



Progetto VIS_VG_VdA

*Progetto per la
Valutazione di Impatto Sanitario
nei Comuni di Viggiano e
Grumento Nova in Val d'Agri*

QUESTIONARIO



*Progetto finanziato dai Comuni di
Viggiano e Grumento Nova*



Ente coordinatore:

***Istituto di Fisiologia Clinica
Consiglio Nazionale delle Ricerche***
Via Moruzzi, 1 – 56124 Pisa

Codice ID: _____

Data |__||__| |__||__| |__||__|
 gg mm aa

Orario inizio intervista |__||__|:|__||__|
 ora min

Luogo dell'intervista _____

Intervistatore _____

SEZIONE A. DATI PERSONALI

Nome, Cognome/Codice individuale: _____

A1. Data di nascita |__||__| |__||__| |__||__|
 gg mm aa

A2. Comune di nascita _____

A3. Sesso 1 Maschio
 2 Femmina

A4. Altezza cm |__||__| |__|

A5. Peso Kg |__||__||__|

A6. Stato civile

- 1 Celibe/Nubile
 2 Coniugato/a
 3 Vedovo/a
 4 Separato/a
 5 Divorziato/a

A7. Cittadinanza _____

A8. Qual è l'ultimo titolo di studio che ha conseguito?

- 1 Non ha titoli di studio
 2 Licenza elementare
 3 Diploma di scuola media inferiore o avviamento professionale
 4 Diploma di scuola media superiore
 5 Laurea/diploma universitario
 6 Specializzazione universitaria, master, altro

A9. Indirizzo _____

Via/piazza, civico, comune, provincia, CAP, numero di telefono

A10. Attualmente vive ad un indirizzo diverso da quello di residenza?

- 0 NO
 1 SI → A10a. Se sì, quale e da quanto?

 Via/piazza, civico, comune, provincia, CAP, dal mese e anno

A11. Nella sua giornata tipo (giorno feriali), mediamente quante ore passa lontano dall'indirizzo di residenza? numero ore |__||__|

A12. Potrebbe approssimativamente frazionarle, compilando la seguente tabella (indicare indirizzo e/o luogo)?

Attività	Ore	Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	Luogo
Lavoro			
Ricreative			
Altro			

SEZIONE B. ATTIVITA' SPORTIVA

B1. Pratica attività sportiva almeno 3 volte durante la settimana?

- 0 NO
 1 SI

SEZIONE C. FUMO

C1. Ha mai fumato sigarette?

- 1 NO, non ha mai fumato (*Se no, non ha mai fumato passare alla C2*)
 2 NO, ha smesso da più di 6 mesi

→ **C1a. Se no, fumava**

- 1 Regolarmente
 2 Occasionalmente

C1b. Se no, aspirava il fumo?

- 0 NO
 1 SI

C1c. Se no, a che età ha iniziato a fumare?

Età |__|_|

C1d. Se no, mediamente quante sigarette al giorno fumava?

Numero sigarette |__|_|

C1e. Se no, a che età ha smesso di fumare?

Età |__|_|

C1f. Se no, ha smesso di fumare a causa di disturbi respiratori?

- 0 NO
 →

- 1 SI

C1f1. Se ha smesso di fumare a causa di disturbi respiratori, specifichi i disturbi e da quanto tempo duravano:

- 1 **T**osse
 da mese |__|_|, anno |__|_|_|_|_|
 2 **E**spectorato
 da mese |__|_|, anno |__|_|_|_|_|
 3 **D**ifficoltà di respiro
 da mese |__|_|, anno |__|_|_|_|_|
 4 **A**ltri
 da mese |__|_|, anno |__|_|_|_|_|

- 3 SI, fuma attualmente
 o ha smesso da meno di 6 mesi

→ **C1g. Se si, aspira il fumo?**

- 0 NO
 1 SI

C1h. Se si, a che età ha iniziato a fumare?

Età |__|_|

C1i. Se si, quante sigarette ha fumato al giorno (indichi per ciascuna età la media giornaliera):

Età	n. sigarette al giorno
10-20	
21-30	
31-40	
41-50	
51-60	

61-70

C1j. Se si, nel corso degli ultimi 5 anni ha variato il numero di sigarette?

- 1 NO, invariato
- 2 SI, aumentato
- 3 SI, diminuito

C1j1. Se ha diminuito il numero di sigarette, lo ha fatto a causa dei disturbi respiratori?

- 0 NO
- 1 SI

C2. Fuma la pipa attualmente?

- 1 NO (*Se no, passare alla C3*)
- 2 SI, regolarmente
- 3 SI, occasionalmente

C2a. Se si, aspira il fumo?

- 0 NO
- 1 SI

C2b. Se si, a che età ha iniziato a fumare?

Età |__|_|

C2c. Se si, quante prese per pipa fuma al giorno?

numero prese |__|_|

C3. Se ora non fuma la pipa, l'ha mai fumata in passato?

- 1 NO (*Se no, passare alla C4*)
- 2 SI, occasionalmente (*Se si occasionalmente, passare alla C4*)
- 3 SI, regolarmente

C3a. Se la fumava regolarmente, aspirava il fumo?

- 0 NO
- 1 SI

C3b. Se la fumava regolarmente, a che età ha iniziato a fumare? Età |__|_|

C3c. Se la fumava regolarmente, mediamente quante prese per pipa fumava al giorno? Numero prese |__|_|

C3d. Se la fumava regolarmente, a che età ha smesso di fumarla? Età |__|_|

C3e. Se la fumava regolarmente, ha smesso di fumarla a causa di disturbi respiratori?

