



MOD. ISTAT/EHIS2/B.15



SISTEMA STATISTICO NAZIONALE  
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

# INDAGINE STATISTICA SULLE FAMIGLIE

INDAGINE EUROPEA  
SULLA SALUTE 2015

A	MESE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
---	------------------------------------------------------

1	Provincia ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Comune ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Sezione di Censimento ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2	<b>(a cura del Comune)</b>
	Numero <u>progressivo</u> della famiglia intervistata  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Da 0001 al totale delle famiglie intervistate

3	Numero d'ordine della famiglia nell'elenco  <u>Mod. ISTAT/IMF/2 Elenco</u>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Da 00001 al totale delle famiglie in elenco
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Questionario per autocompilazione  
per le persone di 14 anni e più  
(componente n.   )

Siamo dell'Istituto Nazionale di Statistica.

Stiamo conducendo una ricerca sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari delle famiglie italiane.

Le informazioni raccolte sono di grande rilevanza sociale e potranno contribuire a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari.

Abbiamo, dunque, bisogno della sua collaborazione. Il questionario è articolato in 4 sezioni che si riferiscono ad argomenti diversi. Per aiutarci la preghiamo di osservare le seguenti indicazioni:

- legga con attenzione ogni singolo quesito, comprese le note evidenziate in rosso o riportate in parentesi e risponda mettendo una croce sul riquadro corrispondente alla risposta che ha scelto, così ☒;
- ove non è precisato che sono possibili più risposte, è necessario fornire una sola risposta;
- alcune volte troverà uno spazio per scrivere dei numeri. Scriva il numero all'interno dello spazio, così  o così ;
- via via che compilerà il questionario, troverà delle indicazioni su come proseguire. Controlli sempre a chi è rivolta la domanda; se non la riguarda la salti e controlli se deve rispondere a quella successiva;
- presti attenzione al periodo di tempo cui si riferiscono le domande (ad es. ultime 4 settimane, ultimi 12 mesi, ecc.);
- utilizzi le modalità di risposta "altro specificare" solo se non riesce a collocarsi tra le risposte previste.

Se incontra delle difficoltà a rispondere si rivolga alla persona che le ha consegnato il questionario, che gentilmente le fornirà ogni utile spiegazione.

***Le siamo molto grati per la sua gentile disponibilità***

**Scheda Individuale del componente n.      (col. 1 della Scheda Generale)**

Data di nascita                                
Giorno Mese Anno

Sesso Maschio .....1 ☐  
Femmina .....2 ☐

**1. SALUTE DEI DENTI**

**1.1 Negli ultimi 12 mesi è stato dal dentista/ortodontista/igienista dentale?**

SI .....1 ☐

NO .....2 ☐ → **andare a domanda 1.7**

*(Per chi è stato dal dentista/ortodontista/igienista dentale negli ultimi 12 mesi, codice 1 a domanda 1.1)*

**1.2 Quante volte è stato dal dentista/ortodontista/igienista dentale negli ultimi 12 mesi?**

N° di volte.....    

**1.3 Si è rivolto prevalentemente a un dentista/ortodontista/igienista dentale presso:**

Una struttura pubblica (ospedale, ambulatorio pubblico, ecc.) .....1 ☐

Una struttura privata convenzionata.....2 ☐

Lo studio di un libero professionista.....3 ☐

Si può andare dal dentista/ortodontista/igienista dentale per un'otturazione, per un'estrazione o per un altro trattamento.

**1.4 Negli ultimi 12 mesi per quali dei seguenti trattamenti è stato dal dentista/ortodontista/igienista dentale e quanti ne ha fatti?**

**ATTENZIONE!**

**Se SI, indichi il numero di otturazioni, estrazioni, altro tipo di trattamenti, oppure, solo dove specificamente richiesto, il numero di sedute o visite.**

*(rispondere per ogni riga)*

			Se SI
	NO	SI	N° trattamenti negli ultimi 12 mesi
Estrazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	N. estrazioni <u>    </u>
Otturazione (cura della carie)	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	N. otturazioni <u>    </u>
Pulizia dei denti (ablazione tartaro)	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	N. pulizie <u>    </u>
Visita solo per controllo	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	N. visite solo per controllo <u>    </u>
Apparecchio correttivo per denti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	N. sedute <u>    </u>
Devitalizzazione / cura canalare	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	N. denti curati o devitalizzati <u>    </u>
Dentiera/ protesi mobile	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> →	N. protesi <u>    </u>
Ponti, corone e/o capsule	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> →	N. ponti, corone e/o capsule <u>    </u>
Impianti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →	N. denti impiantati <u>    </u>
Cura di malattie parodontali (infiammazioni delle gengive e dell'osso di sostegno del dente)	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> →	N. sedute <u>    </u>

**1.5 Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto ad altri trattamenti?**

NO .....1 ☐

SI.....2 ☐

Se SI, quali: .....

