

## PROGETTO SOSTENUTO DA :



**Lega Italiana Lotta ai Tumori  
sezione Provincia di Vercelli**

**Ordine dei Medici dei Chirurghi e  
Odontoiatri Provincia di Vercelli**

### **CONOSCERE L'AMBIENTE E MIGLIORARE LA NOSTRA SALUTE**

*Gentile cittadino/a ,*

*La LILT e l'Ordine dei Medici C. della Città di Vercelli, coadiuvati dai D.ri Lucio A. Palin e C. Salerno, esperti in epidemiologia e rischi ambientali, intendono proseguire le ricerche sanitarie iniziate nel 2010 per indagare le possibili conoscenze causali di danni per le comunità.*

*A tale fine, a seguito dell'identificazione di aree a potenziale rischio sanitario, si attiva una ricerca preliminare sugli usi e stili vita di gruppi di persone, con somministrazione di un questionario realizzato ad hoc, per stabilire e riconoscere maggiormente i fattori di rischio personali e non correlabili con le malattie.*

*Tale intento si conferma nell'effettiva possibilità e obiettivo di aumentare il sapere e il ruolo di parte dei fattori responsabili dei danni personali siano di tipo cronico degenerativo quanto cancerogenico, e qualora, badare a un'eliminazione e/o riduzione. Pertanto, a tale scopo, diviene rilevante il ruolo di supporto e d'informazione che, sia La LILT sia l'Ordine dei Medici Chirurghi di Vercelli, sapranno come sempre garantire.*

*Il questionario rappresenta il passo iniziale per conseguire delle informazioni importanti necessarie per far emergere le criticità e ricavare, anche attraverso le risposte, un quadro di "qualità di vita" dei residenti, sia di ordine generale e sia di natura personale, e così rilevare le esigenze primarie della comunità.*

*Il questionario è composto di 50 domande a risposta aperta e chiusa, che richiederanno una breve attenzione per una corretta compilazione; lo sforzo è di pochi minuti, ma di fondamentale importanza per questo progetto.*

*Si ricorda che il questionario si basa e segue le attuali disposizioni e rispetto della Privacy e sarà utilizzato in modo aggregato e anonimo al solo e unico fine di individuare delle linee di attenzione e d'intervento utili alla comunità locale e ai nostri luoghi di vita.*

*Contiamo sul vostro aiuto e sulla vostra partecipazione!*

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Tutte le informazioni raccolte in questo progetto saranno trattate nel rispetto delle leggi italiane, in particolare del D.lgs. 196/2003 riguardante la tutela dei dati personali.

I dati personali saranno trattati elettronicamente con tutti i criteri che realizzano la massima riservatezza e utilizzati esclusivamente per la gestione della ricerca in oggetto. I dati socio-demografici e i dati sanitari saranno sempre conservati separatamente da quelli anagrafici. Un sistema cifrato di congiunzione permetterà, solo ai responsabili e agli incaricati del trattamento dei dati, di ricollegare i dati socio-demografici e i dati sanitari a quelli anagrafici.

I dati personali raccolti non saranno comunicati a terzi al di fuori dell'attività connessa a tale ricerca, non verranno diffusi, saranno usati esclusivamente in forma aggregata, e quindi rigorosamente anonima, per finalità di ricerca e di pubblicazione scientifica. Il trattamento dei dati è avviato solo con la sottoscrizione del consenso informato che comprende anche l'autorizzazione al trattamento dei dati personali secondo il disposto del D.lgs. 196/2003. Per esprimere il consenso è necessaria la lettura della presente nota informativa e la firma con data sottostante.

Firma interessato

Data

## MODALITA OPERATIVE

Distribuzione a cura di :



Gruppo Scout Cattolici Vercelli 1

Raccolta presso i seguenti punti:

- Per i residenti del Centro Storico presso Segreteria "Centro Territoriale per il Volontariato" con sede in Corso Libertà n° 72

Con i seguenti Orari :

**Lunedì** 13 – 18:00

**Martedì** 9:00 – 18:00

**Mercoledì** 13 – 18:00

**Giovedì** 13 – 18:00

**Venerdì** 9:00 – 15:00

- Per i residenti via W. Manzone /Area Bennet presso Segreteria centro Sportivo Canada – Strada . Vicinale Cantarana, 2

Con i seguenti Orari: **Dal Lunedì al Venerdì dalle 17:30 alle 19:30**

**La raccolta verrà terminata entro e non oltre il 12/02/2016**

## SEZIONE DATI GENERALI

1. NOME – COGNOME \_\_\_\_\_

DATA NASCITA \_\_\_\_\_

**2. Sesso**

- Maschio  
 Femmina

**3. Stato civile**

- Celibe/Nubile  
 Coniugato/a  
 Vedovo/a  
 Separato/a  
 Divorziato/a

4. Cittadinanza \_\_\_\_\_

**5. Qual è il SUO titolo di studio ?**

- Non ho titoli di studio  
 Licenza elementare  
 Diploma di scuola media inferiore o avviamento professionale  
 Diploma di scuola media superiore  
 Laurea/diploma universitario

6. Da quanti anni vive all'attuale indirizzo? I\_\_I\_\_I

**7. Se da meno di 20 anni, indicare gli indirizzi precedenti ed il periodo.**

Indirizzo	Città	Prov	dal	al
_____	_____	_____	I__I__I	I__I__I
_____	_____	_____	I__I__I	I__I__I

**8. Quante ore trascorre in casa ? (escluse le ore notturne di riposo)**

- Meno di 3-5 ore   
6-8 ore   
9-12 ore   
Più di 12 ore

9. Quante stanze vi sono nella sua abitazione? I\_\_I\_\_I

(esclusi cucina, bagno, corridoi, sgabuzzini, disimpegni)

