



Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione  
Consiglio Nazionale delle Ricerche  
**Progetto internazionale “La città dei bambini”**



Gentili genitori,

la scuola frequentata da vostro/a figlio/a ha aderito all’esperienza “A scuola ci andiamo da soli”, che ha la finalità di aumentare il livello di mobilità autonoma dei bambini nel tragitto casa-scuola.

L’Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Roma, che da oltre 20 anni sviluppa e promuove il progetto internazionale “La città dei bambini”, chiede la vostra collaborazione per misurare l’efficacia di questa esperienza di mobilità.

L’indagine consisterà nella somministrazione di un questionario a voi e uno ai vostri figli; pertanto chiediamo la vostra disponibilità a partecipare alla ricerca compilando il prima possibile il questionario allegato in tutte le sue parti, e poi riconsegnandolo a vostro/a figlio/a, che si incaricherà di riportarlo a scuola. Il questionario, in forma anonima, potrà essere compilato da un solo genitore o da entrambi insieme (o da chi ne fa le veci).

Confidando nella vostra cortese collaborazione, ringraziamo per l’attenzione e salutiamo con cordialità.

*Il gruppo di ricerca del Progetto*

*“La città dei bambini”*

*ISTC-CNR*

*Mail: [daniela.renzi@istc.cnr.it](mailto:daniela.renzi@istc.cnr.it)*

**Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione**  
**Laboratorio internazionale “La città dei bambini”**

Via San Martino della Battaglia 44 – 00185 Roma – Tel 0644595205/357

[www.lacittadeibambini.org](http://www.lacittadeibambini.org) E-mail [laboratorio@lacittadeibambini.org](mailto:laboratorio@lacittadeibambini.org)

# L'AUTONOMIA DEI BAMBINI

## QUESTIONARIO GENITORI/INIZIO ESPERIENZA

### A) DATI DELLA FAMIGLIA

1) Chi compila il questionario è:	<input type="checkbox"/> 1. la madre del/la bambino/a <input type="checkbox"/> 2. il padre del/la bambino/a <input type="checkbox"/> 3. altro (specificare): _____
2) Stato Civile di chi compila:	<input type="checkbox"/> 1. Sposato/a <input type="checkbox"/> 2. Separato/a <input type="checkbox"/> 3. Divorziato/a <input type="checkbox"/> 4. Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> 5. Vedovo/a
3) Composizione nucleo familiare:	<input type="checkbox"/> 1. Madre <input type="checkbox"/> 2. Padre <input type="checkbox"/> 3. Figli/e <input type="checkbox"/> 4. Nonno/a
4) Ci sono altri figli in famiglia:	<input type="checkbox"/> 1. Sì <input type="checkbox"/> 2. NO
4.1) Se ha risposto Sì, può indicare quanti figli/e ci sono e l'età:	n° figli _____ Età _____ n° figlie _____ Età _____
<i>Chi compila il questionario fornisca, per favore, i dati di entrambi i genitori</i>	
5) Dati della madre (o di chi ne fa le veci)	

1. Et : \_\_\_\_\_

2. Nazionalit :

\_\_\_\_\_

3. Titolo di studio:

- 1. nessuno
- 2. licenza elementare
- 3. licenza media
- 4. diploma di scuola superiore/  
professionale
- 5. diploma di laurea/titolo post-diploma

4. Professione:

- 1. imprenditrice, libera professionista
- 2. dirigente, medico, docente universitaria
- 3. artigiana, commerciante, coltivatrice diretta
- 4. insegnante, impiegata
- 5. operaia, commessa, bracciante
- 6. casalinga
- 7. disoccupata
- 8. pensionata
- 9. altro (specificare):

\_\_\_\_\_

**6) Dati del padre (o di chi ne fa le veci)**

1. Et : \_\_\_\_\_

2. Nazionalit :

\_\_\_\_\_

3. Titolo di studio:

- 1. nessuno
- 2. licenza elementare
- 3. licenza media
- 4. diploma di scuola superiore/  
professionale
- 5. diploma di laurea/titolo post-diploma

4. Professione:

- 1. imprenditore, libero professionista
- 2. dirigente, medico, docente universitario
- 3. artigiano, commerciante, coltivatore diretto
- 4. insegnante, impiegato
- 5. operaio, commesso, bracciante
- 6. casalingo
- 7. disoccupato
- 8. pensionato
- 9. altro (specificare):

\_\_\_\_\_

## B) COSA FA SUO/A FIGLIO/A DA SOLO/A FUORI CASA?

(per ogni domanda scelga una sola risposta)

