



Sorveglianza epidemiologica nelle aree della
Regione Lazio con contaminazione da arsenico
nelle acque destinate al consumo umano

QUESTIONARIO

Data (gg,mm,aa) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Orario inizio intervista |_|_|_|_|_|_|_|_|

Luogo dell'intervista _____

Intervistatore _____

SEZIONE A. INFORMAZIONI GENERALI

Codice individuale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A1. Data di nascita |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| gg, mm, aa

A2. Sesso

- 1 Maschio
- 2 Femmina

A3. Stato civile

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

A4. Cittadinanza _____

A5. Titolo di studio 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 post-universitaria, master, altro

SEZIONE B. ATTIVITÀ LAVORATIVA

B1. Qual è la sua professione attuale?

Dipendente come

- 1 Dirigente
- 2 Direttivo/quadro/funzionario (*inclusi i docenti di scuola secondaria*)
- 3 Tecnico o impiegato ad alta/media qualificazione (*analisti di dati, geometri, periti tecnici, impiegati amministrativi, infermieri, docenti di scuola materna ed elementare, sottufficiali in pubblica sicurezza*)
- 4 Impiegato esecutivo (*segretaria, personale di sportello*)
- 5 Capo operaio, operaio specializzato
- 6 Operaio generico, lavoratore manuale, personale ausiliario (*bracciante, usciere, commesso, manovale, cameriere*)
- 7 Lavoratore agricolo
- 8 Altra posizione dipendente

Lavoratore autonomo come

- 9 Imprenditore
- 10 Libero professionista
- 11 Lavoratore in proprio (*commerciante, artigiano, coadiuvante e socio di cooperativa*)
- 12 Coltivatore, allevatore
- 13 Altra posizione autonomo

B2. Se attualmente non lavora chiedere se è:

- 1 Studente
- 2 Casalinga
- 3 Disoccupato
- 4 cassintegrato o in lista di mobilità
- 5 pensionato
- 6 invalido

Se pensionato/a: QUALE ERA LA SUA PROFESSIONE QUANDO E' ANDATO IN PENSIONE?

SEZIONE C. ESPOSIZIONE AD AGENTI CHIMICI E FISICI

C1. Ha mai lavorato in un impianto di trattamento di rifiuti ?

- 1 No
- 2 Sì → Tipo di lavoro o attività _____
Mansione _____
Nome della ditta e sede _____
Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

C2. Ha mai lavorato in una azienda agricola?

- 1 No
- 2 Sì → Tipo di lavoro _____
Mansione _____
Attività produttiva _____
Prodotti chimici utilizzati _____
Nome della ditta e sede _____
Periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

C3. Ha mai utilizzato pesticidi al di fuori dell'orario di lavoro?

1 No

2 Sì → Quale utilizzo _____
Periodo dal |_|_| al |_|_|

C4. Hai mai lavorato in un'industria di prodotti chimici?

1 No

2 Sì → Quale industria _____
Periodo dal |_|_| al |_|_|

C5. Ha mai lavorato con condensatori, bobine di motori elettrici, altri strumenti contenenti oli dielettrici o isolanti o fluidi idraulici?

1 No

2 Sì → Quale attività? _____
Periodo (anno di inizio) |_|_|_|_| (anno di fine) |_|_|_|_|

SEZIONE D. CONDIZIONI AMBIENTALI

L'abitazione

D1. Indirizzo - Via/Viale/Piazza n. civico

D2. Da quanti anni vive all'attuale indirizzo? |_|_|

D3. Indicare gli indirizzi precedenti ed il periodo

Indirizzo	Città	Provincia	dal	al
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _
.....	_ _	_ _

D4. LA VIA NELLA QUALE ABITA E' TRAFFICATA?

1 No

2 Sì

D5. PRIMA DELL'ATTUALE RESIDENZA HA MAI ABITATO VICINO (meno di 2 km) A:

inceneritore |_| anni |_|_|

complesso industriale |_| anni |_|_|

area ad intenso traffico veicolare* |_| anni |_|_|

*un'abitazione che si affaccia su strade statali, provinciali, tangenziali o grosse arterie urbane con spartitraffico

D6. Da quante stanze è composta la sua abitazione? (esclusi cucina, bagno, corridoi, sgabuzzini, disimpegni)
|_|_|

D7. Quante persone abitano nella sua casa (compreso lei)?
|_|_|

D8. Ha un orto?

1 No

2 Sì

D9. Se sì, quale acqua utilizza per l'irrigazione?

1 Acquedotto pubblico

2 Pozzo privato

3 Altro tipo _____

4 Non sa

D10. Ha animali da cortile o da allevamento?