- 0 NO
- 1 SI

C4. Fuma il sigaro attualmente?

- 1 NO (*Se no, passare alla C5*)
- 2 SI, regolarmente
- 3 SI, occasionalmente

C4a. Se si, aspira il fumo?

- 0 NO
- 1 SI

C4b. Se si, a che età ha iniziato a fumare?

Età |__|_|

C4c. Se si, quanti sigari fuma al giorno?

numero sigari |__|_|

C5. Se ora non fuma il sigaro, l'ha mai fumato in passato?

- 1 NO (*Se no, passare alla C6*)
 2 SI, occasionalmente (*Se si occasionalmente, passare alla C6*)
 3 SI, regolarmente

C5a. Se lo fumava regolarmente, aspirava il fumo?

- 0 NO
 1 SI

C5b. Se lo fumava regolarmente, a che età ha iniziato a fumare? Età |__|_|

C5c. Se lo fumava regolarmente, mediamente quanti sigari fumava al giorno? Numero prese |__|_|

C5d. Se lo fumava regolarmente, a che età ha smesso di fumarlo? Età |__|_|

C5e. Se lo fumava regolarmente, ha smesso di fumarlo a causa di disturbi respiratori?

- 0 NO
1 SI

C6. Le risulta che i suoi genitori fumassero quando era piccolo/a?

- 0 NO
 1 SI

SEZIONE D. STORIA MEDICA E CONDIZIONI CLINICHE

D1. Le sono mai state diagnosticate alcune delle seguenti malattie o condizioni cliniche? (In caso di incertezza segnare il NO)

	NO	Si, ce l'ho ancora	Si, ma non ce l'ho più
D1a. Dolori articolari, artrite reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1b. Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1c. Stipsi, diarrea o coliti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1d. Bruciore a urinare, coliche renali, insufficienza renale, infezioni ricorrenti delle vie urinarie (più di 1 volta all'anno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1e. Incontinenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1f. Itterizia, disturbi o coliche di fegato, insufficienza epatica, epatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1g. Cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1h. Infarto miocardico acuto o cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1i. Ictus o attacco ischemico transitorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1j. Arteriotopia obliterante degli arti inferiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1k. Trombosi venosa profonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1l. Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1m. Colesterolo e/o trigliceridi alti nel sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1n. Pressione arteriosa elevata (ipertensione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1o. Diabete (escluso quello gestazionale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1p. Convulsioni, epilessia, disturbi della parola e della motilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1q. Emicrania (persistente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1r. Alterazioni cutanee, psoriasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1s. Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D1t. Tumori benigni

D1u. Tumori maligni

D1v. Disturbi psichici rilevanti (depressione, distimia, sindrome maniaco-depressiva)

D1w. Sterilità

D1x. Altro (specificare)

D2. Prende abitualmente farmaci (sistematicamente e per tempi prolungati)?

0 NO

1 SI → **D2a. Se sì, quali? (Se non è sicuro del nome del farmaco,**

specificare

comunque per cosa lo usa)

SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA

TOSSE

D3. Ha abitualmente tosse al di fuori dei comuni raffreddori per alcuni periodi dell'anno?

0 NO

1 SI → **D3a. Se sì, in quale periodo del giorno ha prevalentemente**

attacchi di

tosse?

- 1 Al risveglio
- 2 Nella mattinata
- 3 Nel pomeriggio
- 4 Alla sera
- 5 Durante la notte
- 6 Nessuna relazione col periodo del giorno

D3b. Se sì, ci sono alcuni mesi in cui tossisce nella maggior parte dei giorni?

0 NO

1 SI **D3b1. Se sì, indichi i mesi in cui**

ciò accade (Gennaio

1, Dicembre, 12) Mese/i _____

D3c. Se sì, da quanti anni ha tosse?

1 Meno di due anni

2 2-5 anni

3 Più di 5 anni

D3d. Se sì, la cattiva stagione ha effetto sulla tosse?

0 NO

1 SI

D3e. Se si, ha notato un aumento o una diminuzione della tosse negli ultimi 2 anni?

- 1 Più
 2 Meno
 3 Nessuna variazione

D3f. Se si, ha mai consultato un medico per la tosse?

- 0 NO
 1 SI

ESPETTORATO

D4. Espetтора abitudinalmente al di fuori dei comuni raffreddori per alcuni periodi dell'anno?

- 0 NO
 1 SI

prevalentemente?

D4a. Se si, in quale periodo del giorno espetтора

- 1 Al risveglio
 2 Nella mattinata
 3 Nel pomeriggio
 4 Alla sera
 5 Durante la notte
 6 Nessuna relazione col periodo del giorno

D4b. Se si, ci sono alcuni mesi in cui espetтора nella maggior parte dei giorni?

- 0 NO
 1 SI

ciò accade (Gennaio

D4b1. Se si, indichi i mesi in cui

1, Dicembre, 12) Mese/i _____

D4c. Se si, da quanti anni nota espetторato?

- 1 Meno di due anni
 2 2-5 anni
 3 Più di 5 anni

D4d. Se si, la cattiva stagione ha effetto sulla produzione di espetторato?

- 0 NO
 1 SI

D4e. Se si, ha notato un aumento o una diminuzione dell'espettorato negli ultimi due anni?

