



Codice Fiscale

N° IDENTIFICAZIONE

COGNOME e NOME

SESSO F M

DATA di NASCITA/...../..... LUOGO di NASCITA

RESIDENZA (via e numero, città, CAP)

NUMERO DI TELEFONO

TITOLO DI STUDIO

STATO CIVILE (sposato/convivente) DAL vedovo separato/divorziato nubile/celibe Intervista diretta Intervista a congiunti Nome dell'intervistatoreData dell'intervista Luogo dell'intervista: casa ospedale Servizio altro →SE L'INTERVISTA NON SI E' SVOLTA: rifiuto impossibile da rintracciare deceduto, congiunti non rintracciabili deceduto, rifiuto congiunti stato confusionale, congiunti sconosciuti altro (specificare**→Dati da raccogliere solo per le interviste a congiunti**

COGNOME e NOME (del congiunto)

DATA DI NASCITA/...../..... SESSO F M LEGAME CON IL SOGGETTO : CONIUGE FIGLIO/A FRATELLO/SORELLA ALTRA PARENTELA AMICO COLLEGA ALTRO (.....)

INDIRIZZO TEL.

Motivi intervista a congiunti: Condizioni cliniche Decesso Luogo e data decesso

SEZ. A: FUMO

Nota per l'intervistatore: un soggetto può essere definito fumatore/fumatrice se "ha fumato regolarmente almeno una sigaretta al giorno o 1 pipa o un sigaro alla settimana per almeno un anno o per periodi più brevi che sommati risultino un anno".

1) FUMA? SI NO HA SMESSO NON SO

2) SE "SI" → CHE COSA FUMAVA?

SIGARETTE	Si	No	Non so	Per quanti anni ha fumato?	A quale età ha iniziato a fumare?	Fuma attualmente?	Se "NO", quando ha smesso?	Quanto fuma attualmente o quanto fumava prima di smettere?
- con filtro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		sigarette/giorno
- senza filtro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		sigari/settimana
PIPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		grammi/settimana

SEZ. B: SALUTE

B1. E' stato sottoposto a radiodiagnostica toracica? SI NO NON SO

Motivo N° esami

B2. E' mai stato sottoposto a trattamenti terapeutici con raggi X? SI NO NON SO Sede

Motivo Durata (mesi) Anno inizio Luogo (effettuazione terapia)

B3. E' titolare di rendita INAIL per malattia professionale dell'apparato respiratorio? SI NO NON SO Se si, indicare malattia e data di costituzione della rendita

B4. Ha mai sofferto di importanti malattie broncopolmonari? SI NO NON SO Quali e quando?

B5. Ha mai subito importanti traumi toracici? SI NO NON SO Se si, come e quando?

B6. Nella sua famiglia ci sono stati casi di patologia tumorale? SI NO NON SO Se si, specificare:

Grado di parentela Tumore Anno insorgenza

Grado di parentela Tumore Anno insorgenza

SEZ. C: STORIA PROFESSIONALE

Compilare una scheda specifica per ogni attività lavorativa svolta: “Artigianato/industria”, “Agricoltura”, “Militare”.
Le attività extra lavorative vanno descritte nella scheda “Storia extra Professionale”.

C1. Svolge attualmente un’attività professionale? SI NO Se no, indicare il motivo:

E’ eventualmente disponibile il libretto di lavoro? SI NO NON SO

C2. Storia professionale completa (includere il servizio di leva)

N.B. in caso di lavoro discontinuo o saltuario specificare la durata complessiva

anno inizio	anno fine	Nome e indirizzo della fabbrica o della ditta	Attività della fabbrica o della ditta	Mansione	Descrizione del lavoro

C3. Svolge o ha mai svolto lavori saltuari? SI NO NON SO Se si, vanno descritti nella storia professionale completa

SEZ. D: STORIA FAMILIARE (solo i conviventi)**D1. Storia lavorativa dei familiari e conviventi (riferita al periodo in cui hanno vissuto nella stessa casa del soggetto in esame)****1) PADRE:**

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro (*)
					a
					b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando.....