*(specificare)*

**1.6 Prevalentemente per i trattamenti cui si è sottoposto negli ultimi 12 mesi:**

**(una sola risposta)**

Non ha pagato nulla .....1 ☐

Ha pagato il ticket  
(consegnando la ricetta rossa del SSN).....2 ☐

Ha pagato interamente con rimborso  
parziale o totale dall'assicurazione  
privata/aziendale.....3 ☐

Ha pagato interamente  
(senza rimborsi dall'assicurazione).....4 ☐

**1.7 Complessivamente quanti denti ha in bocca, considerando sia i suoi denti naturali che quelli eventualmente sostituiti con protesi/impianti? Escluda i denti del giudizio**

28 denti.....1 ☐

21-27 denti ..... 2 ☐

1-20 denti ..... 3 ☐

Nessun dente.....4 ☐

**ATTENZIONE!**

**La domanda 1.8 si riferisce solo ai denti naturali presenti in bocca.**

**1.8 Quanti denti naturali ha in bocca? Escluda i denti del giudizio**

Nessun dente naturale...1 ☐ → **andare a Sezione 2**

28 denti naturali.... .....2 ☐

N. denti naturali.....3 ☐ → N°   
(indicare un numero tra 1 e 27)

**1.9 Quanti dei denti naturali che ha in bocca sono stati otturati (curati)?**

N. denti curati (otturati)

**1.10 Quanti dei denti naturali che ha in bocca sono cariati (non curati)?**

N. denti cariati non curati (non otturati)

**2. CONSUMO DI TABACCO**

**Questa sezione è relativa all'abitudine al fumo ed all'esposizione al fumo di tabacco. Non consideri l'utilizzo di sigarette elettroniche e di cannabis.**

**2.1 Lei attualmente fuma?**

SI, tutti i giorni.....1 ☐

SI, occasionalmente..... 2 ☐

NO, ma ho fumato in passato .....3 ☐

NO, non ho mai fumato.....4 ☐

**andare a domanda 2.4**

**(Per chi ha indicato che fuma tutti i giorni od occasionalmente, codice 1 o 2 a domanda 2.1)**

**2.2 Che cosa fuma prevalentemente?**

**(una sola risposta)**

Sigarette  
(confezionate e/o fatte a mano) ..... 1 ☐

Sigari .....2 ☐

Tabacco da pipa.....3 ☐

**andare a domanda 2.4**

**(Per chi ha indicato che fuma sigarette, codice 1 a domanda 2.2)**

**2.3 Quante sigarette fuma in media al giorno?**

N. di sigarette  
(confezionate e/o fatte a mano) :

**2.4 Quanto spesso è esposto al fumo di tabacco in ambienti chiusi (casa, ufficio, ristoranti, ecc.)?**

Mai o quasi mai .....1 ☐

Meno di 1 ora al giorno.....2 ☐

1 ora o più al giorno.....3 ☐

### 3. CONSUMO DI BEVANDE

#### 3.1 Lei consuma le seguenti bevande?

(una risposta per ogni riga)

	SI, tutti i giorni	SI, occasional- mente	NO, mai
3.1.1 Acqua minerale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.1.2 Bevande gassate (esclusa l'acqua minerale)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.1.3 Birra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.1.4 Vino	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.1.5 Altre bevande alcoliche (esclusi birra e vino)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

#### 3.2 Negli ultimi 12 mesi quanto spesso ha consumato bevande alcoliche (vino, birra, aperitivi alcolici, amari o superalcolici, bevande alcoliche fatte in casa, ...)?

- Ogni giorno o quasi ogni giorno...1 ☐
- 5 - 6 giorni a settimana .....2 ☐
- 3 - 4 giorni a settimana.....3 ☐
- 1 - 2 giorni a settimana.....4 ☐
- 2 - 3 giorni al mese .....5 ☐
- Una volta al mese .....6 ☐
- Meno di una volta al mese .....7 ☐
- Mai negli ultimi 12 mesi poiché ho smesso di bere alcolici .....8 ☐
- Mai, o solo qualche sorso o assaggio in tutta la vita .....9 ☐

andare a domanda 3.7

andare alla Sezione 4

(Per chi ha risposto alla domanda 3.2 con codice 1 o 2 o 3 o 4)

