QUESTIONARIO PER IL CONTROLLO SANITARIO DEI SOGGETTI CON PREGRESSA ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A PFAS

1. Dati anagrafici e socio-demografici

1.1. Cognome
1.2. Nome
1.3. Genere
- ☐ M
- ☐ F

1.4. Data di nascita
1.5. Luogo di nascita
1.6. Paese di provenienza (se diverso dall'Italia)
1.7. Tessera sanitaria
1.8. Codice fiscale
1.9. Telefono
1.10. Comune
1.11. CAP
1.12. Via/Piazza
1.13. N° civico
1.14. Data invito
1.15. Centro di
1.16. Codice soggetto
1.17. Scolarità
- ☐ Elementari
- ☐ Medie
- ☐ Superiori
- ☐ Università

1.18. Occupazione attuale
- ☐ Casalinga
- ☐ Pensionato
- ☐ Studente
- ☐ Disoccupato
- ☐ Impiegato
- ☐ Insegnante
- ☐ Imprenditore
- ☐ Dirigente
- ☐ Libero professionista
- ☐ Agricoltore/allevatore
- ☐ Operaio → specificare
- ☐ Altro → specificare

1.19. Da quanti anni svolge la sua attuale mansione lavorativa?

2. Storia residenziale

2.1. Ha sempre abitato nel suo attuale Comune?
- ☐ Sì
- ☐ No

2.2. Dove abitava in precedenza?
- ☐ Comune dell'Area Rossa
- ☐ Altro Comune → specificare
- ☐ Stato Estero → specificare

2.3. Anno inizio residenza/domicilio
2.4. Anno termine residenza/domicilio
2.5. In precedenza, ha abitato da qualche altra parte?
- ☐ Sì
- ☐ No

2.6. Dove abitava in precedenza?
- ☐ Comune dell'Area Rossa
- ☐ Altro Comune → specificare
- ☐ Stato Estero → specificare

2.7. Anno inizio residenza/domicilio
2.8. Anno termine residenza/domicilio
2.9. In precedenza, ha abitato da qualche altra parte?
- ☐ Sì
- ☐ No

2.10. Dove abitava in precedenza?
- ☐ Comune dell'Area Rossa
- ☐ Altro Comune → specificare
- ☐ Stato Estero → specificare

2.11. Anno inizio residenza/domicilio
2.12. Anno termine residenza/domicilio
2.13. In precedenza, ha abitato da qualche altra parte?
- ☐ Sì
- ☐ No

2.14. Dove abitava in precedenza?
- ☐ Comune dell'Area Rossa
- ☐ Altro Comune → specificare
- ☐ Stato Estero → specificare

2.15. Anno inizio residenza/domicilio
2.16. Anno termine residenza/domicilio

3. Produzione di alimenti per uso personale (le domande di questa sezione si riferiscono al periodo *precedente all'installazione dei filtri avvenuta nel 2013)*

3.1. Coltiva un orto o un frutteto per uso alimentare personale?
- ☐ Sì
- ☐ No

3.2. Che tipo di prodotti coltiva?
- ☐ Frutta
- ☐ Ortaggi
- ☐ Radici e tuberi
- ☐ Seminativo

3.3. Da quale fonte ricava l'acqua per irrigare?
- ☐ Acquedotto

- ☐ Pozzo privato
- ☐ Sorgente
- ☐ Corsi d'acqua e bacini superficiali

3.4. Alleva animali per uso alimentare personale?

- ☐ Sì
- ☐ No

3.5. Che tipo di alimenti ottiene dai suoi animali?

- ☐ Carne
- ☐ Pesce
- ☐ Uova
- ☐ Latte e derivati

3.6. Da quale fonte ricava l'acqua per abbeverare i suoi animali?

- ☐ Acquedotto
- ☐ Pozzo privato
- ☐ Sorgente
- ☐ Corsi d'acqua e bacini superficiali