2) MADRE:

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro (*)
					a
					b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando.....

3) CONIUGE:

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro (*)
					a
					b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando?

SEZ. D1-2: OCCUPAZIONE DI ALTRI PARENTI(elencare **solo** le attività svolte durante il periodo di convivenza)**4) ALTRI PARENTI**

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro (*)
					a b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando?

5) ALTRI PARENTI

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro (*)
					a b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando?

6) ALTRI PARENTI

anno inizio	anno fine	nome dell'azienda	attività dell'industria	lavoro svolto e descrizione	abiti da lavoro (*)
					a b

Erogazione rendita INAIL per malattia professionale? SI NO NON SO

a= portava a casa abiti; b= abiti spazzolati a casa

Se SI, per quale malattia e da quando?

SEZ. D3-4. CONDIZIONE AMBIENTALE - STORIA RESIDENZIALE: lista di tutte le abitazioni dalla nascita alla diagnosi

N° Progr.	Indirizzo, Città, Paese (se all'estero)	ANNO Dal	ANNO Al	Tipo * abitazione	Anno di costruzione	Amianto nei materiali di costruzione **				
						Copertura eternit	Contro soffittature	Cisterne acqua	Pannelli Stufe/Termo	Altro

* 1 = Rurale/cascina; 2 = Casa unifamiliare/ villa; 3 = Condominio; 4 = Comunità (pensionati, caserme, collegi, ricoveri); 5 = Altro (specificare)

** poni le domande solo se costruita dopo il 1945.

Sez. D5-6. AMBIENTE GENERALE DI VITA

Ricorda la presenza di FABBRICHE come le seguenti nelle zone limitrofe o vicino a casa sua?

COMPARTO	SI	DENOMINAZIONE FABBRICA	Distanza METRI:	N° Progr.* Abitazione	Ha frequentato assiduamente i seguenti LOCALI DI USO COLLETTIVO o MEZZI DI TRASPORTO?:				
						SI	Denominazione	Comune	Periodo
RAFFINERIE, PETROLCHIMICA, CHIMICA di BASE	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
CENTRALE TERMOELETTRICA	<input type="checkbox"/>				TEATRI	<input type="checkbox"/>			
PORTO	<input type="checkbox"/>				CINEMA	<input type="checkbox"/>			
CANTIERISTICA e RIPARAZIONE NAVALE	<input type="checkbox"/>				PALESTRE	<input type="checkbox"/>			
INDUSTRIA AMIANTO: ETERNIT GUARNIZIONI/TESSUTI IN AMIANTO.	<input type="checkbox"/>				PISCINE	<input type="checkbox"/>			
COSTRUZIONE/RIPARAZIONE ROTABILI FERROVIARI	<input type="checkbox"/>				TRENI	<input type="checkbox"/>			
CAVA O MINIERA	<input type="checkbox"/>				METRO	<input type="checkbox"/>			
LINEA/STAZIONE FERROVIARIA	<input type="checkbox"/>				TRAGHETTI	<input type="checkbox"/>			
INCENERITORE	<input type="checkbox"/>				ALTRO	<input type="checkbox"/>			
ZONA INDUSTRIALE	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
DISCARICA	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
ALTRO (SPECIFICARE)	<input type="checkbox"/>								
.....									

Sez. I: STORIA EXTRA PROFESSIONALE (tempo libero)

I1 Ha effettuato riparazioni in casa? SI NO NON SO Se si, specificare:

- Lavori di idraulica/elettricità? SI NO NON SO Tipo di lavoro e periodo:
- Isolamento termico? SI NO NON SO Tipo di lavoro e periodo:
- Lavori di muratura? SI NO NON SO Tipo di lavoro e periodo:
- Altre riparazioni, tipo di lavoro e periodo:

I2. Ha mai riparato auto/mezzi meccanici? SI NO NON SO Tipo di riparazione e periodo:

I3. Ha mai praticato attività con uso di manufatti in amianto? SI NO NON SO Se si, specificare:

..... Frequenza: Raramente Spesso

I4. Ha fatto uso di talco cosmetico? SI NO NON SO Se si, ricorda la marca?