10. Quante persone vi abitano ? (lei compreso)? I\_\_I\_\_I

11 La sua abitazione è compresa in un condominio?  sì  no Se sì, a quale piano ?.....

12 In certe ore del giorno avverte rumori e odori sgradevoli ?  sì  no

12A. Può specificare in caso affermativo quali sono i disturbi ? \_\_\_\_\_

## SEZIONE LAVORO

**13. Attualmente lavora ancora?**

No  Si

Si, ma ha smesso anno d'inizio I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I anno di fine I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Si, lavora ancora anno d'inizio I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

**14. Quale lavoro ha svolto ?**

Specificare, \_\_\_\_\_

**15. In quale categoria professionale è appartenuto ?**

a) Come dipendente (specificare) \_\_\_\_\_

b) Come autonomo (specificare) \_\_\_\_\_

**15a. Indicare i nomi delle fabbriche/industrie in cui si è lavorato per almeno 12 MESI**

\_\_\_\_\_

**16. Ha lavorato o non ha mai lavorato perché ?**

1  Malato/inabilità specificare \_\_\_\_\_

2  Licenziato/dimesso volontariamente dal I\_\_I\_\_I

3  Pensionato dal I\_\_I\_\_I

4  Altro

**17. A suo giudizio il lavoro attuale o che ha fatto lo ritiene:**

leggero  medio  pesante  a rischio di prodotto pericolosi/tossici

## SEZIONE SALUTE

**18. Come ritiene il livello della sua salute**

Molto buono

Buono

Discreto

Non buono

Negativo

**19. Pratica attività fisica almeno una volta a settimana ? SI  NO**

**20. Fumatore o ex fumatore ? SI  NO**

**21. Quante sigarette consuma o ha consumato al giorno? \_\_\_\_\_**

**22. E' affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata?**

Ps: come "lunga durata" s'intendono malattie o problemi di salute con un periodo di almeno 6 mesi o si prevede che durino non meno di 6 mesi.

SI  NO

**23. Si sono verificati decessi o malattie tra i suoi parenti per tumori ? SI  NO**

23A. Se deceduti, si ricorda la causa principale di morte di suo padre o madre? \_\_\_\_\_ (specificare)

24. Per la sua salute pensa di avere limitazioni, da almeno 6 mesi, nelle attività abituali ?

- 1 Limitazioni gravi   
2 Limitazioni non gravi   
3 Nessuna limitazione

25. Nel caso di malattia in atto, il suo medico di base le ha detto di quale malattia si tratta ?  
\_\_\_\_\_

### SEZIONE ALIMENTI - DIETA

26 Quanto pesa ? Kg \_\_\_\_\_ - Per la sua altezza si ritiene sovrappeso o normopeso ?  SI  NO

26. Consuma più ? Alimenti animali  Alimenti vegetali

27. Consuma sempre a casa sia il pranzo sia la cena?  SI  NO

28. Tra i prodotti a base di cereali, lei mangia di più prodotti di pasta o di riso? \_\_\_\_\_ (specificare)

29. Per condire gli alimenti lei utilizza maggiormente?  olio  burro

30. Si alimenta con frutta e verdura tutti i giorni o meno nella settimana ? \_\_\_\_\_ (specificare)

31. Lei mangia più carni rosse (manzo, vitello) o invece carni bianche (pollame, coniglio, tacchino)?  
\_\_\_\_\_ (specificare)

32. Quante volte assume cibi fritti o arrostiti nella settimana? \_\_\_\_\_ (specificare)

33. Mangia alimenti cucinati alla brace? Se sì quante volte alla settimana? \_\_\_\_\_ (Specificare)

34. Acquista e consuma del pesce e/o altri prodotti ittici durante la settimana ?  SI  NO

35. Gli alimenti ingeriti sono preparati in famiglia o acquistati già cotti presso rosticcerie, supermercati ecc...? \_\_\_\_\_ (specificare)

36. Durante la giornata quanti caffè consuma? \_\_\_\_\_ (specificare numero)

37. Abituamente consuma bevande alcoliche?  SI  NO

37A Se sì, specificare il tipo di bevanda? \_\_\_\_\_

38. Abituamente in casa beve acqua di ?

- Acquedotto pubblico  
 Pozzo privato  
 Imbottigliata (minerale) da che anno I\_\_I\_\_I  
 Non sa

39. A pasto consuma di preferenza:  birra  vino  acqua

40 Ha seguito diete particolari  SI  NO

41 Ha mai perso tra 5 e 10 Kg nell' ultimo anno ?  Sì  No

## SEZIONE SPORT FITNESS

**42 Ritiene importante essere in forma fisica ?**     SI  NO

**43 Pratica attività fisica ?**  SI  NO

**44 Il suo impegno nella settimana è regolare, almeno 2-3 volte, o occasionale ?**         SI  NO

**45 Quale attività fisica fa?**  Cammina/corre,  Ciclismo,  Nuoto,  Palestra/fitness ,

altro da segnalare.....

**46 Quanto tempo totale, ore, dedica alla sua passione ?**  1 ora,  2 ore,  3 ore  o di più di 3 ore ? altro da segnalare.....

**47 Per andare a lavorare usa principalmente:**  mezzi pubblici,  auto propria,  giornalmente riesce ad andare a piedi ?

**48 Dove fa attività fisica ?** corsa/camminata in città  ,corsa /camminata campagna  , In bici in città o fuori  ?

**49 Nel suo impegno sportivo avverte pericoli e rischi per la sua salute ?**  SI  NO

**50 Se si quali sono secondo lei i rischi ?** Fisici-traumatici  ? Inquinanti vari presenti nel luogo dove si trova  ?