1) <b>Quante volte suo/a figlio/a va a scuola senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
2) <b>Quante volte suo/a figlio/a va a trovare amici, a fare sport, catechismo, corsi pomeridiani, senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
3) <b>Quante volte suo/a figlio/a usa mezzi pubblici, senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
4) <b>Quante volte suo/a figlio/a va in bicicletta nel quartiere senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
5) <b>Quante volte suo/a figlio/a va a comprare al negozio senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
6) <b>Quante volte suo/a figlio/a va a giocare nelle strade, nelle piazze, nei parchi, ai giardinetti, senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
7) <b>Quante volte suo/a figlio/a esce quando è buio senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
8) <b>Avete un cane?</b>	<input type="checkbox"/> 1. SÌ <input type="checkbox"/> 2. NO
8.1) <b>Se ha risposto Sì, Quante volte suo/a figlio/a esce per portarlo a passeggio senza essere accompagnato/a da adulti?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
9) <b>Quando suo/a figlio/a fa queste cose accompagnato da adulti lo fa perché?</b>	<input type="checkbox"/> 1. NOI NON CE LA SENTIAMO DI LASCIARLO/A ANDARE DA SOLO/A <input type="checkbox"/> 2. NOSTRO/A FIGLIO/A NON VUOLE USCIRE DA SOLO/A

### C) COSA FA SUO/A FIGLIO/A DA SOLO IN CASA?

(per ogni domanda scelga una sola risposta)

10) Quante volte suo/a figlio/a si lava da solo/a?	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
11) Quante volte suo/a figlio/a si veste da solo/a?	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
12) Quante volte suo/a figlio/a si prepara la colazione da solo/a?	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
13) Quante volte suo/a figlio/a si prepara lo zaino da solo/a?	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
14) Quante volte suo/a figlio/a fa i compiti da solo/a?	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
15) Quando suo/a figlio/a non fa queste cose da solo, non le fa perché?	<input type="checkbox"/> 1. NOI NON CE LA SENTIAMO DI FARGLIELE FARE DA SOLO/A <input type="checkbox"/> 2. NOSTRO/A FIGLIO/A NON VUOLE FARLE DA SOLO/A

### D) COME VA A SCUOLA E COME TORNA A CASA SUO/A FIGLIO/A?

(per ogni domanda scelga una sola risposta)

16) Qual è la distanza tra casa vostra e la scuola?	<input type="checkbox"/> 1. MENO DI 500 METRI <input type="checkbox"/> 2. DA 500 A 1000 METRI <input type="checkbox"/> 3. PIÙ DI 1000 METRI
17) Secondo lei, quindi, la scuola è lontana o vicina per suo/a figlio/a?	<input type="checkbox"/> 1. MOLTO LONTANA <input type="checkbox"/> 2. LONTANA <input type="checkbox"/> 3. VICINA <input type="checkbox"/> 4. MOLTO VICINA

<p><b>18) In questo periodo, come VA di solito a scuola suo/a figlio/a?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. A PIEDI DA SOLO, CON AMICI O FRATELLI</p> <p><input type="checkbox"/> 2. A PIEDI ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. IN BICICLETTA DA SOLO, CON AMICI O FRATELLI</p> <p><input type="checkbox"/> 4. IN BICICLETTA ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO</p> <p><input type="checkbox"/> 5. IN AUTOBUS DA SOLO, CON AMICI O FRATELLI</p> <p><input type="checkbox"/> 6. IN AUTOBUS ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO</p> <p><input type="checkbox"/> 7. IN SCUOLABUS</p> <p><input type="checkbox"/> 8. IN AUTOMOBILE O IN MOTO</p>
<p><b>19) Va a scuola così anche quando piove?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. MAI</p> <p><input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE</p> <p><input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE</p> <p><input type="checkbox"/> 4. SEMPRE</p>
<p><b>20) In questo periodo, come TORNA di solito a casa suo/a figlio/a?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. A PIEDI DA SOLO, CON AMICI O FRATELLI</p> <p><input type="checkbox"/> 2. A PIEDI ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. IN BICICLETTA DA SOLO, CON AMICI O FRATELLI</p> <p><input type="checkbox"/> 4. IN BICICLETTA ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO</p> <p><input type="checkbox"/> 5. IN AUTOBUS DA SOLO, CON AMICI O FRATELLI</p> <p><input type="checkbox"/> 6. IN AUTOBUS ACCOMPAGNATO DA UN ADULTO</p> <p><input type="checkbox"/> 7. IN SCUOLABUS</p> <p><input type="checkbox"/> 8. IN AUTOMOBILE O IN MOTO</p>
<p><b>21) Torna a casa così anche quando piove?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. MAI</p> <p><input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE</p> <p><input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE</p> <p><input type="checkbox"/> 4. SEMPRE</p>
<p><b>22) Perché suo/a figlio/a non va a scuola da solo/a?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. PERCHÉ NOI NON CE LA SENTIAMO DI LASCIARLO/A ANDARE DA SOLO/A</p> <p><input type="checkbox"/> 2. PERCHÉ NOSTRO/A FIGLIO/A NON VUOLE USCIRE DA SOLO/A</p>
<p><b>23) E' difficile far andare suo/a figlio/a a scuola da solo/a ?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. NO</p> <p><input type="checkbox"/> 2A. SÌ PERCHÉ LA SCUOLA È LONTANA</p> <p><input type="checkbox"/> 2B. SÌ PERCHÉ NON CI SONO AUTOBUS</p> <p><input type="checkbox"/> 2C. SÌ PERCHÉ IL TRAFFICO È PERICOLOSO</p> <p><input type="checkbox"/> 2D. SÌ PERCHÉ SI PUO' PERDERE</p> <p><input type="checkbox"/> 2E. SÌ PERCHÉ SI PUO' FARE MALE</p> <p><input type="checkbox"/> 2F. SÌ PERCHÉ PUO' INCONTRARE PERSONE CATTIVE</p> <p><input type="checkbox"/> 2G. SÌ PERCHÉ LO ZAINO PESA TROPPO</p>

