mi fosse amica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sentimento di gioia e piacere nei confronti della vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tristezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Sensazione di non piacere alla gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Difficoltà ad ingranare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Inappetenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Grande energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sensazione di grande riposo al risveglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	 1. quasi tutto il tempo	 2. la maggior parte del tempo	 3. alcune volte	 4. quasi mai

D5. Le seguenti affermazioni riguardano le reciproche aspettative delle persone. Considerando la Sua personale esperienza può dire se e in che misura si definisce d'accordo o non d'accordo con ognuna di esse?

(barrare la casella appropriata)

	1. Del tutto d'accordo ▼	2. D'accordo ▼	3. Né d'accordo né in disaccordo ▼	4. Non d'accordo ▼	5. Per niente d'accordo ▼	8. Non pertinente ▼
a) Sono soddisfatto/a del rapporto tra ciò che ho dato al mio partner e ciò che ho ricevuto in cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ho sempre ricevuto adeguati apprezzamenti per l'aiuto prestato in famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sono soddisfatto/a per gli apprezzamenti ricevuti per i miei sforzi nella mia attività principale (lavoro, cura della casa, volontariato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sono stato/a profondamente deluso/a o ferito/a da qualcuno a cui avevo dato la mia fiducia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲ 1. Del tutto d'accordo	▲ 2. D'accordo	▲ 3. Né d'accordo né in disaccordo	▲ 4. Non d'accordo	▲ 5. Per niente d'accordo	▲ 8. Non pertinente

D6. Le seguenti affermazioni si riferiscono ai doveri che le persone hanno eventualmente in famiglia. Può dirci se e in che misura è d'accordo con ognuna di esse?

(barrare la casella appropriata)

	1. Del tutto d'accordo	2. D'accordo	3. Né d'accordo né in disaccordo	4. Non d'accordo	5. Per niente d'accordo
	▼	▼	▼	▼	▼
a) È dovere dei genitori fare sempre del proprio meglio per i figli anche a costo di sacrificare il proprio benessere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) È dovere dei nonni aiutare i propri nipoti in caso di gravi problemi (quali malattia o il divorzio dei genitori).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) È dovere dei nonni aiutare i figli a prendersi cura dei bambini piccoli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Quando si invecchia si ha il diritto ad avere una vita con minori responsabilità familiari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲	▲	▲	▲	▲
	1. Del tutto d'accordo	2. D'accordo	3. Né d'accordo né in disaccordo	4. Non d'accordo	5. Per niente d'accordo

D7. Secondo Lei, chi, la famiglia o lo Stato, dovrebbe assumersi la responsabilità di ciascuna delle seguenti forme di assistenza:

(barrare la casella appropriata)

	1. unicament e la famiglia ▼	2. sopratt to la famiglia ▼	3. entrambi nella medesim a misura ▼	4. sopratt utto lo Stato ▼	5. unicament e lo Stato ▼	9. non so ▼
a) Aiuto e assistenza finanziaria per persone anziane bisognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aiuto nei lavori domestici, quali pulizie o bucato per persone anziane bisognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cura personale, lavarsi o vestirsi e/o assistenza socio-sanitaria per persone anziane bisognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. Capita di non essere d'accordo con qualcuno che ci è più o meno vicino, a proposito di una questione particolarmente importante, fino ad entrare in conflitto. Può dirci se e quanto spesso ha avuto una simile esperienza con ognuna delle seguenti persone?

(barrare la casella appropriata)

	1. spesso ▼	2. qualche volta ▼	3. raramente ▼	4. mai ▼	8. non applicabile ▼
a) Genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Suoceri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Partner/coniuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Altri familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Amici, colleghi, conoscenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D9. Quante volte entra in conflitto con i suoi figli o generi/nuore a proposito dell'educazione e dell'istruzione dei suoi nipoti?