- 1 No
2 Sì Specificare _____

D11. NELLA SUA ABITAZIONE HA L'ARIA CONDIZIONATA?

- 1 No
2 Sì

D12. Per quanti mesi l'anno la utilizza?

|_|_|

D13. Per quante ore al giorno?

|_|_|

D14. CHE TIPO DI RISCALDAMENTO UTILIZZA NELLA SUA ABITAZIONE?

- 1 Riscaldamento centralizzato (caldaia esterna all'appartamento)
2 Riscaldamento autonomo
3 Camino a legna
4 Stufa a legna, a carbone, a kerosene

D15. SE HA UN CAMINO, QUANTE VOLTE LO USA?

- 1 Mai o solo alcune volte l'anno
2 Solo nei periodi in cui il riscaldamento non è ancora acceso ma fa già fresco
3 Uno o due giorni a settimana d'inverso
4 Tutti i giorni o quasi, nei mesi freddi

SEZIONE E. ACQUA

E1. Quanta acqua beve, in genere, al giorno?

In estate:

- 1 <1 litro
2 1-2 litri
3 >2 litri

In inverno:

- 1 <1 litro
2 1-2 litri
3 >2 litri

E2. Che tipo di acqua beve abitualmente in casa? (Sono possibili risposte multiple)

- 1 Acquedotto pubblico
2 Pozzo privato
3 Imbottigliata (minerale), se si quale¹ _____ da che anno |_|_|
4 Altro tipo _____
5 Non sa

E3. Che tipo di acqua utilizza abitualmente per cucinare e per preparare caffè, tè, tisane? (Sono possibili risposte multiple)

- 1 Acquedotto pubblico
2 Pozzo privato
3 Imbottigliata (minerale), se si quale¹ _____ da che anno |_|_|
4 Altro tipo _____
5 Non sa

¹ Se vi sono più tipi, indicare solo il tipo consumato in prevalenza. Se vi sono più tipi consumati in modo ugualmente importante, indicare in note tutti i tipi e da che anno avviene il consumo.

E4. Quanta acqua beve fuori casa? (al bar, al lavoro, presso familiari e amici) *(Sono possibili risposte multiple)*

- 1 <1 litro
- 2 1-2 litri
- 3 >2 litri

E5. Con che tipo di acqua si lava abitualmente? *(Sono possibili risposte multiple)*

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Acquedotto pubblico | Pozzo privato | Acqua minerale per i denti | Altro tipo | Non sa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E6. Durante la giornata quali pasti consuma generalmente a casa? *(Sono possibili risposte multiple)*

- 1 Colazione
- 2 Pranzo
- 3 Cena

SEZIONE F. ABITUDINI ALIMENTARI

F1. CONSUMA ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (carne, uova, latte e derivati) DI PRODUZIONE LOCALE ?

- 1 No
- 2 Sì

Se sì, quali: _____

Specificare la provenienza (se noto specificare anche l'indirizzo):

F2. USA ALMENO PARZIALMENTE ORTAGGI E/O FRUTTA COLTIVATI IN ORTI LOCALI?

- 1 No
- 2 Sì

Se sì, quali: _____

Specificare la provenienza (se noto specificare anche l'indirizzo):

F3. Indicare gli alimenti consumati abitualmente e con quale frequenza:

Quanto spesso consuma i seguenti cibi?

(se il luogo di produzione non è conosciuto o è un prodotto della rete commerciale non si compila l'ultima colonna)

Tipo Cibo	Mai/ Raramente	1-2 volte a settimana	3-4 volte a settimana	> 4 volte a settimana	Produzione in proprio(P) / locale(L)
a. Latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
b. Yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
c. Formaggi / Latticini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
d. Pollame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
e. Manzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
f. Maiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
g. Affettati / Insaccati					
h. Agnello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
i. Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
j. Molluschi e crostacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
k. Cibi cotti alla brace o arrostiti					
l. Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
m. Verdure, ortaggi, legumi freschi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
n. Verdure, ortaggi, legumi cotti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
o. Patate					
p. Frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
q. Oli e grassi vegetali (olio di oliva, margarina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
r. Oli e grassi animali (strutto, burro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
s. Riso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
t. Pasta, pane					
u. Pizza, cereali da prima colazione, prodotti da forno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
v. Biscotti, dolci contenenti farina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
w. Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
x. Birra o altre bevande alcoliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
	1	2	3	4	

F4. Ha mai seguito diete particolari?

1 No

2 Sì → **F4a. Quali?** (es. dimagrante, disintossicante, terapeutica) _____

F5. Ha mai perso più di 10 kg nell'arco di 6 mesi?