<b>24) Suo/a figlio/a le ha mai chiesto direttamente di andare a scuola da solo/a ?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
<b>25) Le piace/piacerebbe che suo/a figlio/a va/andasse a scuola da solo/a?</b>	<input type="checkbox"/> 1. PER NIENTE <input type="checkbox"/> 2. POCO <input type="checkbox"/> 3. ABBASTANZA <input type="checkbox"/> 4. MOLTO
<b>26) Se ha risposto che le piace/piacerebbe ABBASTANZA/MOLTO, indichi perché:</b>	<input type="checkbox"/> 1. NOI GENITORI SAREMMO PIÙ LIBERI <input type="checkbox"/> 2. MIO/A FIGLIO/A DIVENTA PIÙ GRANDE E AUTONOMO/A <input type="checkbox"/> 3. MIO/A FIGLIO/A PUÒ CONOSCERE MEGLIO IL QUARTIERE IN CUI VIVE <input type="checkbox"/> 4. MIO/A FIGLIO/A PUÒ PASSARE PIÙ TEMPO CON GLI AMICI
<b>27) Se ha risposto che le piace/ piacerebbe POCO/PER NIENTE, indichi perché:</b>	<input type="checkbox"/> 1. PREFERISCO PASSARE QUESTO TEMPO CON LUI/LEI <input type="checkbox"/> 2. MIO/A FIGLIO/A È TROPPO PICCOLO/A <input type="checkbox"/> 3. MIO/A FIGLIO/A PERDEREBBE TEMPO <input type="checkbox"/> 4. PUÒ FARE CATTIVI INCONTRI

### E) ALTRO

(per ogni domanda scelga una sola risposta)

<b>28) Suo/a figlio/a arriva puntuale a scuola ?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
<b>29) Suo/a figlio/a ha le chiavi di casa per entrare da solo/a?</b>	<input type="checkbox"/> 1. MAI <input type="checkbox"/> 2. POCHE VOLTE <input type="checkbox"/> 3. MOLTE VOLTE <input type="checkbox"/> 4. SEMPRE
<b>30) Suo/a figlio/a ha un cellulare proprio?</b>	<input type="checkbox"/> 1. SÌ <input type="checkbox"/> 2. NO

## F) I PERICOLI DELLA CITTÀ

(per ogni domanda scelga una sola risposta)

Secondo lei è pericoloso per suo/a figlio/a andare in questi posti della città SENZA ESSERE ACCOMPAGNATO da adulti?	
31) Strade	<input type="checkbox"/> 1. PER NIENTE PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 2. POCO PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 3. ABBASTANZA PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 4. MOLTO PERICOLOSO
32) Parchi pubblici	<input type="checkbox"/> 1. PER NIENTE PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 2. POCO PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 3. ABBASTANZA PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 4. MOLTO PERICOLOSO
33) Autobus, metropolitana	<input type="checkbox"/> 1. PER NIENTE PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 2. POCO PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 3. ABBASTANZA PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 4. MOLTO PERICOLOSO
34) Negozi e supermercati	<input type="checkbox"/> 1. PER NIENTE PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 2. POCO PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 3. ABBASTANZA PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 4. MOLTO PERICOLOSO
35) Centri commerciali	<input type="checkbox"/> 1. PER NIENTE PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 2. POCO PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 3. ABBASTANZA PERICOLOSO <input type="checkbox"/> 4. MOLTO PERICOLOSO