#### 3.3 Facendo riferimento ai 4 giorni dal lunedì al giovedì, di solito per quanti giorni beve bevande alcoliche?

- Tutti e 4 i giorni .....1 ☐
- 3 giorni su 4.....2 ☐
- 2 giorni su 4.....3 ☐
- 1 giorno su 4 .....4 ☐
- In nessuno dei 4 giorni .....5 ☐

andare a domanda 3.5

(Per chi ha risposto alla domanda 3.3 con codice 1 o 2 o 3 o 4)

#### 3.4 Dal lunedì al giovedì, quanti bicchieri di bevande alcoliche beve mediamente al giorno?

(Sommare il numero di bicchieri considerando quelli riportati nella figura come quantità medie. Per es. per mezzo litro di birra, 500 ml, indicare due bicchieri)



- 16 o più bicchieri al giorno.....1 ☐
- 10-15 bicchieri al giorno.....2 ☐
- 6-9 bicchieri al giorno.....3 ☐
- 4-5 bicchieri al giorno.....4 ☐
- 3 bicchieri al giorno.....5 ☐
- 2 bicchieri al giorno.....6 ☐
- 1 bicchiere al giorno.....7 ☐
- Meno di 1 bicchiere al giorno.....8 ☐

#### 3.5 Facendo riferimento ai 3 giorni dal venerdì alla domenica, di solito per quanti giorni beve bevande alcoliche?

- Tutti e 3 i giorni .....1 ☐
- 2 giorni su 3.....2 ☐
- 1 giorno su 3 .....3 ☐
- In nessuno dei 3 giorni ....4 ☐

andare a domanda 3.7

(Per chi ha risposto alla domanda 3.5 con codice 1 o 2 o 3)

**3.6 Dal venerdì alla domenica, quanti bicchieri di bevande alcoliche beve mediamente al giorno?**

(Sommare il numero di bicchieri considerando quelli riportati nella figura come quantità medie. Per es. per mezzo litro di birra, 500 ml, indicare due bicchieri)



- 16 o più bicchieri al giorno.....1 ☐
- 10-15 bicchieri al giorno.....2 ☐
- 6-9 bicchieri al giorno.....3 ☐
- 4-5 bicchieri al giorno.....4 ☐
- 3 bicchieri al giorno.....5 ☐
- 2 bicchieri al giorno.....6 ☐
- 1 bicchiere al giorno.....7 ☐
- Meno di 1 bicchiere al giorno.....8 ☐

(Per chi ha risposto alla domanda 3.2 con codice 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6 o 7)

**3.7 Negli ultimi 12 mesi, quanto spesso le è capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione? Per esempio durante una festa, un pasto, una serata con amici, da solo a casa...**

- Ogni giorno o quasi ogni giorno.....1 ☐
- 5 - 6 giorni a settimana .....2 ☐
- 3 - 4 giorni a settimana.....3 ☐
- 1 - 2 giorni a settimana.....4 ☐
- 2 - 3 giorni al mese .....5 ☐
- Una volta al mese .....6 ☐
- Meno di una volta al mese .....7 ☐
- Mai negli ultimi 12 mesi .....8 ☐
- Mai in tutta la vita .....9 ☐

#### 4. STATO DI SALUTE PERCEPITO

**4.1 La sua salute la limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta, ecc.)?**

- SI, mi limita parecchio.....1 ☐
- SI, mi limita parzialmente.....2 ☐
- NO, non mi limita per nulla.....3 ☐

**4.2 La sua salute la limita attualmente nel salire qualche piano di scale?**

- SI, mi limita parecchio.....1 ☐
- SI, mi limita parzialmente.....2 ☐
- NO, non mi limita per nulla.....3 ☐

**4.3 Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?**

- NO.....1 ☐
- SI.....2 ☐

**4.4 Nelle ultime 4 settimane, ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica?**

- NO.....1 ☐
- SI.....2 ☐

**4.5 Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (come sentirsi depresso o ansioso)?**

- NO.....1 ☐
- SI.....2 ☐

**4.6 Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (come sentirsi depresso o ansioso)?**

- NO.....1 ☐
- SI.....2 ☐

**4.7 Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore fisico l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?**

Per nulla.....1 ☐  
Poco.....2 ☐  
Moderatamente.....3 ☐  
Abbastanza.....4 ☐  
Molto.....5 ☐

**4.8 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito calmo e/o sereno?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.9 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito pieno di energia?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.10 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito scoraggiato e triste?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.11 Nelle ultime 4 settimane per quanto tempo la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Una parte del tempo.....3 ☐  
Quasi mai.....4 ☐  
Mai.....5 ☐