Quando? Quanto?

I5. Ha mai usato attrezzi domestici in amianto come: Guanti per forno SI NO NON SO dal al

Pannelli di protezione dal fuoco SI NO NON SO dal al Asse da stiro SI NO NON SO dal al

Appoggia ferro da stiro SI NO NON SO dal al ; Dispositivi rompi fiamma SI NO NON SO dal al

Altro: dal al

Esposizione ad amianto non indagata specificamente nelle schede precedenti e riferita direttamente dall'intervistato/a

Sez. E: SCHEDA DI VALUTAZIONE**ATTENDIBILITÀ DELLE RISPOSTE**

E1. Completezza delle informazioni scarsa parziale sufficiente buona

E2. Atteggiamento nei confronti dell'intervista favorevole con qualche riserva negativo

E3. Motivazione a collaborare buona discreta bassa

E4. Stadio della malattia iniziale avanzato non applicabile (intervista a congiunti)

Esistono altri parenti o compagni di lavoro del soggetto che potrebbero dare risposte più approfondite rispetto ad alcuni particolari periodi? Se sì, riportare se possibile nominativo, indirizzo e numero di telefono:
.....
.....

DEFINIZIONE DELL'ESPOSIZIONE, SECONDO L'INTERVISTATORE (il significato dei codici è riportato nella pagina seguente):**1****2****3****4****5****6****7****8****9****10**

Note:
.....
.....

FIRMA dell'intervistatore**Servizio di appartenenza**

Sez. F STORIA PROFESSIONALE**SCHEDA Industria/Artigianato/Altro** (da utilizzare per ogni attività lavorativa svolta dal soggetto in questi settori)

Nome Azienda In attività Cessata Non so Periodo

Nome Titolare Direttore produzione n° tot. Addetti

F1. Tipo di produzione/prodotti finiti:

F2. Rapporto di lavoro: a tempo pieno a tempo parziale stagionale ore al giorno mesi all'anno

F3. Descrizione generale dell'ambiente di lavoro:

F4. Descrizione del reparto in cui lavorava: dimensioni n° di dipendenti

tipo di macchinari e numero:

F5. Mansione o compiti lavorativi svolti:

Macchine, materiali e anni utilizzo:

.....

Eventuali lavori insoliti/particolari, frequenza/durata:

F6. Tipo di attività eventualmente svolta da altri nelle vicinanze:

.....

F7. Dove lavorava erano presenti: polveri, gas, vapori? SI NO NON SO Se si, da dove provenivano?:

.....

C'erano impianti di aspirazione funzionanti? SI NO NON SO Se sì, di che tipo?

F8. Utilizzo DPI contro le polveri: SI NO NON SO Se sì, tipo e periodo?

per quale lavoro venivano utilizzati?

DPI contro il calore: SI NO NON SO Se sì, tipo e periodo?

con quale materiale erano costruiti?

per quale lavoro erano utilizzati?

F9. C'erano fonti di calore? SI NO NON SO Se sì, specificare:

F10. Erano presenti tubazioni coibentate? SI NO NON SO Se sì, specificare:

- con quale materiale? NON SO
- cosa trasportavano? NON SO
- ha visto effettuare opere di manutenzione che comportavano rimozione del coibente? NON SO
- chi effettuava la loro manutenzione? NON SO
- Le pareti, i soffitti o le strutture metalliche erano coibentate? SI NO NON SO Se sì, specificare:

F11. Per il suo lavoro lei usava o veniva a contatto con * Solventi Vernici Abrasivi Silice Cemento Talco Amiantite

