



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

INDAGINE STATISTICA MULTISCOPO SULLE FAMIGLIE

ASPETTI DELLA VITA
QUOTIDIANA
ANNO 2005

5	Numero dei componenti la famiglia <u>attuale</u> □□□
---	--

SCHEDA GENERALE

[illegible]

CODICI DA UTILIZZARE PER LA SCHEDA GENERALE

Col. 1 Numero d'ordine dei componenti		Col. 8 Condizione (15 anni e più)	
N° d'ordine progressivo per tutte le persone che vengono elencate nella scheda (codice a due cifre)		Occupato	1
Col. 3 Relazione di parentela con PR		In cerca di nuova occupazione	2
PR (persona di riferimento del questionario)	01	In cerca di prima occupazione	3
Coniuge di 01	02	In servizio di leva o servizio civile sostitutivo	4
Convivente (coniugalmente) di 01	03	Casalinga	5
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di 01	04	Studente	6
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o del convivente di 01	05	Inabile al lavoro	7
Figlio di 01 nato dall'ultimo matrimonio o convivenza	06	Persona ritirata dal lavoro	8
Figlio di 01 o del coniuge convivente nato da precedente matrimonio o convivenza (a)	07	In altra condizione	9
Coniuge del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)	08	Col. 10 Posizione nella professione (per chi lavora o ha lavorato in passato)	
Convivente del figlio di 01 (o del coniuge o convivente di 01)	09	a) <i>Alle dipendenze come:</i>	
Nipote (=figlio del figlio) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)	10	Dirigente	01
Nipote (=figlio del fratello/sorella) di 01 (o del coniuge o convivente di 01)	11	Direttivo, quadro	02
Fratello/sorella di 01	12	Impiegato	03
Fratello/sorella del coniuge o convivente di 01	13	Capo operaio, operaio subalterno ed assimilati	04
Coniuge del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)	14	Apprendista	05
Convivente del fratello/sorella di 01(o del coniuge o convivente di 01)	15	Lavorante a domicilio per conto d'impresе	06
Altro parente di 01(o del coniuge o convivente di 01)	16	b) <i>Autonomo come:</i>	
Persona legata da amicizia	17	Imprenditore	07
Col. 4 Sesso		Libero professionista	08
Maschio	1	Lavoratore in proprio	09
Femmina	2	Socio di cooperativa di produzione di beni e/o prestazioni di servizio	10
Col. 6 Stato civile (6 anni e più)		Coadiuvante	11
Celibe o nubile	1	Col. 11 Attività economica (per chi lavora o ha lavorato in passato)	
Coniugato/a coabitante col coniuge	2	Agricoltura, caccia, pesca	1
Coniugato/a non coabitante col coniuge (separato/a di fatto)	3	Industria, estrazione, manifatture, energia	2
Separato/a legalmente	4	Costruzioni	3
Divorziato/a	5	Commercio all'ingrosso e al dettaglio, alberghi e ristoranti	4
Vedovo/a	6	Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni	5
Col. 7 - Titolo di studio più alto conseguito (6 anni e più)		Intermediazioni, noleggio, altre attività professionali	6
Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea	01	Pubblica amministrazione e difesa	7
Laurea di 4 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea specialistica a ciclo unico)	02	Istruzione, sanità ed altri servizi sociali	8
Laurea specialistica di 2 anni di secondo livello (nuovo ordinamento)	03	Altri servizi	9
Laurea di 3 anni di primo livello (nuovo ordinamento)	04	Col. 13 Fonte principale di reddito (15 anni e più)	
Diploma universitario, Laurea breve vecchio ordinamento, Scuola diretta a fini speciali, Scuola Parauniversitaria	05	Reddito da lavoro dipendente	1
Accademia Belle Arti, Istituto Superiore Industrie Artistiche, Accademia di arte drammatica, Scuola Interpreti e Traduttori, Perfezionamento Accademia di Danza, Perfezionamento Conservatorio, Scuola di Archivistica, Perfezionamento Istituto di Musica Pareggiato, Paleografia, Diplomatica	06	Reddito da lavoro autonomo	2
Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università	07	Pensione	3
Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'Università	08	Indennità e provvidenze varie	4
Licenza media (o avviamento professionale)	09	Redditi patrimoniali	5
Licenza elementare	10	Mantenimento da parte dei familiari	6
Nessun titolo - sa leggere e scrivere	11	Col. 16 Anno matrimonio attuale	
Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere	12	Indicare l'anno di matrimonio con 4 cifre (es. 1952)	
		Col. 17 Stato civile precedente al matrimonio attuale	
		Celibe o nubile	1
		Divorziato/a	5
		Vedovo/a	6