1 No

2 Sì → **F5a. A che età?** |_|_|

SEZIONE G. VITA ALL'APERTO E ATTIVITÀ FISICA

G1. QUANTO TEMPO TRASCORRE MEDIAMENTE ALL'APERTO OGNI GIORNO?

1 Meno di 1 ora

2 Tra 1 e 3 ore

3 Più di 3 ore

G2. QUANTE ORE IN MEDIA TRASCORRE IN MEZZO AL TRAFFICO?

1 In automobile |_|_|

2 In moto/motorino/scooter |_|_|

3 In bicicletta |_|_|

4 A piedi |_|_|

- 5 Con mezzi pubblici
6 Con altri mezzi

|_|_|
|_|_|

G3. Pratica attività fisica?

- 1 No
2 Sì

G3a. Se sì, quale? _____

- 1 Praticare uno sport (quale, specificare) _____
2 Passeggiare
3 Andare in bicicletta
4 Fare giardinaggio
5 Svolgere attività domestiche (compresi hobby)

G3b. Quante ore a settimana |_|_|

SEZIONE H. FUMO, ALCOL, CAFFÈ

H1. Ha mai fumato sigarette? (almeno 100 nella vita)

- 1 No
2 Sì

- > **H1a.** Sì, ma ha smesso da più di 6 mesi
In quale anno ha iniziato a fumare |_|_|
Quante sigarette fumava in media al giorno |_|_|
In quale anno ha smesso di fumare |_|_|
H1b. Sì, fuma ancora (o ha smesso da meno di 6 mesi)
In quale anno ha iniziato a fumare |_|_|
Quante sigarette fuma in media al giorno |_|_|

H2. Vive o ha vissuto con persone che fumano/fumavano regolarmente?

- 1 No
2 Sì

- > **H2a.** Mediamente quante persone fumano/fumavano in casa sua? |_|

Chi fuma?

- 1 Padre
2 Madre
3 Fratello/sorella
4 Coniuge/convivente
5 Figli
6 Altro _____

H2b. Come giudica la sua esposizione al fumo in casa?

- 1 Lieve 2 Moderata 3 Elevata

H3. Quanto spesso consuma vino? (Pensando agli ultimi 30 giorni)

- 1 Mai
2 Qualche bicchiere al mese
3 Qualche bicchiere a settimana (≤ 6)
4 1-2 bicchieri al giorno
5 3-9 bicchieri al giorno
6 10 o più bicchieri ogni giorno

H4. Quanto spesso consuma birra? (Pensando agli ultimi 30 giorni)

- 1 Mai
2 Qualche bicchiere al mese
3 Qualche bicchiere a settimana (≤ 6)
4 1-2 bicchieri al giorno

5 >2 bicchieri al giorno

H5. Quanto spesso consuma super-alcolici?

- 1 Mai
2 Qualche bicchiere al mese
3 Qualche bicchiere a settimana (≤ 6)
4 1-2 bicchieri al giorno
5 >2 bicchieri al giorno

H6. Abitualmente quale tipo consuma?

- 1 Aperitivi
2 Misto analcolico e superalcolico
3 Grappa, whisky, cognac, similari

H7. Quanto spesso beve caffè?

- 1 Mai 2 Qualche tazzina a settimana 3 Tutti i giorni

H7a. N° tazzine al giorno |__|__|

SEZIONE I. STORIA MEDICA E CONDIZIONI CLINICHE

I1. Nell'ultimo anno le è stata diagnosticata qualche malattia o condizione clinica patologica?

- 1 No 2 Sì, documentato 3 Sì, non documentato

I2. Nella vita le sono mai state diagnosticate alcune delle seguenti malattie o condizioni cliniche patologiche?

		Età
a. Asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	
b. Bronchite cronica o enfisema polmonare (BPCO)	<input type="checkbox"/>	
c. Bronchite asmatica o polmonite nei primi anni di vita	<input type="checkbox"/>	
d. Epilessia	<input type="checkbox"/>	
e. Emicrania (persistente)	<input type="checkbox"/>	
f. Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/>	
g. Altre patologie del sistema nervoso (SM, SLA)	<input type="checkbox"/>	
h. Epatiti	<input type="checkbox"/>	
i. Malattie renali	<input type="checkbox"/>	
j. Vene varicose	<input type="checkbox"/>	
k. Infezioni ricorrenti delle vie urinarie	<input type="checkbox"/>	
l. Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	
m. Eccesso di colesterolo	<input type="checkbox"/>	
n. Eccesso di trigliceridi	<input type="checkbox"/>	
o. Diabete	<input type="checkbox"/>	
p. Malattie di cuore	<input type="checkbox"/>	
q. Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/>	
r. Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/>	
s. Osteoporosi	<input type="checkbox"/>	
t. Ulcere	<input type="checkbox"/>	
u. Tumori benigni	<input type="checkbox"/>	
v. Tumori maligni, pregressi (attualmente non fa controlli e non prende farmaci) specificare sede _____	<input type="checkbox"/>	
w. Disturbi psichici rilevanti (depressione, distimia, sindrome maniaco-depressiva, etc.)	<input type="checkbox"/>	
x. Epatite	<input type="checkbox"/>	

y. Cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>	
z. Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	