Fibre minerali (lana vetro/roccia, ceramiche) Fibre tessili o tessuti Asbesto/amiante/Eternit Altro minerale fibroso Agenti fisici/radiazioni

Altro (specificare) *indicare il tipo

F12. Oltre alle mansioni già descritte svolgeva anche lavori di manutenzione? SI NO NON SO

Se sì, descrivere cosa effettuava (se necessario, utilizzare un'altra scheda industria):

F13. In caso di mansioni di manutenzione, descrivere il lavoro svolto:

Sez. G: STORIA PROFESSIONALE**SCHEMA AGRICOLTURA** (da utilizzare per ogni attività lavorativa svolta dal soggetto in questo settore)

Nome Azienda In attività cessata non so periodo

Nome Titolare N° totale dipendenti

G1. Qual'era la sua posizione: mezzadro bracciante/salariato coltivatore diretto operaio agricolo contoterzista altro (specificare sotto)

• **Descrizione della mansione e dell'attività svolta:**

.....

• **Descrizione del tipo di produzione e dell'ambiente in cui lavorava:**

.....

.....

G2. Rapporto di lavoro: a tempo pieno a tempo parziale stagionale ore al giorno mesi all'anno

G3. Descrizione del reparto in caso di attività svolta in cantine, aziende vinicole o di altre bevande:

• dimensioni n° di dipendenti Come definirebbe il locale dove lavorava abitualmente?

Impianto all'aperto Deposito/magazzino Cantina Ufficio Laboratorio Altro (specificare)

• Indicare il tipo di bevanda prodotta: tipo di vino, birra, distillati, bevande gassate, sciroppi, altro

• Indicare i compiti lavorativi svolti:

• E' mai stato addetto alla filtrazione? SI NO NON SO Se si, specificare: media ore/settimanali dal al

• Quali filtri veniva utilizzati? Cellulosa Amianto Sacchi di tela Non so Altro (specificare)

• Erano presenti impianti di distillazione? ? SI NO NON SO

G4. Usava Dispostivi di Protezione Individuali? SI NO NON SO Se sì, di che tipo

per quale lavoro venivano utilizzati?; in quale periodo?

con quale materiale erano costruiti?

G5. Erano presenti caldaie? SI NO NON SO Tipo e posizione:

Chi effettuava la manutenzione?

G6. Erano presenti tubazioni coibentate? SI NO NON SO Con che materiale e cosa trasportavano:

Chi effettuava la manutenzione? Ha visto effettuare opere di manutenzioni sulle coibentazioni?

G7. C'era un essiccatore in azienda? SI NO NON SO Se si, specificare

G8. Ha mai usato sacchi di iuta? SI NO NON SO ; Se si, erano nuovi o riciclati?

Se erano riciclati, si ricorda cosa c'era scritto sopra o sa cosa avevano contenuto?

G9. Ha mai usato mangimi per l'alimentazione degli animali? SI NO NON SO Se si, specificare tipo di mangime e animale alimentato:

..... Periodo e modalità di somministrazione

G10. Ha mai usato lettiera per le stalle? SI NO NON SO Se si, specificare di che tipo

Se sì, cosa?

G11. Ha mai fatto riparazioni degli edifici? SI NO NON SO Se si, cosa?

Ha mai utilizzato cemento-amianto (eternit)? SI NO NON SO Lo ha anche lavorato?

G12. Ha mai riparato mezzi meccanici? SI NO NON SO Se si, quali mezzi?

Che tipo di riparazioni e con quale frequenza?

G13. Ha mai utilizzato cascami tessili o altro per alleggerimento dei terreni? SI NO NON SO Se si, indicare provenienza dei cascami, periodi e tipo di altro materiale utilizzato:

SEZ. H: SERVIZIO MILITARE

H1. Ha fatto il militare? SI NO NON SO Se si, specificare: di leva SPE dal al In tempo di guerra? SI NO

H2. In quale arma? Dove? Incarico?