4. Anamnesi familiare

4.1. Quali problemi di salute vi sono tra i suoi familiari di primo grado (genitori, figli, fratelli/sorelle)?

- ☐ Nulla di rilevante
- ☐ Ipertensione arteriosa
- ☐ Ipercolesterolemia
- ☐ Diabete mellito
- ☐ Infarto o ictus sotto i 60 anni
- ☐ Neoplasie → specificare
- ☐ Patologie epatiche → specificare
- ☐ Patologie renali → specificare
- ☐ Patologie tiroidee → specificare
- ☐ Altro → specificare

5. Anamnesi patologica

5.1. Di quali patologie soffre o ha sofferto in passato?

- ☐ Nessuna
- ☐ Ipertensione arteriosa → specificare età di insorgenza
- ☐ Ipercolesterolemia → specificare età di insorgenza
- ☐ Ipertrigliceridemia → specificare età di insorgenza
- ☐ Diabete mellito → specificare età di insorgenza
- ☐ Infarto miocardico/angina pectoris → specificare età di insorgenza del primo episodio
- ☐ Ictus/TIA → specificare età di insorgenza del primo episodio
- ☐ Arteriopatia ostruttiva periferica (es. arti inferiori, carotidi, arterie addominali) → specificare età di insorgenza
- ☐ Procedure di rivascolarizzazione (bypass, angioplastica) → specificare età
- ☐ Insufficienza renale cronica → specificare età di insorgenza
- ☐ Altre patologie renali → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie respiratorie → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Neoplasie → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie della tiroide → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie reumatiche/autoimmuni → specificare → specificare età di insorgenza

2cdfffaf

- ☐ Patologie allergiche → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie gastroenteriche → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie epatiche → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie neurologiche → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie psichiche → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie dell'apparato riproduttivo → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Patologie della gravidanza → specificare → specificare età di insorgenza
- ☐ Altro → specificare → specificare età di insorgenza

6. Anamnesi farmacologica

6.1. Assume regolarmente farmaci (inclusi ormoni femminili?)

- ☐ Sì
- ☐ No

6.2. Quali categorie di farmaci assume?

- ☐ Antiipertensivi
- ☐ Diuretici
- ☐ Statine
- ☐ Fibrati
- ☐ Ipoglicemizzanti
- ☐ Ipouricemizzanti
- ☐ Antiaritmici
- ☐ Antiaggreganti
- ☐ Anticoagulanti
- ☐ Broncodilatatori
- ☐ Antiinfiammatori non steroidei
- ☐ Corticosteroidi
- ☐ Ormoni tiroidei
- ☐ Tireostatici
- ☐ Contraccettivi orali o terapia ormonale sostitutiva → specificare età di inizio
- ☐ Antidepressivi
- ☐ Ansiolitici
- ☐ Antipsicotici o stabilizzatori dell'umore
- ☐ Antiepilettici
- ☐ Antiparkinsoniani
- ☐ Immunosoppressori o immunomodulanti
- ☐ Antineoplastici
- ☐ Antivirali
- ☐ Altro → specificare

7. Abitudine al fumo

7.1. Fuma sigarette?

- ☐ Sì
- ☐ No

7.2. A che età ha iniziato?

7.3. Quante sigarette fuma?

Al giorno

Alla settimana

7.4. Ha mai pensato di smettere?
- ☐ Sì
- ☐ No

7.5. Ha fatto almeno un tentativo di smettere negli ultimi 12 mesi?
- ☐ Sì
- ☐ No

7.6. Ha mai fumato sigarette in passato?
- ☐ Sì
- ☐ No

7.7. Ha che età ha iniziato?

7.8. Quante sigarette fumava?

Al giorno

Alla settimana

7.9. Ha smesso di fumare da almeno 6 mesi?
- ☐ Sì
- ☐ No

7.10. Da quanti anni ha smesso di fumare (minimo 0,5 anni)?

7.11. È esposto regolarmente a fumo passivo (es. a casa o al lavoro)?
- ☐ Sì
- ☐ No