(barrare la casella appropriata)

<input type="checkbox"/>	1. spesso
<input type="checkbox"/>	2. qualche volta
<input type="checkbox"/>	3. raramente
<input type="checkbox"/>	4. mai
<input type="checkbox"/>	8. non pertinente

D10. Ha mai condiviso o condivide tuttora una casa con un marito, moglie o partner?

(barrare la casella appropriata)

- 1. Si → Andare alla domanda 11**
- 5. No → Andare alla domanda 12**

D11. All'interno della coppia chi si assume o si assumeva la responsabilità dei seguenti compiti:

(barrare la casella appropriata)

	1. unicamente io	2. soprattutto io	3. nella stessa misura io e il mio coniuge o partner	4. soprattutt o il mio coniuge o partner	5. solo il mio coniuge o partner	6. Non pertin ente
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a) Educazione dei figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Guadagnare soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cucinare, pulizia della casa, bucato e stiratura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Assistenza agli anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D12. Nelle prossime domande le chiederemo di rispondere in merito ad alcuni questioni riguardanti eventuali consigli e prevenzione medica. Barrare una sola casella per ogni risposta (se non altrimenti specificato). Seguire le istruzioni date in corsivo.

Ha un proprio medico generico o di base (cioè un medico a cui si può rivolgere per i comuni problemi di salute)?

- 1. Si
- 5. No → **Andare direttamente alla domanda D14**

D13: Il Suo medico quanto spesso...

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

D14: L'anno scorso ha fatto il vaccino antinfluenzale?

- 1. Si → Andare direttamente alla domanda D16
- 5. No

D15 : L'anno scorso è stato un medico a consigliarle di fare il vaccino?

1. Sì

5. No

D16 : Negli ultimi due anni si è sottoposto a una visita oculistica specialistica fatta da un optometrista o oculista?

- 1. Si
- 5. No

D17 : Se è una donna: negli ultimi due anni si è sottoposta a una mammografia (radiografia del seno)?

- 1. Si
- 5. No
- 8. Non pertinente

D18: Alcuni centri medici fanno esami particolari come la sigmoidoscopia o la colonscopia per stabilire l'eventuale presenza di un tumore al colon. Nel corso dei 10 ultimi anni le è mai stato consigliato un esame di questo genere?

- 1. Si
- 5. No

D19 : Ha mai avuto una sigmoidoscopia o una colonscopia? Se sì, a quanto tempo fa risale la più recente che ha fatto?

- 1. Sì, ho fatto uno di questi esami meno di dieci anni fa
- 2. Sì, ho fatto uno di questi esami dieci anni fa o più di dieci anni fa
- 5. No, non ho mai fatto un esame simile

D20 : 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. Si è sottoposto a questo tipo di esame negli ultimi dieci anni?

- 1. Si → **Andare direttamente alla domanda D22**
- 5. No

D21 : Negli ultimi dieci anni le è stato mai consigliato da un operatore sanitario (ad es. un dottore) un esame di questo tipo?

- 1. Si
- 5. No

D22 : Le prossime domande riguardano eventuali dolori alle articolazioni ossee. Ha mai sofferto di dolori alle anche o alle ginocchia per almeno sei mesi?

- 1. Sì
- 5. No → **Andare direttamente alla domanda D30**

**D23 : Potrebbe specificare la parte colpita dal dolore?
Indicare tutto ciò che è pertinente**

- 1. Dolore alle anche
- 2. Dolore alle ginocchia
- 3. Dolore ad altre articolazioni

D24 : Ha sofferto di questi dolori alle articolazioni quasi tutti i giorni?

- 1. Sì
- 5. No

D25 : Fa attualmente uso di medicinali per questi dolori?

- 1. Sì
- 5. No → **Andare direttamente alla domanda D27**





D26 : Con questi medicinali il dolore diminuisce?

- 1. Sì
- 2. Abbastanza
- 3. No





D27 : Ha informato il suo medico, o qualsiasi altro medico, di questi dolori?