- 1 Più
- 2 Meno
- 3 Nessuna variazione

D4f. Se si, che colore ha prevalentemente l'espettorato?

- 1 Bianco
- 2 Grigiastro
- 3 Giallastro
- 4 Verdastro
- 5 Marrone
- 6 Ematico

D4g. Se si, ha mai consultato un medico per l'espettorato?

- 0 NO
- 1 SI

DISPNEA

D5. Respirando ha mai prodotto sibili o fischi?

- 0 NO
 1 SI

→ **D5a. Se si, accade solo durante i comuni raffreddori?**

- 0 NO
 1 SI

D5a1. Se no, ci sono alcuni mesi in cui accade nella maggior parte dei giorni?

- 0 NO
 1 SI

D5a1a. Se si, indichi i mesi

accade (Gennaio 1, Dicembre, 12)

Mese/i _____

in cui ciò

D6. Ha mai avuto attacchi di difficoltà di respiro con sibili e fischi?

- 0 NO
 1 SI

→ **D6a. Se si, accade solo durante i comuni raffreddori?**

- 0 NO
 1 SI

D6a1. Se no, quanti anni aveva quando

ha avuto il

primo attacco? Età |__| |__|

D6a2. Se no, ha ancora attacchi?

- 0 NO
 1 SI

D6a2a. Se si, durante gli

ultimi 12 mesi

quanti attacchi di difficoltà di respiro ha avuto?

- 1 Nessuno
 2 Pochi (1-3)
 3 Diversi (4-10)
 4 Molti (11 o più)
 5 Quasi ogni giorno

D6a2b. Se no, a che età sono cessati?

Età |__| |__|

D7. Ha difficoltà di respiro quando cammina in fretta in pianura o salendo un leggero pendio o una rampa di scale a passo normale?

- 0 NO
 1 SI

disturbi?

- 1 Meno di un anno
 2 2-5 anni
 3 Più di 5 anni

D7b. Se si, si è mai sottoposto/a a visita medica per difficoltà di respiro?

- 0 NO
 1 SI

D8. Ha difficoltà di respiro camminando con altre persone della sua stessa età ad un passo normale in pianura?

- 0 NO
 1 SI

disturbi?

- 1 Meno di un anno
 2 2-5 anni

3 Più di 5 anni

D8b. Se sì, si è mai sottoposto/a a visita medica per difficoltà di respiro?

- 0 NO
 1 SÌ

D9. Si deve fermare per riprendere fiato quando cammina ad andatura normale in pianura?

- 0 NO
 1 SÌ

→ **D9a. Se sì, da quanto tempo ha iniziato ad accusare tali disturbi?**

- 1 Meno di un anno
 2 2-5 anni
 3 Più di 5 anni

D9b. Se sì, si è mai sottoposto/a a visita medica per difficoltà di respiro?

- 0 NO
 1 SÌ

PATOLOGIA RESPIRATORIA DELL'INTERVISTATO

D10. Durante gli scorsi 3 anni, quanti disturbi ha avuto del tipo:

D10a. Raffreddore

- 1 Mai
 2 1 volta
 3 2 volte
 4 3 volte
 5 4 volte
 6 5 volte o più

D10b. Bronchite

- 1 Mai
 2 1 volta
 3 2 volte
 4 3 volte
 5 4 volte
 6 5 volte o più

D10c. Polmonite

- 1 Mai
 2 1 volta
 3 2 volte
 4 3 volte
 5 4 volte
 6 5 volte o più

D11. Da 12 anni di età fino a 3 anni fa, in occasione delle stagioni fredde, quanti disturbi ha avuto del tipo:

D11a. Raffreddore

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D11b. Bronchite

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D11c. Polmonite

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D12. Dalla nascita fino a 12 anni di età, in occasione delle stagioni fredde, quanti disturbi ha avuto del tipo:

D12a. Raffreddore

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D12b. Bronchite

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D12c. Polmonite

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D12d. Pertosse

- 0 NO
 1 SI

D12e. Croup o pseudocroup

- 0 NO
 1 SI

D13. Dalla nascita fino a 12 anni di età, quanti disturbi ha avuto del tipo:

D13a. Bronchite

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D13b. Broncopolmonite

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D13c. Polmonite

- 1 Mai
 2 Raramente (1-2 volte l'anno)
 3 Frequentemente (più di 2 volte l'anno)

D14. Le è mai stato detto di avere avuto qualcuna delle seguenti malattie?

D14a. Enfisema

- 0 NO
 1 SI

D14a1. Se si, ha consultato il medico per tali disturbi?

- 0 NO
 1 SI

D14a2. Se si, ha ricevuto qualche trattamento per questi disturbi?

- 0 NO
 1 SI

D14a3. Se si, a che età ha avuto i primi sintomi? Età |__|__|

D14b. Bronchite cronica

- 1 NO
 2 SI, ce l'ho ancora
 3 SI, ma non ce l'ho più
- medico per tali

} **D14b1. Se si, ha consultato il disturbi?**

- 0 NO
 1 SI

D14b2. Se si, ha ricevuto qualche trattamento per questi disturbi?

- 0 NO
 1 SI

D14b3. Se si, a che età ha avuto i primi sintomi?

Età |__||__|

D14c. Bronchiectasie

- 1 NO
 2 SI, ce l'ho ancora
 3 SI, ma non ce l'ho più
- medico per tali

} **D14c1. Se si, ha consultato il**

disturbi?