**4.12 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito molto agitato?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.13 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarla su?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.14 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito felice?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.15 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito vivace e brillante?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.16 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito sfinito?**

Sempre.....1 ☐  
Quasi sempre.....2 ☐  
Molto tempo.....3 ☐  
Una parte del tempo.....4 ☐  
Quasi mai.....5 ☐  
Mai.....6 ☐

**4.17 Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito stanco?**

- Sempre .....1 ☐
- Quasi sempre .....2 ☐
- Molto tempo .....3 ☐
- Una parte del tempo .....4 ☐
- Quasi mai.....5 ☐
- Mai .....6 ☐

**4.18 Ha difficoltà a ricordare o a concentrarsi?**

- NO, nessuna difficoltà .....1 ☐
- SI, qualche difficoltà.....2 ☐
- SI, molta difficoltà .....3 ☐
- Non riesco / Non sono in grado .....4 ☐

**4.19 Negli ultimi 3 anni le è accaduto qualche evento doloroso o difficile da affrontare?**

NO.....1 ☐

**Se SI, quale: (possibili più risposte)**

- Perdita del lavoro suo o di un suo familiare  
(periodo di disoccupazione, licenziamento,  
fallimento, ecc. ....2 ☐
- Gravi problemi economici  
(inclusi sfratto e indebitamento, ecc.).....3 ☐
- Una sua grave malattia o  
incidente/infortunio.....4 ☐
- Una grave malattia o incidente/infortunio  
che ha colpito un suo familiare o persona  
cara.....5 ☐
- Grave rottura del rapporto di coppia  
(separazione, divorzio, ecc.) .....6 ☐
- Decesso di un familiare o di una  
persona cara.....7 ☐
- Problemi familiari  
(problemi con figli o altri familiari).....8 ☐
- Altro.....9 ☐

**Il questionario finisce qui!**

**Grazie per la gentile collaborazione**

**RISERVATO AL RILEVATORE**

**Annotazioni** .....

.....

.....

.....

.....

.....



**RISERVATO AL RILEVATORE - QUESTIONARIO AUTOCOMPILATO**

- da compilare *immediatamente* dopo il ritiro del modello -

**1) Il questionario è stato compilato durante la stessa visita in cui è stata svolta l'intervista?**

NO.....1 ☐

SI.....2 ☐

**2) Quale delle seguenti situazioni si è verificata**

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando l'interessato.....1 ☐

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando una persona che vive in famiglia .....2 ☐  
numero d'ordine del componente     

Il questionario è stato compilato dal rilevatore intervistando una persona che NON vive in famiglia .....3 ☐

Il questionario è stato compilato personalmente dall'interessato.....4 ☐

Il questionario è stato compilato da una persona che vive in famiglia .....5 ☐  
numero d'ordine del componente     

Il questionario è stato compilato da una persona che NON vive in famiglia .....6 ☐

Il questionario non è stato compilato per rifiuto.....7 ☐

Il questionario non è stato compilato per assenza del rispondente.....8 ☐

**(Se al questionario risponde una persona diversa dall'interessato, codici 2, 3, 5 o 6 a domanda 2)**

**3) Indicare il motivo:**

L'interessato soffre di un grave problema di salute permanente (non temporaneo) .....1 ☐

**Specificare il tipo di problema di salute:**

Deterioramento cognitivo (*disabilità mentale, demenza, ecc.*) .....1 ☐

Debilizzazione grave (*malato terminale, persona sottoposta a cure intensive, ecc.*) .....2 ☐

Compromissione organi dei sensi (*problemi di udito, parola, ecc.*) .....3 ☐

L'interessato è ricoverato in ospedale o in altra struttura socio-sanitaria per tutto il periodo di rilevazione.....2 ☐

L'interessato è assente dall'abitazione per tutto il periodo di rilevazione (per studio o lavoro).....3 ☐

Altro (*specificare*).....4 ☐  
.....

**(Se il questionario è stato compilato personalmente o da altra persona, codici 4, 5 o 6 alla domanda 2)**

**4) Il questionario è stato compilato:**

In modo completo e senza difficoltà.....1 ☐

In modo completo con difficoltà.....2 ☐

In modo incompleto e lacunoso.....3 ☐

FIRMA DELL'INTERVISTATORE

(COGNOME E NOME LEGGIBILI)





## INFORMATIVA PER L'INTERVISTATO

L'Istat svolge questa ricerca, che viene condotta in tutti gli Stati dell'Unione Europea, con l'obiettivo di confrontare la situazione nei diversi Paesi riguardo i principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione ed il ricorso ai servizi sanitari. I risultati derivanti da questo tipo di indagine sono di grande rilevanza sociale, poiché consentono di monitorare i principali indicatori di salute utili alla programmazione sanitaria nel Paese e contribuiscono a definire le politiche europee per soddisfare i bisogni dei cittadini.