- 1. Sì
- 5. No → **Andare direttamente alla domanda D30**

D28 : Quando ha informato il suo medico di questi dolori il suo medico:

	1. Oui 	5. Non 
a) ... le ha fatto una visita alle articolazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... le ha suggerito una terapia di medicine contro il dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... l'ha informata a riguardo di eventuali rischi o effetti collaterali legati all'utilizzo di antinfiammatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	 1. Oui	 5. Non

D29 : Un medico non le ha mai...

	1. Oui 	5. Non 
a) ... prescritto della fisioterapia o un programma di esercizi per questi dolori articolari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... consigliato di sottoporsi ad un intervento chirurgico o ad altro intervento (ad es. per inserire una protesi alle articolazioni)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... proposto di rivolgervi a un ortopedico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	 1. Oui	 5. Non

D30. Le seguenti domande sono relative alla sua abitazione. Risponda ad ognuna delle seguenti domande barrando "si" o "no".

La sua abitazione ha ...?

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

D31. Considerando la sua abitazione, direbbe che...

(barrare la casella appropriata ["Si" o "No"] per ognuna delle seguenti affermazioni)

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

D32. Considerando l'area immediatamente circostante la sua abitazione, direbbe che....

(barrare la casella appropriata "si" o "no" per ognuna delle seguenti affermazioni)

	1. Si ▼	5. No ▼
a) è dotata di sufficienti servizi di pubblica utilità, come una farmacia, uno studio medico, un supermercato, tutti facilmente raggiungibili e breve distanza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) è ben servita da trasporti pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) è una zona inquinata, rumorosa e con altri problemi ambientali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) è una zona a rischio di criminalità e vandalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D33. Al momento, ha uno o più di uno dei seguenti animali domestici?

(barrare tutte le caselle che interessano)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) Cane |
| <input type="checkbox"/> | 2) Gatto |
| <input type="checkbox"/> | 3) Uccellini |
| <input type="checkbox"/> | 4) Pesci |
| <input type="checkbox"/> | 5) Altri animali domestici (Specificare): _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6) Nessuno |

D34. A quale religione appartiene o può dire di sentirsi maggiormente vicino?

(barrare la casella appropriata)

-
- 1. Protestante (Luterana o Anglicana)
 - 3. Cattolica
 - 4. Ortodossa greca o russa
 - 5. Ebraica
 - 6. Musulmana
 - 7. Induista
 - 8. Buddista
 - 9. Esoterista, New Age
 - 10. Altro (Specificare): _____
 - 96. Non appartengo/non mi sento vicino a nessuna religione
-

D35. Infine, le faremo alcune domande sulla sua formazione. Considerando la sua vita attuale, può dirci con che frequenza prega?

(barrare la casella appropriata)

-
- 1. Più di una volta al giorno
 - 2. Tutti o quasi tutti i giorni
 - 3. Un paio di volte alla settimana
 - 4. Una volta alla settimana
 - 5. Meno di una volta alla settimana
 - 6. Mai
-

D36. Ha ricevuto un'educazione religiosa dai suoi genitori?

(barrare la casella appropriata)

-
- 1. Sì
 - 5. No
-

D37. Molte persone in Svizzera sono tendenzialmente vicine ad un determinato partito per molti anni anche se è possibile che occasionalmente votino per un altro partito. A quale partito si sente vicino?

(barrare la casella appropriata)

-
- 1. PLR Partito liberale-radical
 - 2. PS Partito socialista
 - 3. PLS Partito liberale
 - 4. UDC Unione democratica di centro
 - 5. PPD Partito popolare democratico
 - 6. I Verdi Partito ecologista
 - 7. Altro : _____
 - 96. Nessuno
-

D38. Infine, può dirci il suo sesso e la sua età?

a. Sono...

- 1. Maschio
- 2. Femmina

b. Ho _____ anni.

La ringraziamo della Sua collaborazione e del tempo utilizzato per compilare questo questionario. La preghiamo di restituire il questionario all'intervistatore o spedirlo nella busta fornita. Le ricordiamo inoltre, che tutte le informazioni che ci ha gentilmente fornito, resteranno strettamente confidenziali.