- 0 NO
 1 SI

D14c2. Se si, ha ricevuto qualche trattamento per questi disturbi?

- 0 NO
 1 SI

D14c3. Se si, a che età ha avuto i primi sintomi?

Età |__||__|

D15. Ha mai avuto l'asma bronchiale o la bronchite asmatica?

- 1 NO
 2 SI, ce l'ho ancora
 3 SI, ma non ce l'ho più
- medico per

} **D15a. Se si, ha consultato il l'asma?**

- 0 NO
 1 SI

D15b. Se si, ha ricevuto qualche trattamento per queste affezioni?

- 0 NO
 1 SI

D15c. Se si, a che età ha avuto il primo attacco?

Età |__||__|

D16. Ha avuto qualcuna delle seguenti malattie?

D16a. Processi tubercolari, linfoghiandolari o polmonari

0 NO

1 SI

visita da

D16a1. Se si, per tali disturbi è stato/a sottoposto/a a

parte di uno specialista?

0 NO

1 SI

D16a2. Se si, è mai stato/a ricoverato/a per motivi cardiaci o polmonari?

0 NO

1 SI

D16b. Pleuriti

0 NO

1 SI

visita da

D16b1. Se si, per tali disturbi è stato/a sottoposto/a a

parte di uno specialista?

0 NO

1 SI

D16b2. Se si, è mai stato/a ricoverato/a per motivi cardiaci o polmonari?

0 NO

1 SI

D16c. Disturbi cardiaci

0 NO

1 SI

visita da

D16c1. Se si, per tali disturbi è stato/a sottoposto/a a

parte di uno specialista?

0 NO

1 SI

D16c2. Se si, è mai stato/a ricoverato/a per motivi cardiaci o polmonari?

0 NO

1 SI

D17. Ha mai subito traumi o interventi chirurgici toracici?

0 NO

1 SI

D18. Ha mai praticato una radiografia del torace?

1 NO

2 SI, era normale

3 SI, fu trovata un'anormalità → **D18a. Se fu trovata un'anormalità, essa riguardava:**

1 Cuore

2 Polmoni

D18b. Se fu trovata un'anormalità, quanti RX torace ha praticato?

- 1 Uno
 2 Più di uno

PATOLOGIA RESPIRATORIA DEI FIGLI E DEI CONSANGUINEI

D19. Ha figli minori di 15 anni?

- 0 NO
 1 SI → **D19a. Se si, quanti? Numero** |__|

D19b. Se si, qualcuno di loro è o è stato affetto da una o più delle seguenti malattie? (Segnare quali)

- 1 Bronchiti ricorrenti
 2 Broncopolmoniti
 3 Influenza
 4 Asma
 5 Rinite allergica
 6 Eczema atopico
 7 Crosta latte (lattime)

D20. Qualcuno dei suoi consanguinei è o è stato affetto da qualcuna delle seguenti malattie?

	Nonni	Genitori	Fratelli	Figli	No, nessuno
D20a. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D20b. Bronchite cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D20c. Bronchiectasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D20d. Asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D20e. Processi tubercolari, linfoghiandolari, parenchimali o pleurici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D20f. Tumori polmonari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D20g. Disturbi cardiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SINTOMATOLOGIA ALLERGICA DELL'INTERVISTATO

D21. Ha mai avuto febbre da fieno o qualche altra condizione che determina rinorrea o naso chiuso al di fuori dei comuni raffreddori?

- 0 NO
 1 SI → **D21a. Se si, a che età si è verificata per la prima volta questa condizione?**

Età |__||__|

D21b. Se si, a che età si è verificata per l'ultima volta questa condizione?

Età |__||__|

D21c. Se si, ci sono alcuni mesi in cui le manifestazioni sono più frequenti?

- 0 NO

1 SI → **D21c1. Se si, indichi i mesi in cui le manifestazioni sono più frequenti (Gennaio 1, Dicembre, 12)**

Mese/i _____

D21d. Se si, ha mai consultato un medico per tali manifestazioni?

- 0 NO
 1 SI

D21d1. Se si, che diagnosi ha fatto?

- 1 Rinite
 2 Sinusite
 3 Febbre da fieno
 4 Altre

D21e. Se si, ha mai praticato accertamenti allergologici?

- 0 NO
 1 SI

D21e1. Se si, con quale esito?

- 1 Positivo
 2 Negativo

D21f. Se si, ha mai praticato terapia antiallergica?

- 0 NO
 1 SI

D22. Ha mai avuto attacchi di difficoltà di respiro con sibili al di fuori dei comuni raffreddori?

- 0 NO
 1 SI

condizione?

Età |__| |__|

D22b. Se si, a che età si è verificata per l'ultima volta questa condizione?

Età |__| |__|

D22c. Se si, ci sono alcuni mesi in cui le manifestazioni sono più frequenti?

- 0 NO
 1 SI

manifestazioni

D22c1. Se si, indichi i mesi in cui le

Sono più frequenti (Gennaio 1, Dicembre, 12)

Mese/i _____

D22d. Se si, ha mai consultato un medico per tali manifestazioni?

- 0 NO
 1 SI

D22e. Se si, ha mai praticato accertamenti allergologici?

- 0 NO
 1 SI

D22e1. Se si, con quale esito?

- 1 Positivo
 2 Negativo

D22f. Se si, ha mai praticato terapia antiallergica?

- 0 NO
 1 SI

D23. Ha mai avuto rossore, prurito o bruciore agli occhi?

