

**QUESTIONARIO PROGETTO "PIU' SICURI INSIEME"**
**GENERE**
 F

 M

**ETA'**


---

**PROVINCIA DI RESIDENZA**


---

**Comune di residenza:**

 CAPOLUOGO 

NON CAPOLUOGO

 MINORE DI 5.000 ABITANTI 

NON CAPOLUOGO

 MAGGIORE DI 5.000 ABITANTI 
**E' socio e/o frequenta qualche associazione (volontariato, sportiva, circolo, promozione sociale etc.)?**

ANCOS	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ANAP	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ASSOCIAZIONI SPORTIVE E RICREATIVE (DIVERSE DA ANCOS)	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ASSOCIAZIONI CULTURALI EDUCATIVE	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ASSOCIAZIONI SANITARIE/SOCIO-ASSISTENZIALI	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ENTI DI PROTEZIONE CIVILE	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ASSOCIAZIONI AMBIENTALI (ANIMALISTE, NATURALISTICHE)	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
REALTA' RELIGIOSE	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI DIRITTI E ATTIVITA' POLITICHE	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ASSOCIAZIONI SINDACALI (DIVERSE DA CONFARTIGIANATO)	SI, SOLO SOCIO	<input type="checkbox"/>	SI, FREQUENTO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**DOVE NON SPECIFICATO, RILEVARE UNA SOLA RISPOSTA:**
**Qual è la sua attuale posizione?**


OCCUPATO

PENSIONATO EX DIPENDENTE\*

PENSIONATO EX AUTONOMO\*

CASALINGA

\* E' necessario riferirsi all'ultima occupazione prima della pensione

**Se pensionato, svolge ancora un'attività lavorativa anche a tempo parziale?**


SI

NO

**Il suo attuale nucleo familiare come è composto?**

- VIVO SOLO
- VIVO CON IL CONIUGE
- VIVO CON CONIUGE E FIGLI
- VIVO CON UNO O PIU' FIGLI
- VIVO CON UN FAMILIARE/PARENTE (fratello, sorella, cugino ecc..)
- ALTRO

**Il nucleo familiare riceve l'assistenza di una badante?**

- SI                       NO

**Se si, la badante è**

- CONVIVENTE
- A TEMPO PARZIALE

**Lei vive in**

- APPARTAMENTO/CONDOMINIO
- CASA SINGOLA
- CASA DI CURA/STRUTTURA RESIDENZIALE
- ALTRO \_\_\_\_\_

**Se vive in appartamento/condominio, la sua abitazione è dotata di un servizio di portineria e/o sorveglianza?**

- SI                       NO

**Lei possiede (Rilevare una o più risposte):**

- CELLULARE
- IPHONE - SMARTPHONE
- TELEFONO FISSO
- PC CON COLLEGAMENTO A INTERNET

**Lei apprende prevalentemente le notizie di cronaca e/o le notizie generali da: (rilevare una sola risposta)**

- TG
- PROGRAMMI TV DI CRONACA POMERIDIANI E SERALI
- PROGRAMMI RADIO
- QUOTIDIANI ONLINE SU INTERNET
- QUOTIDIANI E/O GIORNALI SU CARTA
- FUORI DALLA SUA ABITAZIONE COLLOQUIANDO CON AMICI E/O VICINI, PARENTI

## RILEVAZIONE TRUFFE

(Le domande di questa sezione riguardano esclusivamente eventi accaduti dopo i 65 anni)

Le è capitato di subire un tentativo di:

DESCRIZIONE EVENTO	HA SUBITO IL TENTATIVO	IL TENTATIVO E' RIUSCITO	HA DENUNCIATO ALLE AUTORITA'
VISITA IN CASA DI FALSI FUNZIONARI PUBBLICI (INPS, comune, ASL, Forze di polizia, etc.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VISITA IN CASA DI FALSI INCARICATI DI AZIENDE DI SERVIZI (gas, luce, banca, poste etc.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RAGGIRI FUORI CASA IN PROSSIMITA' DI BANCHE, POSTE, NEGOZI (es. è stato seguito e individuato)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FURTI FUORI CASA (Es. Auto, moto, bici etc.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FURTO NELLA SUA ABITAZIONE O IN NEGOZIO/AZIENDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SCIPPO (Borsa, portafoglio, documenti, cellulare, gioielli etc.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FRODI ON LINE (es. via e-mail, tramite siti internet visitati etc.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRATICHE COMMERCIALI AGGRESSIVE O POCO CHIARE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ATTIVAZIONE DI SERVIZI NON RICHIESTI PER VIA TELEFONICA (anche tramite concorsi o false lotterie)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALTRO** (DESCRIVERE)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Nel caso abbia risposto SI a una delle affermazioni presenti al punto precedente può fare una breve descrizione dell'accaduto, con riferimento ai fatti che reputa più gravi o salienti?**