I3. Saprebbe dire se è allergico ?

- 1 No
2 Sì

—————▶ **I3a. Se sì, a cosa?**

- 1 Animali
2 Alimenti
3 Polline
4 Polvere
5 Punture di insetti
6 Altro _____

I4. Prende abitualmente farmaci? (sistematicamente e per tempi prolungati)

- 1 No
2 Sì

—————▶ **I4a. Quali?**

(classe farmacologica) _____

Sintomi e malattie respiratorie

I5. Ha abitualmente tosse, al di fuori dei comuni raffreddori, per alcuni periodi dell'anno?

- 1 No
2 Sì

—————▶ **I5a. Ha tosse per la maggior parte dei giorni della settimana (4 o più) e che dura almeno 3 mesi l'anno?**

- 1 No
2 Sì —————▶ **Da quanti anni |_|_|**

I5b. Respirando ha mai prodotto sibili o fischi, al di fuori dei comuni raffreddori?

- 1 No
2 Sì —————▶ **Da quanti anni |_|_|**

I6. Ha abitualmente catarro per alcuni periodi dell'anno?

- 1 No
2 Sì

—————▶ **I6a. Ha catarro per 4 o più giorni alla settimana per almeno 3 mesi l'anno?**

- 1 No
2 Sì —————▶ **Da quanti anni |_|_|**

I7. Durante gli ultimi 3 anni, quanti episodi dei seguenti disturbi ha avuto?

- a. Bronchite 1 Mai 2 1-2 3 >2
b. Polmonite 1 Mai 2 1-2 3 >2

I8. Negli ultimi 3 anni, al di fuori dei comuni raffreddori, ha mai avuto febbre da fieno o qualche altra condizione allergica che determina naso che cola o naso chiuso?

- 1 No
2 Sì —————▶ 1 Raramente 2 Spesso 3 Sempre

Sintomi e malattie cardiache

I9. Il medico le ha mai diagnosticato pressione del sangue alta (ipertensione arteriosa)?

- 1 No
2 Sì

—————▶ **G8a. Prende abitualmente farmaci per controllare la pressione?**

- 1 No
2 Sì

I10. Il medico le ha mai diagnosticato: dispnea/mancanza di fiato?

- 1 No

Specificare il tipo di malformazione congenita _____

UOMINI

J6. Le è mai stato diagnosticato un problema di sterilità o infertilità?

- 1 No
2 Sì

SEZIONE K. PERCEZIONI RIGUARDO AI RISCHI AMBIENTALI

K1. Ha di fronte una lista di rischi ambientali. In quale misura si sente personalmente esposto a ciascuno di essi?

(Mettere una crocetta nella casella corrispondente alla risposta dell'intervistato. Se l'intervistato dice di non sapere o non risponde, barrare la casella **non so** sulla riga corrispondente alla domanda).

	Moltissimo	Molto	Poco	Per niente	Non so	Ordine	presenza nell'area
a. Inondazioni / alluvioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Trasporto di materiale pericoloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Rifiuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Rifiuti pericolosi (chimici, radioattivi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Inquinamento atmosferico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Eventi meteorologici estremi: caldo e freddo intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Incendi (di qualunque tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Inquinamento dell'acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Industrie pericolose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k. Terremoti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l. Frane / valanghe di fango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

1

2

4

K2. Mi può indicare in ordine di importanza i 3 rischi ai quali si sente più esposto?

Compilare la penultima colonna della tabella precedente.

K3. Tra i rischi sopra elencati quali secondo lei sono presenti nell'area dove vive?

Compilare la penultima colonna della tabella precedente.

K4. Si ritiene sufficientemente informato sulla presenza di rischi ambientali che esistono nell'area in cui vive?

- 1 No 2 Sì 3 Non so

K5. Se sì attraverso quale mezzo d'informazione?

Mettere una crocetta nella casella corrispondente alla risposta dell'intervistato (segnare l'ordine delle risposte). Non anticipare le risposte.