- 0 NO
 1 SI

rinorrea, a

→ **D23a. Se si, il rossore si accompagnava a febbre da fieno, a**

naso chiuso al di fuori dei comuni raffreddori?

- 0 NO
 1 SI

D23b. Se si, il rossore si accompagnava a difficoltà di respiro con sibili?

- 0 NO
 1 SI
- D23c. Se si, ci sono alcuni mesi in cui il rossore agli occhi è più frequente?**
 0 NO
 1 SI **D23c1. Se si, in quali i mesi in cui le manifestazioni sono più frequenti: (Gennaio 1, Dicembre, 12)**
Mese/i _____
- D23d. Se si, ha mai consultato un medico per questi disturbi?**
 0 NO
 1 SI

D24. Ha mai avuto manifestazioni allergiche a (possibile risposta multipla):

- 1 Alimenti
2 Medicine
3 Insetticidi
4 Farine
5 Detersivi
6 Polveri di ambiente (pollini, polvere...)
7 Fibre sintetiche
8 Piume e peli
9 Spray
10 Altre (specificare) _____

D25. Ha mai avuto crosta lattea?

- 0 NO
 1 SI

D24a. Se si, a che età è comparsa?

Età |__|__|

D24b. Se si, a che età è scomparsa?

Età |__|__|

D24c. Se si, in quali sedi si è presentata?

- 1 Cuoio capelluto
 2 Altre sedi

D26. Ha mai avuto eczema?

- 0 NO
 1 SI

D26a. Se si, a che età si è verificata per la prima volta questa condizione?

Età |__|__|

D26b. Se si, a che età si è verificata per l'ultima volta questa condizione?

Età |__|__|

D26c. Se si, in quali sedi si è presentato?

- 1 Dieto le orecchie o pieghe degli arti
 2 Altre sedi

SINTOMATOLOGIA ALLERGICA DEI CONSANGUINEI

D26. Qualcuno dei suoi consanguinei è o è stato affetto da qualcuna delle seguenti manifestazioni?

	Nonni	Genitori	Fratelli	Figli	No, nessuno
D26a. Febbre da fieno e/o rinorrea o naso chiuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D26b. Difficoltà di respiro con sibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D26c. Rossore, prurito o bruciore agli occhi di natura allergica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ADESSO EFFETTUERA' LA PROVA DI
FUNZIONALITA' RESPIRATORIA
SUBITO DOPO LE VERRA' SOTTOPOSTA
L'ULTIMA PARTE DEL QUESTIONARIO**

SEZIONE E. CONDIZIONI AMBIENTALI E SOCIO-ECONOMICHE

INFORMAZIONI SOCIO-ECONOMICHE

E1 Ha figli?

- 0 NO
 1 SI → **E1a. Se si, quanti?** numero figli |__|

E2. La sua è una famiglia monogenitoriale (genitore singolo con figlio/i minorenni)?

- 0 NO
 1 SI

E3. Quante persone abitano nella sua casa (compreso lei)? numero persone |__||__|

E4. Di quanti m² è la sua abitazione? m² |__||__||__|

E5. Abita in una casa/appartamento in affitto?

- 0 NO
 1 SI

ACQUA

E6. Che tipo di acqua beve abitualmente in casa?

- 1 Acquedotto pubblico
 2 Pozzo privato
 3 Imbottigliata dall'anno |__||__||__||__|
 4 Altro (specificare)_____

E7. Che tipo di acqua utilizza solitamente per cucinare?

- 1 Acquedotto pubblico,
 2 Pozzo privato,
 3 Imbottigliata, dall'anno |__||__||__||__|
 4 Altro (specificare)_____

ABITAZIONE

E8. Ha in casa o ha frequente contatto con animali?

- 0 NO
 1 SI → **E8a. Se si, quali?**
- 1 Cani
 2 Gatti
 3 Uccelli
 4 Altro (specificare) _____

E9. Che tipo di riscaldamento c'è nella sua casa?

- 1 Centrale ad aria forzata
 2 Centrale di altro tipo
 3 Limitato a qualche stanza
 4 Nessuno

E9a. Se c'è riscaldamento, qual è il principale tipo di combustibile che usa per riscaldare la sua casa?

- 1 Gas naturale
2 Gas in bombole
3 Elettricità
4 Cherosene
5 Legna
6 Carbone o olio combustibile
7 Altro (specificare) _____

E10. Quale tipo di raffreddamento usa nella sua casa?

- 1 Impianto centrale di condizionamento
 2 Limitato a qualche stanza
 3 Ventilatore
 4 Nessuno

E11. Qual è il principale tipo di combustibile che usa per cucinare?

- 1 Gas naturale
2 Gas in bombole
3 Elettricità
4 Legna
5 Carbone
6 Altro (specificare) _____

SEZIONE F. ATTIVITA' LAVORATIVA

F1. Ha un lavoro attualmente?

- 1 Si, a tempo pieno (30 ore o più)
 2 Si a tempo parziale
 3 Si, occasionale

lavora?

- 1 Più di 6 mesi
 2 Meno di 6 mesi

F1a. Se sì, da quanto

4 No → **F1b. Se no, ha lavorato nel passato?**

- 0 NO (Se no, passare alla domanda G4)
 1 SI

SEZIONE G. ESPOSIZIONE AD AGENTI CHIMICI E FISICI

G1. Indichi le caratteristiche degli ambienti di lavoro ultimo e/o precedenti.