---

---

---

**In caso di denuncia, a chi si è rivolto?**

HO CHIAMATO IL 113, 112, 117

ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**Nel caso NON abbia denunciato il raggio o il tentativo di raggio indichi la motivazione (Se ha risposto NO alla voce "HA DENUNCIATO ALLE AUTORITA'"):**

(Rilevare una sola risposta)

SAREBBE STATA UNA PERDITA DI TEMPO E NON AVREI COMUNQUE RECUPERATO QUANTO SOTTRATTO

MI SENTIVO IN IMBARAZZO O PROVAVO DISAGIO VERSO FAMILIARI E AMICI

I TRUFFATORI ERANO ESPERTI E NON HO COMPRESO CHE SI TRATTAVA DI UNA TRUFFA SE NON TROPPO TEMPO DOPO

ALTRO (Specificare) \_\_\_\_\_

È a conoscenza che le Forze di polizia ricevono le denunce anche a domicilio?

Sì

no

**RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE SOLO NEL CASO ABBIA SUBITO E DENUNCIATO UNA TRUFFA O RAGGIO O UN TENTATIVO DI TRUFFA O RAGGIO (Se ha risposto SÌ alle voci "HA SUBITO IL TENTATIVO", "IL TENTATIVO E' RIUSCITO" e "HA DENUNCIATO ALLE AUTORITA'")**

**Quanto si ritiene soddisfatto del supporto ottenuto dalle forze dell'ordine e dagli uffici preposti?**

MOLTO

ABBASTANZA

POCO

NESSUNA RISPOSTA (Non ha subito e/o denunciato)

**Il tentativo o la truffa, il raggio, il furto o lo scippo hanno modificato le sue relazioni con gli altri?**

SÌ

NO

NESSUNA RISPOSTA (Non ha subito e/o denunciato)

**Se SÌ:**

**In relazione al MONDO ESTERNO ha provato (barrare una o più caselle):**

OSTILITA'

DIFFIDENZA/SOSPETTO

INSICUREZZA/PAURA

NESSUNA PARTICOLARE SENSAZIONE NEGATIVA

ALTRO (Specificare) \_\_\_\_\_

**Il tentativo o la truffa, raggio, furto o scippo hanno modificato la valutazione di TE STESSO/A con ripercussioni emotive e fisiologiche negative?**

SÌ

NO

NESSUNA RISPOSTA (Non ha subito e/o denunciato)

**SE SÌ:**

**In relazione alla MIA PERSONA ho provato (barrare una o più caselle):**

SENSO DI COLPA/DISISTIMA/APATIA

ANSIA/DEPRESSIONE

CONFUSIONE

STANCHEZZA (Es. mancanza di sonno causa ansia)

NESSUNA PARTICOLARE SENSAZIONE NEGATIVA

ALTRO (Specificare) \_\_\_\_\_

**Il tentativo o la truffa hanno fatto sì che lei modificasse i suoi comportamenti?**

 SI NO NESSUNA RISPOSTA (Non ha subito e/o denunciato)

**Se sì**

HO IMPLEMENTATO LE DOTAZIONI E I COMPORTAMENTI PER LA SICUREZZA (Es. Telecamere, inferriate, antifurto, cambio porte, utilizzo borselli di sicurezza quando mi sposto, etc.)

HO EVITATO DI FREQUENTARE I LUOGHI ESTERNI IN CUI SONO STATO TRUFFATO

MI SONO FATTO ACCOMPAGNARE NELLE SVOLGERE ALCUNE ATTIVITA' QUOTIDIANE

HO RINUNCIATO A SVOLGERE ALCUNE DELLE ATTIVITA' CHE NORMALMENTE SVOLGEO

ALTRO (Specificare) \_\_\_\_\_

**DOMANDE DA SOMMINISTRARE A TUTTI**

**Ha conoscenza diretta di truffe o raggiri o tentativi subiti da suoi familiari negli ultimi 3 anni?**

 SI NO

**Se SI**

**Può descrivere brevemente come si è svolta la truffa o il tentativo, specificando solo i fatti ritenuti più gravi?**

**Può indicare il suo livello di fiducia nei confronti delle seguenti categorie?**

PERSONALE DEL COMUNE DI RESIDENZA MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

VIGILI URBANI MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

**FORZE DELL'ORDINE:**

POLIZIA MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

CARABINIERI MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

GUARDIA DI FINANZA MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

CHIESA/PARROCCHIA MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

PARTITI POLITICI MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

GOVERNO MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

PARLAMENTO MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

UNIONE EUROPEA MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

RELAZIONI INTERPERSONALI (amici, familiari, vicini etc.) MOLTO  ABBASTANZA  POCO  PER NULLA

**Se ha indicato nei livello di fiducia una delle caselle “poco” e “per nulla” può manifestare il suo disappunto descrivendo brevemente le motivazioni della sua insoddisfazione?**

---

---

---