7.12. Fuma regolarmente la sigaretta elettronica?
- ☐ Sì
- ☐ No

8. Attività fisica

8.1. Svolge regolarmente attività fisica di intensità almeno moderata?
- ☐ Sì
- ☐ No

8.2. Quale attività svolge?

Attività ad intensità moderata (coefficiente di intensità = 4.0)
- ☐ Attività lavorativa moderata (richiede di camminare a lungo o movimentare carichi)
- ☐ Attività domestica moderata (es. pulire i vetri o i pavimenti)
- ☐ Giardinaggio moderato (es. usare il tagliaerba a motore, rastrellare il prato, potare arbusti)
- ☐ Ballo
- ☐ Bicicletta in piano ad andatura sostenuta (8-15 km/h) o in leggera salita
- ☐ Cammino in piano a passo sostenuto (almeno 6 km/h) o in leggera salita
- ☐ Uso scale per almeno 10 minuti consecutivi
- ☐ Ginnastica a ritmo moderato, yoga
- ☐ Aquagym
- ☐ Nuoto a ritmo moderato
- ☐ Sci a ritmo moderato
- ☐ Altra attività moderata → specificare

Attività ad intensità vigorosa (coefficiente di intensità = 8.0)
- ☐ Attività lavorativa pesante (es. spalare, movimentare carichi pesanti)
- ☐ Attività domestica pesante (es. spostare mobili)
- ☐ Giardinaggio pesante (es. tagliare l'erba a mano, spaccare la legna)

- ☐ Bicicletta in piano ad andatura molto sostenuta (>15 km/h) o mountain-bike
- ☐ Trekking
- ☐ Corsa
- ☐ Ginnastica a ritmo sostenuto
- ☐ Sollevamento pesi
- ☐ Nuoto a ritmo sostenuto
- ☐ Sci a ritmo sostenuto
- ☐ Sport vigorosi (es. tennis, calcio, pallacanestro, pallavolo)
- ☐ Altra attività vigorosa → specificare

Numero di sedute settimanali
Durata di ogni seduta in minuti

9. Alimenti e bevande

9.1. Con quale frequenza assume FRUTTA E VERDURA?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.2. Con quale frequenza assume LATTE E YOGURT?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.3. Con quale frequenza assume FORMAGGIO?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.4. Con quale frequenza assume CARNE BIANCA?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.5. Con quale frequenza assume CARNE ROSSA, TRASFORMATA E INSACCATI?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.6. Con quale frequenza assume PESCE?*
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

*[*Ricordare di sensibilizzare l'utente al consumo regolare di pesce azzurro]*

9.7. Con quale frequenza assume UOVA?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.8. Con quale frequenza assume PANE, PASTA, RISO E ALTRI CEREALI?*
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

*[*Ricordare di sensibilizzare l'utente al consumo regolare di cereali integrali]*

9.9. Con quale frequenza assume LEGUMI?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.10. Con quale frequenza assume DOLCIUMI, SNACK E BEVANDE ZUCCHERATE?
- ☐ Giornaliera → specificare N° porzioni
- ☐ Settimanale → specificare N° porzioni
- ☐ Mensile → specificare N° porzioni

9.11. Con quale frequenza assume VINO?
- ☐ Giornaliera → specificare N° Unità Alcoliche
- ☐ Settimanale → specificare N° Unità Alcoliche
- ☐ Mensile → specificare N° Unità Alcoliche

9.12. Con quale frequenza assume ALTRE BEVANDE ALCOLICHE?
- ☐ Giornaliera → specificare N° Unità Alcoliche
- ☐ Settimanale → specificare N° Unità Alcoliche
- ☐ Mensile → specificare N° Unità Alcoliche

9.13. Come valuta suo consumo di sale?
- ☐ Basso
- ☐ Medio
- ☐ Elevato

9.14. Quando mangia fuori casa, aggiunge sale ai cibi già conditi?
- ☐ Sì
- ☐ No

9.15. Ha mai variato le sue abitudini alimentari?
- ☐ Sì
- ☐ No

9.16. Quando ha variato le sue abitudini?
9.17. Come e perché ha variato le sue abitudini?
9.18. Fa colazione regolarmente?
- ☐ Sì
- ☐ No