G1a. Polveri

- 1 Assenti
 2 Scarse
 3 Abbondanti

G1b. Fumi

- 1 Assenti
 2 Scarsi
 3 Abbondanti

G1c. Gas

- 1 Assenti
 2 Scarse
 3 Abbondanti

G1d. Cattivi odori

- 1 Assenti
 2 Scarse
 3 Abbondanti

G1e. Temperatura d'estate

- 1 Fredda
 2 Fresca
 3 Normale
 4 Calda
 5 Torrida

G1f. Temperatura d'inverno

- 1 Fredda
 2 Fresca
 3 Normale
 4 Calda
 5 Torrida

G1g. Sbalzi di temperatura

- 1 Assenti
 2 Saltuari
 3 Presenti

G1h. Umidità d'estate

- 1 Diminuita
 2 Normale
 3 Aumentata

G1i. Umidità d'inverno

- 1 Diminuita
 2 Normale
 3 Aumentata

G2. Ha mai lavorato in alcuna delle seguenti industrie o dei seguenti settori per 3 mesi o più?

	NO	Si, attuale	Dall'anno	Si, pregressa	Dall'anno, all'anno
G2a. Agricoltura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
G2b. Fonderia			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2c. Saldatura			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2d. Industria molitoria			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2e. Industria tessile			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2f. Industria calzature			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2g. Industria del legno			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2h. Industria chimica (sintetici, plastici, detergenti, conce, tinture)			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2i. Industria meccanica			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2j. Vernici			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2k. Gomma			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2l. Materiale isolante			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2m. Industria mineraria			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2n. Cave pietra, costruzioni stradali, scavo gallerie, cementifici, laterizi, vetrerie			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2o. Smeriglio			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2p. Impianti trattamento rifiuti			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G2q. Altre (specificare) _____			_ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

G3. Nel suo lavoro o nei suoi hobby è mai stato esposto a qualcuno dei seguenti agenti per 3 mesi o più?

	NO	Si, attuale	Dall'anno	Si, pregressa	Dall'anno, all'anno
G3a. Silice, lana di vetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G3b. Asbesto o amianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G3c. Berillio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
G3d. Talco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

G3e.	Grafite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3f.	Polveri di legno, carbone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3g.	Polveri di metallo (zinco, ferro, cadmio, cromo, piombo, vanadio, nichel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3h.	Derivati del petrolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3i.	Esalazioni auto, altri gas o fumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3j.	Solventi organici, tinture, acidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3k.	Insetticidi e/o antiparassitari e/o fertilizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3l.	Radiazioni ionizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _
G3m.	Radiazioni non ionizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _

G4. Ha mai avuto problemi medici in conseguenza del lavoro o per altre attività?

- 0 NO
 1 SI

i

problemi.

Lavoro/attività _____

Mese |_|_|, anno |_|_|_|_|_|_|

G4b. Se sì, il problema medico era di carattere respiratorio?

- 0 NO
 1 SI

in cui

G4b1. Se sì, indicare il lavoro/attività e la data

sono sorti i problemi.

Lavoro/attività _____

Mese |_|_|, anno |_|_|_|_|_|_|

G5. Ha mai utilizzato pesticidi al di fuori dell'orario di lavoro?

- 0 NO
 1 SI

→ **G5a. Se sì, dall'anno |_|_|_|_|_|_|, all'anno |_|_|_|_|_|_|**

SEZIONE H. DIETA

H1. Consuma almeno 1-2 volte a settimana i seguenti cibi di produzione propria e/o locale? (se il luogo di produzione non è conosciuto o è un prodotto della rete commerciale indicare Non so)

No Si Non so

H1a. Latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H1b. Latticini
H1c. Pollame
H1d. Manzo
H1e. Maiale e/o prodotti a base di maiale
H1f. Agnello
H1g. Cavallo
H1h. Uova
H1i. Verdure fresche
H1j. Verdure cotte
H1k. Frutta
H1l. Olio e grassi vegetali (margarina)
H1m. Olio e grassi animali (strutto)
H1n. Cereali
H1o. Pasta, pane
H1p. Biscotti, dolci
H1q. Vino

H2. Beve vino, birra, liquori?

- 0 NO
 1 SI

H2a. Se si, in quale quantità beve vino

- 1 Meno di mezzo litro al giorno
 2 Più di mezzo litro al giorno

H2b. Se si, in quale quantità beve birra

- 1 Meno di mezzo litro al giorno
 2 Più di mezzo litro al giorno

H2c. Se si, in quale quantità beve liquori

- 1 Meno di tre bicchierini al giorno
 2 Più tre bicchierini al giorno

H3. Quanto spesso beve caffè?

- 1 Mai
 2 Qualche tazza a settimana
 3 Tutti i giorni; numero tazze |__||__|

SEZIONE I. STORIA RIPRODUTTIVA

DONNE

I1. Ha una gravidanza in corso?

- 0 NO
 1 SI

I2. Ha mai fatto uso di contraccettivi orali?

- 0 NO
 1 SI → **I2a. Se si, da quanti anni?** Numero anni |__|__|

I3. Le è mai stata diagnosticata qualcuna delle seguenti condizioni?