(a) A col. 3 il cod. 07 va utilizzato solo nel caso di due o più matrimoni (o convivenze). Nel caso di un solo matrimonio (o convivenza) anche se cessato utilizzare cod. 06.

Scheda Individuale del componente n. **01**

(col. 1 della Scheda Generale)

DATI ANAGRAFICI

Sesso Maschio1 ☐
Femmina2 ☐

Età (in anni compiuti)

**SPOSTAMENTI
QUOTIDIANI**

*(PER I BAMBINI DELL'ASILO E
DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA,
GLI STUDENTI E GLI OCCUPATI)*

**A che ora esce di casa abitualmente per
andare al lavoro o a scuola (compresi asilo
nido, scuola dell'infanzia e università)?**

Orario abitualeore minuti

Orario variabile a causa di turni 7777 ☐

Orario variabile per altra ragione 8888 ☐

Non esco perché lavoro in casa 9999 ☐



passare a sez. successiva

**Quanto tempo impiega complessivamente per
andare al lavoro o a scuola?**

Tempo impiegato
abitualmenteore minuti

Tempo impiegato variabile 9999 ☐

**Per andare al lavoro o a scuola o all'asilo usa
abitualmente qualche mezzo di trasporto
pubblico e/o privato?**

NO, vado a piedi ..1 ☐ → **passare a sez. successiva**

Sì, un solo mezzo2 ☐

Sì, due o più mezzi3 ☐

(Se Sì)

**Quale dei seguenti mezzi usa abitualmente
per andare al lavoro o a scuola?
(possibili più risposte)**

Treno 01 ☐

Tram 02 ☐

Metropolitana 03 ☐

Autobus, filobus (all'interno del Comune).. 04 ☐

Pullman, corriera (tra Comuni diversi) 05 ☐

Pullman aziendale o scolastico 06 ☐

Auto privata (come conducente) 07 ☐

Auto privata (come passeggero) 08 ☐

Motocicletta o ciclomotore 09 ☐

Bicicletta 10 ☐

Altro mezzo 11 ☐

**SALUTE, MALATTIE CRONICHE
E GRADO DI AUTONOMIA**

(PER TUTTI)

Come va in generale la sua salute?

**(Dia un punteggio da 1 a 5 dove 1 indica lo
stato peggiore e 5 quello migliore)**

Segue **Scheda Individuale del componente n. 01**

(col. 1 della Scheda Generale)

È affetto da una o più delle seguenti malattie croniche?

(una risposta per ogni riga)

	NO	SÌ
Diabete	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Angina pectoris o altre malattie del cuore	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Malattie allergiche	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Tumore (incluso linfoma o leucemia)	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Ulcera gastrica o duodenale.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Calcolosi del fegato e delle vie biliari	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cirrosi epatica	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Calcolosi renale	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Artrosi, artrite	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Osteoporosi	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Disturbi nervosi	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**SERVIZI SANITARI E
SOCIO ASSISTENZIALI**

(PER TUTTI)

Negli ultimi 3 mesi ha fatto ricorso a:

	NO	SÌ	Quante volte N.
Pronto soccorso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Guardia medica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

SERVIZI OSPEDALIERI

(PER TUTTI)

Negli ultimi 3 mesi è stato ricoverato in un ospedale, in un istituto di cura accreditato (convenzionato) o in una casa di cura privata?
(considerare anche i ricoveri per parto o nascita con o senza complicazioni)

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Se Sì)

Quante volte è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi?

N.

Per quante giornate è stato ricoverato negli ultimi 3 mesi

N.

(Con riferimento all'ultimo ricovero)

È rimasto soddisfatto dei seguenti aspetti del ricovero?