10. Acqua – *(le domande di questa sezione si riferiscono al periodo precedente all'installazione dei filtri* avvenuta nel 2013)

10.1. Quanta acqua beve al giorno (Litri/giorno)?
10.2. Che tipo di acqua usa per BERE?
- ☐ Acqua da acquedotto
- ☐ Acqua da pozzo privato
- ☐ Acqua in bottiglia
- ☐ Altro → specificare

10.3. Che tipo di acqua usa per CUCINARE?
- ☐ Acqua da acquedotto
- ☐ Acqua da pozzo privato
- ☐ Acqua in bottiglia
- ☐ Altro → specificare

10.4. Che tipo di acqua usa per LAVARE GLI ALIMENTI?

- ☐ Acqua da acquedotto
- ☐ Acqua da pozzo privato
- ☐ Acqua in bottiglia
- ☐ Altro → specificare

11. Funzione riproduttiva

[Domande pe per soggetti di genere FEMMINILE]

11.1. Ha avuto gravidanze in passato?
- ☐ Sì
- ☐ No

11.2. Quante gravidanze ha avuto?
11.3. Quanti aborti spontanei ha avuto?
11.4. Quanti parti ha avuto?
11.5. Quanti figli nati morti ha avuto?
11.6. Quanti figli morti entro 24 ore dal parto ha avuto?
11.7. Quanti figli nati pretermine ha avuto?
11.8. Quanti figli con malformazioni ha avuto?
11.9. Quanti figli vivi ha attualmente?
11.10. Attualmente sta allattando al seno?
- ☐ Sì
- ☐ No

11.11. Attualmente è in gravidanza?
- ☐ Sì
- ☐ No

11.12. In quale settimana di gestazione si trova?
11.13. Com'è il decorso della gravidanza?
- ☐ Fisiologico
- ☐ Patologico

11.14. Specificare il tipo di condizione morbosa
- ☐ Minacce di aborto
- ☐ Minacce di parto prematuro
- ☐ Malattie infettive
- ☐ Infezioni del tratto genito-urinario
- ☐ Diabete
- ☐ Gestosi
- ☐ Altro → specificare

11.15. Sta cercando di avere figli?
- ☐ Sì
- ☐ No

11.16. Da quanti mesi sta cercando di averne?
11.17. Il suo attuale partner ha problemi di infertilità?
- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so

11.18. Lei ha mai fatto ricorso a tecniche di fecondazione assistita?
- ☐ Sì
- ☐ No

11.19. A quali tecniche di fecondazione assistita ha fatto ricorso?
- ☐ Trattamento farmacologico per l'induzione dell'ovulazione
- ☐ IUI (inseminazione intrauterina)
- ☐ GIFT (trasferimento di gameti nelle tube di Falloppio)
- ☐ FIVET (fecondazione in vitro e trasferimento di embrioni nell'utero)
- ☐ ICSI (fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita)
- ☐ Altro → specificare

11.20. A che età ha avuto la prima mestruazione?

11.21. I cicli mestruali sono regolari?
- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non ho ancora avuto la prima mestruazione
- ☐ Sono in menopausa

11.22. Da che età è in menopausa?

[Domande pe per soggetti di genere MASCHILE]

11.1. Ha o ha avuto problemi di infertilità?
- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so

11.2. A che età?

11.3. Ha effettuato esami per la valutazione della fertilità?
- ☐ Sì
- ☐ No

11.4. Quanti figli ha avuto?

11.5. Sta cercando di avere figli?
- ☐ Sì
- ☐ No

11.6. Da quanti mesi sta cercando di averne?

11.7. La sua partner ha o ha avuto problemi di infertilità?
- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so

12. Altro

12.1. Dorme regolarmente almeno 7 ore per notte?
- ☐ Sì
- ☐ No

13. Parametri antropometrici

13.1. Peso misurato (kg)

13.2. Statura misurata (cm)

13.3. BMI

13.4. Circonferenza addominale misurata (cm)

13.5. Pressione arteriosa sistolica – PRIMA misurazione (mmHg)

2cdfffaf

13.6. Pressione arteriosa diastolica – PRIMA misurazione (mmHg)

Se PAS >139 mmHg e/o PAD >89 mmHg, eseguire una seconda misurazione pressoria:

13.7. Pressione arteriosa sistolica – SECONDA misurazione (mmHg)
13.8. Pressione arteriosa diastolica – SECONDA misurazione (mmHg)
13.9. Pressione arteriosa sistolica – UTILIZZATA (mmHg)
13.10. Pressione arteriosa diastolica – UTILIZZATA (mmHg)
13.11. Note eventuali (a cura dell'intervistatore)

14. Esposizione professionale (le domande di questa sezione sono destinate solo ai soggetti con pregressa esposizione professionale a PFAS)

14.1. Lavora o ha lavorato in ambienti di lavoro con presenza di PFAS nel ciclo produttivo?
- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so o non ricordo

14.2. Lavora o ha lavorato all'interno della ditta RIMAR/MITENI?
- ☐ Sì
- ☐ No

14.3. Che mansione svolge o ha svolto all'interno della ditta RIMAR/MITENI?
- ☐ Operatore chimico impianto PERFLUORURATI → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Operatore chimico impianto FLUOROAROMATICI → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Operatore chimico impianto BENZOTRIFLUORURI → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Operatore chimico IMPIANTO PILOTA → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Tecnico di turno → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Tecnico di laboratorio → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Manutentore → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Magazziniere → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Impiegato → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Operatore di altra Ditta impiegato all'interno dello stabilimento → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ Altro → specificare → specificare anno inizio e anno fine

14.4. Per quali altre aziende con presenza di PFAS nel ciclo produttivo lavora o ha lavorato?
- ☐ → specificare nome e tipo azienda → specificare mansione → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ → specificare nome e tipo azienda → specificare mansione → specificare anno inizio e anno fine
- ☐ → specificare nome e tipo azienda → specificare mansione → specificare anno inizio e anno fine

14.5. Nel periodo di lavoro con esposizione a PFAS, usava regolarmente Dispositivi di Protezione Individuale?
- ☐ Sì
- ☐ No

14.6. Che Dispositivi di Protezione Individuale usava regolarmente?
- ☐ Guanti
- ☐ Mascherina protettiva
- ☐ Respiratore
- ☐ Tuta
- ☐ Occhiali
- ☐ Altro → specificare

14.7. Nel periodo di lavoro con esposizione a PFAS, vi sono stati episodi che hanno comportato un'esposizione anomala?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so o non ricordo

14.8. In che anno/anni si è verificata tale esposizione anomala?

14.9. A che cosa è stato esposto?

- ☐ Gas
- ☐ Vapori
- ☐ Fiamme
- ☐ Polveri
- ☐ Liquidi

14.10. In seguito all'esposizione anomala, è stato sottoposto ad accertamenti?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so o non ricordo

14.11. A che tipo di accertamenti è stato sottoposto?

- ☐ Visita medica
- ☐ Accertamenti di laboratorio
- ☐ Accertamenti strumentali
- ☐ Ricovero
- ☐ Non so o non ricordo

14.12. Da parte di chi è stato seguito?

- ☐ Medico aziendale
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico Ospedaliero
- ☐ Altro → specificare
- ☐ Non so o non ricordo

14.13. Consuma o consumava abitualmente il pasto all'interno dell'ambiente di lavoro?

- ☐ Sì
- ☐ No

14.14. Porta o portava a casa abitualmente gli indumenti di lavoro sporchi?

- ☐ Sì
- ☐ No

15. Attendibilità delle risposte *(sezione riservata all'intervistatore)*

15.1. Completezza delle informazioni?

- ☐ Scarsa
- ☐ Parziale
- ☐ Sufficiente
- ☐ Buona

15.2. Atteggiamento nei confronti dell'intervista?

- ☐ Negativo
- ☐ Con qualche riserva
- ☐ Pienamente collaborativo

15.3. Note eventuali (a cura dell'intervistatore)