I3a. Ipotiroidismo

- 0 NO
 1 SI

I3b. Patologie apparato genitale

- 0 NO
 1 SI

(specificare) _____

I3c. Malformazioni apparato genitale

- 0 NO
 1 SI

(specificare) _____

I3d. Malattie ereditarie

- 0 NO
 1 SI

(specificare) _____

I3e. Endometriosi

- 0 NO
 1 SI

I4. Ha avuto gravidanze nel passato?

- 0 NO
 1 SI → **I4a. Se si, quante?** numero gravidanze |__|

I4b. Se si, le gestazioni e i puerperi sono decorsi normalmente?

- 0 NO
 1 SI

tabella

I4b1. Se no, completare la seguente

Nato vivo	Aborto spontaneo	Aborto terapeutico	Nato morto	Morto < 7 gg	Malformazioni congenite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UOMINI

I5. Le è mai stato diagnosticato un problema di sterilità o infertilità?

- 0 NO
 1 SI → **I5a. Se si, quale era la causa del problema?**

- 1 Prostatite
 2 Varicocele
 3 Criptorchidismo
 4 Ipogonadismo endocrino
 5 Ostruzione delle vie seminali
 6 Anticorpi antispermatozoi
 7 Disfunzione erettile e/o eiaculatoria
 8 Altro

(specificare) _____

SEZIONE J. PERCEZIONE DEL RISCHIO E PERICOLI AMBIENTALI

J1. Ha di fronte una lista di pericoli diversi. In quale misura si sente personalmente esposto a ciascuno di essi?

	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Ordine
J1a. Le inondazioni, frane, smottamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J1b. Il rumore						
J1c. Le maleodoranze						
J1d. Il trasporto di materiale pericoloso						
J1e. I rifiuti, discariche						
J1f. I rifiuti pericolosi (chimici, radioattivi)						
J1g. L'inquinamento atmosferico						
J1h. Fenomeni meteorologici gravi (uragani, alluvioni, trombe d'aria)						
J1i. Gli incendi (di qualunque tipo)						
J1j. L'inquinamento delle acque (mare, corsi d'acqua, acqua di falda sotterranea, laghi, fiumi...)						
J1k. Le industrie pericolose						
J1l. Un terremoto						
J1m. L'inquinamento degli alimenti						
J1n. Gli elettrodotti (campi magnetici ad bassa frequenza)						
J1o. Uso del cellulare ed antenne telefonia mobile (campi magnetici ad alta frequenza)						

J2. Mi può indicare in ordine di importanza i 3 pericoli ai quali si sente più esposto?

Compilare l'ultima colonna della tabella precedente

J3. Tra i pericoli sopra elencati, quali secondo lei sono presenti nell'area in cui vive?

a b c d e f g h i j k l m n o

J4. Si ritiene sufficientemente informato sulla presenza dei pericoli che esistono nell'area in cui vive?

- 0 NO
 1 SI

J5. Per quanto riguarda le informazioni relative ai pericoli indicati nella domanda J1, quanto ritiene affidabili i seguenti soggetti?

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Non so
J5a. Amministrazioni locali (Comune, Provincia...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J5b. Ricerca					
J5c. Mezzi di comunicazione (TV, giornali, radio, internet...)					
J5d. Organizzazioni non governative (comitati, ass. ambientaliste...)					
J5e. Sanità locale (ASL, medici...)					
J5f. Agenzie di controllo (ARPA, Osservatorio Ambientale Val d'Agri...)					
J5g. Altri (specificare)					

J6. Si ritiene sufficientemente informato sulla grandezza dei rischi a cui ritiene di essere personalmente esposto?

- 1 No
 2 Si
 3 Non so

J6a. Se no, da chi vorrebbe essere meglio informato?

- 1 Istituzioni locali
 2 Media locali
 3 Media nazionali
 4 Dirigenza di industria
 5 Organizzazioni non governative (comitati, ass. ambientaliste...)
 6 Esperti
 7 Altro (specificare) _____

J7. Normalmente a chi fa riferimento per informarsi sui rischi a cui è esposto?

- 1 Mezzi di comunicazione nazionali (TV, giornali, radio)
 2 Mezzi di comunicazione locali (TV, giornali, radio)
 3 Enti locali (Comune, Provincia...)
 4 Politici locali (Rappresentanti istituzioni locali, consiglieri comunali...)
 5 Prefettura o altre istituzioni statali (ad es. Protezione Civile)
 6 I pompieri
 7 Forze dell'ordine
 8 Organizzazioni sanitarie e personale medico (ASL, ospedale...)
 9 Scienziati (esperti, ingegneri...)
 10 Associazioni locali di cittadini
 11 Dirigenza di industrie

- 12 Lavoratori delle fabbriche
 - 13 Organizzazioni ambientaliste (Legambiente, WWF...)
 - 14 Organizzazioni sindacali e di categoria
 - 15 Internet
 - 16 Parrocchia
 - 17 Familiari, amici, colleghi, conoscenti
 - 18 Altro (specificare)_____
-

J8. Come giudica la situazione ambientale del comune in cui vive?

- 1 Ottima
- 2 Accettabile
- 3 Grave ma risolvibile
- 4 Grave e irreversibile
- 5 Non so

J9. Se potesse, se ne andrebbe da questa zona?

- 0 NO
- 1 SI

J9a. Se si, per quale motivo?

- 1 Per essere più vicino al luogo di lavoro mio e/o di uno dei servizi
- componenti della famiglia
- 2 Per essere più vicino ai parenti
- 3 Per tornare nel luogo di origine
- 4 Per avvicinarsi ad un centro più grande e con più servizi
- 5 Per andare in una zona più salubre
- 6 Per avere servizi migliori
- 7 Per motivi di sicurezza

J10. Ha sentito parlare di problemi ambientali esistenti nella sua zona?