(una risposta per ogni riga)

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Assistenza medica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica ...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Vitto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Servizi igienici ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Segue Scheda Individuale del componente n. 01		(col. 1 della Scheda Generale)
--	--	--------------------------------

INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

(PER TUTTI)

Negli ultimi 12 mesi ha subito uno o più incidenti in ambiente domestico che hanno compromesso le sue condizioni di salute con ferite, fratture, ustioni, contusioni, lussazioni o altre lesioni?

NO1 ☐

Sì2 ☐ → Quante volte? N.

(Se Sì)

È successo negli ultimi 3 mesi?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → Quante volte? N.

VACANZE E MOTIVI DELLA NON VACANZA

(PER TUTTI)

Negli ultimi 12 mesi si è recato in vacanza per un periodo di almeno 4 notti consecutive?

NO00 ☐

Sì, quante volte?N.

(Se non si è recato in vacanza)

Per quali motivi?

(possibili più risposte)

Per ragioni economiche1 ☐

Per motivi di lavoro o di studio....2 ☐

Per mancanza di abitudine3 ☐

Perché già residente in località di villeggiatura4 ☐

Per motivi di famiglia5 ☐

Per motivi di salute6 ☐

Per l'età7 ☐

Per altri motivi 8 ☐

(specificare)

ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

(PER LE PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ)

Nel suo tempo libero pratica con carattere di continuità uno o più sport?

NO 1 ☐

Sì.....2 ☐

(Se NO)

Nel suo tempo libero pratica saltuariamente uno o più sport?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Se non pratica sport)

Le capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno?

NO 1 ☐

Sì, una volta o più volte alla settimana 2 ☐

Sì, una volta o più volte al mese 3 ☐

Sì, più raramente 4 ☐

AMICI

(PER LE PERSONE DI 6 ANNI E PIÙ)

Con che frequenza si vede con amici nel tempo libero?

Tutti i giorni1 ☐

Più di una volta alla settimana ... 2 ☐

Una volta alla settimana 3 ☐

Qualche volta al mese (meno di 4)4 ☐

Qualche volta durante l'anno5 ☐

Mai6 ☐

Non ho amici7 ☐

QUESTIONARIO FAMILIARE

ELETTRICITA' E GAS

Da quale azienda è fornita l'energia elettrica nell'abitazione dove vive la famiglia?

(una sola risposta)

- Enel.....1 ☐
- Azienda elettrica locale2 ☐

Complessivamente, quanto è soddisfatto del servizio dell'energia elettrica ?

- Molto soddisfatto1 ☐
- Abbastanza soddisfatto2 ☐
- Poco soddisfatto3 ☐
- Per niente soddisfatto4 ☐

Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio dell'energia elettrica ?

(una risposta per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Continuità del servizio (assenza di guasti e interruzioni della fornitura)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Assenza di sbalzi di tensione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza di lettura dei contatori .	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazione sul servizio (informazioni su tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti, ecc.)..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Come arriva il gas all'abitazione?

(una sola risposta)

- L'abitazione è allacciata
alla rete di distribuzione 1 ☐
- Il gas viene acquistato in bombole . 2 ☐
- È installato un "bombolone" esterno
con rifornimento periodico 3 ☐
- L'abitazione non dispone né di gas,
né di bombola, né di "bombolone"
esterno 4 ☐

andare a
sez.
succes-
siva

(Se l'abitazione è allacciata alla rete di distribuzione, altrimenti andare alla sezione successiva)

Complessivamente quanto è soddisfatto del servizio del gas?

- Molto soddisfatto..... 1 ☐
- Abbastanza soddisfatto2 ☐
- Poco soddisfatto3 ☐
- Per niente soddisfatto 4 ☐

Che giudizio dà dei seguenti aspetti riguardanti il servizio del gas?

(una risposta per ogni riga)

	Molto Soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Assenza di sbalzi di pressione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Frequenza di lettura dei contatori.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Comprensibilità delle bollette	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Informazione sul servi- zio (informazioni su tariffe, condizioni di erogazione, allacciamenti, ecc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sicurezza della rete esterna.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sicurezza impianto domestico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

LA ZONA E L'ABITAZIONE IN CUI VIVE LA FAMIGLIA

La zona in cui abita la famiglia presenta:

(una risposta per ogni riga)

	Molto	Abba- stanza	Poco	Per niente	Non so
Sporcizia nelle strade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di parcheggio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Traffico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Inquinamento dell'aria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rumore	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Rischio di criminalità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Odori sgradevoli	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Scarsa illuminazione delle strade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Cattive condizioni della pavimentazione stradale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

L'abitazione dispone di:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Terrazzo o balcone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Giardino privato.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

L'abitazione dispone di telefono?