L'“Indagine europea sulla salute” (cod. IST – 02565) è disciplinata dal Regolamento (UE) n. 141/2013 ed è inserita nel Programma statistico nazionale 2014-2016 e nel Programma statistico nazionale 2014-2016 – Aggiornamento 2015-2016 (entrambi in corso di approvazione al momento della stampa del presente modello), che raccolgono l'insieme delle rilevazioni statistiche che sono ritenute necessarie al Paese. Sarà cura dell'intervistatore fornire indicazioni sul Programma statistico nazionale in vigore al momento dell'intervista. Il testo del Programma statistico nazionale è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

L'Istat è tenuto, per legge, a svolgere questa attività di ricerca. L'obbligo di risposta per questa rilevazione è disciplinato dall'art. 7 del d.lgs. n. 322/1989, e successive modifiche e integrazioni, e diventa effettivo con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto di approvazione del Programma statistico nazionale 2014-2016 - Aggiornamento 2015-2016 e del collegato elenco delle rilevazioni, in esso ricomprese, con obbligo di risposta per i soggetti privati.

L'obbligo di risposta tuttavia, come previsto dalla normativa vigente (art. 7, comma 2, del d.lgs. n. 322/1989), non riguarda in ogni caso i quesiti di natura sensibile, ai quali i cittadini potranno decidere se rispondere o meno. Sono di natura sensibile le domande presenti nelle sezioni 2, 3, 4 (eccetto domanda 4.4), 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 (solo domanda 14.3), 21 del questionario ISTAT/EHIS2/A.15 (questionario per intervista di colore giallo) e le domande presenti nelle sezioni 1 e 4 del questionario ISTAT/EHIS2/B.15 (questionario per autocompilazione di colore azzurro). I quesiti riguardanti i dati sensibili saranno segnalati dall'intervistatore nel corso dell'intervista.

Sarà cura dell'intervistatore fornire indicazioni sull'elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati in vigore al momento dell'intervista, il cui testo è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

Le informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico e sottoposte alla normativa sulla protezione dei dati personali, potranno essere utilizzate, anche per successivi trattamenti, dai soggetti del Sistema statistico nazionale esclusivamente per fini statistici, nonché essere comunicate per fini di ricerca scientifica ai sensi dell'art. 7 del Codice di deontologia per i trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale, e saranno diffuse in forma aggregata in modo tale che non sia possibile risalire alle persone che le forniscono, assicurando così la massima riservatezza.

La invito, quindi, molto vivamente, a collaborare con noi insieme alle altre 16.000 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. L'intervistatore, che opera in qualità di incaricato del trattamento dei dati personali, è tenuto al più rigoroso rispetto della riservatezza e degli altri diritti tutelati dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n. 196/2003). Per ogni ulteriore verifica e approfondimento può rivolgersi all'Istat, telefonando al numero verde (gratuito) 800.811.177 il martedì e il giovedì dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

Responsabile del trattamento statistico dei dati raccolti nell'ambito della presente indagine è il Direttore centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali. Per il trattamento dei dati personali il titolare è l'Istat - Istituto nazionale di statistica, Via Cesare Balbo, 16 – 00184 Roma, e il responsabile, per l'Istat, è il Direttore centrale sopra indicato al quale è possibile rivolgersi per avere l'elenco completo dei responsabili. Sarà possibile, per il diretto interessato, esercitare i diritti di cui agli artt. 7-10 del d.lgs. n. 196/2003, inviando apposita richiesta a: Istat – Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali, viale Liegi, 13 – 00198 Roma.

## SEGRETO STATISTICO, PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

- Regolamento (UE) n. 141/2013 della Commissione, del 19 febbraio 2013 (G.U.U.E. 20 febbraio 2013, n. L 47), e successive modifiche, che attua il regolamento (CE) n. 1338/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro per quanto riguarda le statistiche basate sull'indagine europea sulla salute (EHIS);
- Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modifiche e integrazioni, “Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica” – art. 6-bis (trattamenti di dati personali), 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 del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166, “Regolamento recante il riordino dell'Istituto nazionale di statistica”;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche e integrazioni, “Codice in materia di protezione dei dati personali” – art. 4 (definizioni) artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale” (all. A.3 del Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196).



**MISTO**  
Carta da fonti gestite  
in maniera responsabile  
**FSC® C014316**