- 0 NO
- 1 SI

J10a. Se si, da chi o dove?

- 1 Familiari, amici, colleghi, conoscenti, concittadini
- 2 Organizzazioni non governative (comitati, ass. ambientaliste...)
- 3 Studi scientifici, enti di ricerca
- 4 Mezzi di comunicazione (TV, giornali, radio, internet...)
- 5 Istituzioni
- 6 Altro (specificare)_____

J11. Ha sentito parlare di problemi di salute esistenti nella sua zona?

- 0 NO
- 1 SI

J11a. Se si, da chi o dove?

- 1 Familiari, amici, colleghi, conoscenti, concittadini
- 2 Organizzazioni non governative (comitati, ass. ambientaliste...)
- 3 Studi scientifici, enti di ricerca
- 4 Mezzi di comunicazione (TV, giornali, radio, internet...)
- 5 Istituzioni
- 6 Altro (specificare)_____

J12. Secondo lei, chi è responsabile della tutela della salute?

- 1 Istituzioni locali
- 2 Il singolo cittadino
- 3 Sanità locale (ASL, medici...)
- 4 Dirigenza di industrie
- 5 Istituzioni nazionali
- 6 Altro

(specificare) _____

J13. Secondo lei quanto è probabile, per chi vive in prossimità di un'area inquinata, avere

	Certo	Molto probabile	Mediamente probabile	Poco probabile	Per nulla probabile	Non so
J13a. Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J13b. Malattie respiratorie acute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J13c. Malattie respiratorie croniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J13d. Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J13e. Infertilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J13f. Varie forme di cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J13g. Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J13h. Malformazioni congenite (in nati da genitori esposti ad inquinamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J14. Secondo lei quanto è probabile, nella sua area di residenza avere

	Certo	Molto probabile	Mediamente probabile	Poco probabile	Per nulla probabile	Non so
J14a. Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J14b. Malattie respiratorie acute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J14c. Malattie respiratorie croniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J14d. Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J14e. Infertilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J14f. Varie forme di cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J14g. Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J14h. Malformazioni congenite (in nati da genitori esposti ad inquinamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*QUALCHE DOMANDA A PROPOSITO
DELL'AREA INDUSTRIALE E DEL CENTRO OLIO VAL D'AGRI (COVA)*

J15. Secondo lei, il COVA rappresenta un pericolo?

- 1 No
 2 Non sono informato
 3 SI → **J15a. Se si, quanto lo giudica pericoloso per l'ambiente?**

- 1 Molto
 2 Abbastanza
 3 Poco
 4 Per niente
 5 Non so

J15b. Se si, quanto lo giudica pericoloso per la salute?

- 1 Molto
 2 Abbastanza
 3 Poco
 4 Per niente
 5 Non so

J16. Secondo lei quante persone sono potenzialmente esposte ai potenziali rischi dell'area industriale?

- 1 Tutti gli abitanti
 2 Molti
 3 Pochi
 4 Nessuno
 5 Non so

J17. Secondo lei quante persone sono potenzialmente esposte ai potenziali rischi del COVA?

- 1 Tutti gli abitanti
 2 Molti
 3 Pochi
 4 Nessuno
 5 Non so

J18. Quanto gli scienziati conoscono i rischi associati all'area industriale?

- 1 Molto
 2 Abbastanza
 3 Poco
 4 Per niente
 5 Non so

J19. Quanto gli scienziati conoscono i rischi associati al COVA?

- 1 Molto
 2 Abbastanza
 3 Poco
 4 Per niente
 5 Non so

J20. Per quanto riguarda le informazioni relative al COVA, quanto ritiene affidabili i seguenti soggetti?

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Non so
J20a. Amministrazioni locali (Comune, Provincia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J20b. Ricerca					
J20c. Mezzi di comunicazione (TV, giornali, radio, internet...)					
J20d. Organizzazioni non governative (comitati, associazioni ambientaliste ...)					
J20e. Sanità locale (ASL, medici...)					
J20f. Agenzie di controllo (ARPA, Osservatorio Ambientale Val d'Agri)					
J20g. Altri (specificare.....)					

J21. A proposito delle informazioni sul COVA:

J21a. Se sul giornale si parla del COVA, lei passa oltre senza leggere?

- 0 NO
 1 SI

J21b. Ritene di avere delle informazioni sufficienti per farsi un'opinione sul COVA?

- 0 NO
 1 SI

J21c. Se le venissero dei dubbi sul COVA, saprebbe a chi rivolgersi?

- 0 NO
 1 SI

J21d. Le è capitato di leggere articoli e documenti sul COVA?

- 0 NO
 1 SI

J21e. Le è mai capitato di parlare con altri del COVA?

- 0 NO
 1 SI

J22. Secondo lei, il COVA provoca un vantaggio economico ai cittadini?

- 1 Molto
 2 Abbastanza
 3 Poco
 4 Per niente
 5 Non so

J23. Quali sentimenti/sensazioni suscita in lei il COVA?

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Non so
--	-------	------------	------	------------	--------

J23a. Paura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J23b. Sicurezza					
J23c. Rabbia					
J23d. Tranquillità					
J23e. Disgusto					
J23f. Fiducia					
J23g. Indifferenza					
J23h. Frustrazione					