Durante il servizio militare ha svolto una delle seguenti mansioni?

H3. Durante il servizio ha mai lavorato alla riparazione di mezzi meccanici? SI NO NON SO Se si, dove?

Con quali mansioni? dal al

H4. Ha mai guidato carri armati o mezzi blindati? SI NO NON SO Se si, quali?

H5. Ha mai fatto parte di squadre antincendio? SI NO NON SO Se si, ha utilizzato materiali in amianto?

H6. Era addetto a depositi di polvere da sparo o a depositi di munizioni? SI NO NON SO Se si, specificare tipo di edificio ed

attività svolta:

H7. Se ha fatto il militare in Marina, era Imbarcato? SI NO NON SO Se si, tipo di unità navale:

Anno di costruzione Incarico ricoperto:

Nota: se è stato prigioniero e ha svolto attività lavorative, descriverle nella scheda per attività lavorative.

CLASSIFICAZIONE DELL'ESPOSIZIONE (secondo Linee Guida ISPESL-ReNaM 2003)

1. E. **Professionale CERTA**: soggetti che hanno svolto un'attività lavorativa implicante l'uso/esposizione ad amianto.

La presenza di amianto deve essere documentata da almeno una delle seguenti condizioni:

- dichiarazione esplicita del soggetto intervistato quando trattasi del caso stesso
- indagini ambientali, relazioni organi di vigilanza, documentazione amministrativa aziendale, dichiarazione dei colleghi/datore di lavoro
- dichiarazione del parente/convivente per periodi di lavoro svolti in compatti in cui vi era certa utilizzazione di amianto

Soggetti portatori di manifestazioni patologiche quali **placche pleuriche** o **BAL positivo**, con definizione del livello di esposizione professionale “probabile” (codice 2) o “possibile” (codice 3).

2. E. **Professionale PROBABILE**: soggetti che hanno lavorato in un'**industria o in un ambiente di lavoro in cui l'amianto veniva sicuramente utilizzato o era presente**, ma per i quali non è possibile documentare l'esposizione.

3. E. **Professionale POSSIBILE**: soggetti che hanno lavorato in un'**industria o in un ambiente di lavoro** appartenente ad un settore economico **in cui generalmente** si è riscontrata presenza/uso di amianto, ma non vi sono notizie sull'utilizzazione o meno di amianto da parte degli stessi.

4. E. **FAMILIARE**: soggetti non esposti professionalmente ed esposti in ambiente domestico perché conviventi con almeno un lavoratore assegnabile alle categorie **1 o 2**.

5. E. **AMBIENTALE**: soggetti non esposti professionalmente e che hanno vissuto in vicinanza di insediamenti produttivi che lavoravano o utilizzavano amianto (o materiali contenenti amianto) oppure hanno frequentato ambienti con presenza di amianto per motivi non professionali.

6. E. **EXTRA LAVORATIVA**: soggetti non esposti professionalmente, ma che sono stati esposti ad amianto durante attività svolte in ambiente domestico (uso di suppellettili in amianto) o nel tempo libero (bricolage, riparazioni idrauliche, di auto, operazioni di muratura, ecc).

7. E. **IMPROBABILE**: soggetti per i quali sono disponibili informazioni di buona qualità sulle loro attività lavorative svolte e sulla loro vita e dalle quali possa escludersi un'esposizione ad amianto superiore ai livelli del cosiddetto “fondo naturale ambientale”.

8. E. **IGNOTA**: soggetti per i quali l'incompletezza e l'insufficienza delle informazioni raccolte o il livello delle conoscenze non consentono di assegnare una categoria di esposizione.

9. E. **da Definire**: soggetti per i quali è in corso la raccolta delle informazioni per la valutazione dell'esposizione.

10. E. **NON CLASSIFICABILE**: soggetti per i quali non sono e non saranno più disponibili informazioni (casi chiusi).