NO..... 1 ☐

Sì..... 2 ☐

L'abitazione dispone di riscaldamento?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

Si verificano uno o più dei seguenti problemi?

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì
Le spese per l'abitazione sono troppo alte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è troppo piccola	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è troppo distante da altri familiari	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Irregolarità nella erogazione dell'acqua	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
L'abitazione è in cattive condizioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

La famiglia o qualche componente beve abitualmente acqua di rubinetto in casa?

(possibili più risposte)

Sì 1 ☐

NO, perché non è bevibile o non ci fidiamo a berla (inquinata, brutto colore, cattivo sapore, ecc.) 2 ☐

NO, per altro motivo 3 ☐

A che titolo la famiglia occupa l'abitazione?

Affitto o subaffitto 1 ☐

Proprietà 2 ☐

Usufrutto 3 ☐

Titolo gratuito 4 ☐

Altro 5 ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

In generale raggiungere i seguenti servizi crea problemi o difficoltà per la famiglia?

(una risposta per ogni riga)

	Nessuna difficoltà	Un po' di difficoltà	Molta difficoltà	Non so
Farmacie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pronto soccorso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ufficio Postale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Polizia, Carabinieri	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Uffici comunali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Asilo nido ^(a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola materna ^(a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola elementare ^(a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Scuola media inferiore ^(a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Negozi di generi alimentari, mercati	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Supermercati	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori rifiuti (cassonetti)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli azienda gas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sportelli dell'Enel o dell'azienda elettrica locale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

(a) lasciare in bianco se non è utilizzata

Sono presenti nella zona in cui vive la famiglia i contenitori per la raccolta differenziata dei rifiuti?

(una risposta per ogni riga)

	Sì, e sono facilmente raggiungibili	Sì, ma sono difficilmente raggiungibili	NO	Non so
Carta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vetro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Farmaci	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Batterie usate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lattine di alluminio... ..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Contenitori in plastica per liquidi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

La sua famiglia ha l'abitudine di raccogliere i seguenti rifiuti in modo separato e di gettarli poi nei relativi contenitori?

(una risposta per ogni riga)

	Sì, sempre	Sì, qualche volta	Mai
Carta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Vetro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Farmaci	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Batterie usate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Lattine di alluminio.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Contenitori in plastica per liquidi.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Rifiuti organici.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Altro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

CAMBIAMENTI DI ABITAZIONE

Negli ultimi 12 mesi uno o più dei componenti della famiglia attuale ha cambiato abitazione?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

(Se non c'è stato cambiamento di abitazione, gli altri vanno alla sezione successiva)

Negli ultimi 12 mesi la famiglia o qualche componente ha preso seriamente in considerazione la possibilità di cambiare abitazione?

NO4. ☐4. ☐ 1 ☐

Sì2 ☐

RICORSO ALLA CONSULENZA DI PROFESSIONISTI E INSERZIONI

Ogni anno i cittadini sono tenuti a pagare alcune tasse; la sua famiglia come si organizza per la compilazione dei relativi modelli (per esempio per la dichiarazione dei redditi, escluso ciò che riguarda le imprese, ecc.)?

(possibili più risposte)

Non deve compilare nessun modulo 1 ☐

Se ne occupano uno o più componenti della famiglia2 ☐

Se ne occupano organizzazioni o persone non a pagamento3 ☐

Se ne occupa un commercialista, una organizzazione o altra persona a pagamento..4 ☐

Segue

QUESTIONARIO FAMILIARE

ELETTRODOMESTICI, MEZZI DI COMUNICAZIONE E TRASPORTO

La famiglia possiede:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì	N.
Lavastoviglie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Lavatrice	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
Videoregistratore	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Videocamera	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Impianto stereo hi-fi per ascoltare musica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Segreteria telefonica	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Fax	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Antenna parabolica	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Decoder per digitale terrestre.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Condizionatori, climatizzatori.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Bicicletta	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Motorino, scooter	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Motocicletta, moto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>

La famiglia possiede l'automobile?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐ → N. ☐

TELEVISORE

La famiglia possiede televisore a colori?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

TELEFONO CELLULARE

La famiglia possiede telefono cellulare?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

APPARECCHIATURE INFORMATICHE

La famiglia possiede:

(una risposta per ogni riga)

	NO	Sì	N.
Consolle per videogiochi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Personal computer.....	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Modem.....	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>

ACCESSO AD INTERNET

La famiglia possiede accesso ad Internet?