- 1 Televisione nazionale 2 Televisione locale
3 Giornali nazionali 4 Giornali locali
5 Radio 6 Internet
7 Informazioni dai comitati locali di cittadini 8 Familiari
9 Altro _____

K6. Rispetto ai potenziali rischi legati al consumo di acqua pensa di essere stato adeguatamente informato?

- 1 No 2 Sì 3 Non so

K7. Se si attraverso quale mezzo d'informazione?

Mettere una crocetta nella casella corrispondente alla risposta dell'intervistato (segnare l'ordine delle risposte).
Non anticipare le risposte.

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Televisione nazionale | 2 <input type="checkbox"/> Televisione locale |
| 3 <input type="checkbox"/> Giornali nazionali | 4 <input type="checkbox"/> Giornali locali |
| 5 <input type="checkbox"/> Radio | 6 <input type="checkbox"/> Internet |
| 7 <input type="checkbox"/> Informazioni dai comitati locali di cittadini | 8 <input type="checkbox"/> Familiari |
| 9 <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

K8. Normalmente a chi fa riferimento per informarsi sui rischi a cui è esposto?

Si possono scegliere più risposte. (5 al massimo e segnare l'ordine di citazione).

a. Mezzi di comunicazione nazionali (TV, giornali, radio)	<input type="checkbox"/>	
b. Mezzi di comunicazione locali (TV, giornali, radio)	<input type="checkbox"/>	
c. Enti locali (comune, provincia...)	<input type="checkbox"/>	
d. Politici locali (rappresentanti istituzioni locali, es. consiglieri comunali)	<input type="checkbox"/>	
e. Prefettura o altre istituzioni statali (per es. protezione civile)	<input type="checkbox"/>	
f. Vigili del Fuoco	<input type="checkbox"/>	
g. Forze dell'ordine (polizia, carabinieri, etc..)	<input type="checkbox"/>	
h. Organizzazioni sanitarie e personale medico (USL, ospedale..)	<input type="checkbox"/>	
i. Medico di base	<input type="checkbox"/>	
j. Scienziati (esperti, ingegneri, ecc.)	<input type="checkbox"/>	
k. Associazioni locali di cittadini	<input type="checkbox"/>	
l. Lavoratori delle fabbriche	<input type="checkbox"/>	
m. Organizzazioni ambientaliste (Legambiente, Amici della Terra, WWF, altre)	<input type="checkbox"/>	
n. Organizzazioni sindacali e di categoria	<input type="checkbox"/>	
o. Parrocchia	<input type="checkbox"/>	
p. Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	

K9. Come giudica la situazione ambientale nell'area in cui vive?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Ottima | Accettabile | Grave ma
risolvibile | Grave ed
irreversibile | Non so |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SEZIONE L. SCHEDA AMBULATORIALE

Al momento della raccolta di urine ed unghie

M1. Sono state consegnate le urine?

- 1 No
2 Sì

M1a. Se no, per quale motivo?

- 1 Non rispondeva ai criteri di selezione
2 Ha rifiutato
3 Altro _____

M2. Sono state consegnate le unghie?

- 1 No
2 Sì

M1a. Se no, per quale motivo?

- 1 Non rispondeva ai criteri di selezione
2 Ha rifiutato
3 Altro _____

M3. Ha consumato pesci nei quattro giorni precedenti? (anche in piatti compositi, es. pasta al tonno)

- 1 No
2 Sì

M2a. Se sì, quali? _____

M2b. Se sì, che quantità? _____

M3. Ha consumato molluschi nei quattro giorni precedenti? (anche in piatti compositi, es. pasta alle vongole o ai frutti di mare)

- 1 No
2 Sì

M3a. Se sì, quali? _____

M3b. Se sì, che quantità? _____

M4. Ha consumato crostacei nei quattro giorni precedenti? (anche in piatti compositi, es. pasta allo scoglio o gamberetti in salsa cocktail)

- 1 No
2 Sì

M4a. Se sì, quali? _____

M4b. Se sì, che quantità? _____

M5. Ha consumato alghe marine nei quattro giorni precedenti? (es. cucina giapponese)

- 1 No
2 Sì

M5a. Se sì, in che modo? (es. risotto, supplì, paella)

M5b. Se sì, che quantità? _____

M6. Ha consumato riso nei quattro giorni precedenti?

- 1 No
2 Sì

M6a. Se sì, in che modo? (es. risotto, supplì, paella)

M6b. Se sì, che quantità? _____

Codice individuale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

L'Intervistatore _____

EVENTUALI NOTE DELL'INTERVISTATORE