NO 1 ☐

Sì 2 ☐

SITUAZIONE ECONOMICA DELLA FAMIGLIA

Confrontando la situazione economica della famiglia con quella di un anno fa, lei ritiene che sia:

Molto migliorata 1 ☐

Un po' migliorata 2 ☐

Rimasta più o meno la stessa 3 ☐

Un po' peggiorata..... 4 ☐

Molto peggiorata 5 ☐

Con riferimento agli ultimi 12 mesi e tenendo presente le esigenze di tutti i componenti familiari, come sono state le risorse economiche complessive della famiglia?

Ottime 1 ☐

Adeguate 2 ☐

Scarse 3 ☐

Absolutamente insufficienti 4 ☐

INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

Ogni anno l'Istat conduce questa ricerca per capire i problemi del vivere quotidiano, la soddisfazione sui principali servizi pubblici: le file, l'orario dei servizi, l'affollamento dei mezzi pubblici, insomma, le abitudini di tutti. È importante raccogliere dalla viva voce dei cittadini questi aspetti del vivere quotidiano, perché possano essere utilizzati anche per migliorare la situazione.

La ricerca è inserita nel Programma statistico nazionale, l'insieme di rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese. L'Istat è tenuto per legge a svolgere queste attività di ricerca e i cittadini sono tenuti a parteciparvi. Le informazioni raccolte saranno utilizzate nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale esclusivamente per fini statistici in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza. Inoltre, come prevede la legge, il cittadino potrà decidere se rispondere o no ad alcuni quesiti particolari: 6.1, 6.2, 6.3 del questionario ISTAT/IMF-7/A.05 (scheda individuale) e 1.1, 12.1, 14.2, 14.3, 14.8, 14.9 del questionario ISTAT/IMF-7/B.05 (questionario per autocompilazione).

La invito, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 24.000 famiglie che sono state estratte casualmente come la Sua e ad accogliere, con cortese disponibilità, l'incaricato del Comune, il quale, munito di cartellino identificativo, verrà presso la Sua abitazione per rivolgere alcune domande a Lei e ai Suoi familiari.

Per ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al **numero verde (800.637760)** (ore 8,30-13,30).

Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, responsabile dello stesso è il Direttore della Direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita.

Durante tutto il periodo in cui saranno in corso le operazioni di rilevazione sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale per le indagini su condizioni e qualità della vita, via Adolfo Ravà, 150 – 00140 Roma.

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322 e successive modificazioni ed integrazioni “Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica” – art. 6 bis, comma 1 (presupposti del trattamento) comma 2 (trattamento dei dati sensibili) comma 4 (comunicazione dei dati personali a soggetti del Sistema statistico nazionale) commi 5, 6 e 7 (conservazione dei dati) comma 8 (esercizio dei diritti dell'interessato), art. 7 (obbligo di fornire dati statistici), art. 8 (segreto d'ufficio degli addetti agli uffici di statistica), art. 9 (disposizioni per la tutela del segreto statistico), art. 13 (programma statistico nazionale);
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” – artt. 2 (finalità), 4 (definizioni), 7-10 (diritti dell'interessato), 13 (informativa), 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- “Codice di deontologia e buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale” (all. A3 al Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2004 - Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004 – 2006 (Suppl. ord. n. 134 alla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2004 - serie generale - n. 177);
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 luglio 2004 – Approvazione dell'elenco delle rilevazioni statistiche rientranti nel Programma Statistico Nazionale per il triennio 2004-2006 che comportano l'obbligo di risposta, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo 6 settembre 1989 n. 322 (G.U. n. 188 del 12 agosto 2004).