# Campagna di prevenzione dell'Alzheimer

Gentile Signore/a,
i dati che ci sta fornendo rispondendo al presente questionario saranno utilizzati nell'ambito del Progetto "**Predizione e Prevenzione della malattia di Alzheimer**" promosso dall'ANCOS e dall'ANAP-Confartigianato in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche e Geriatriche e il Dipartimento dei Metodi e Modelli per l'Economia, il Territorio e la Finanza, "Sapienza" Università di Roma.

**NOTA PER L'OPERATORE:**
- il soggetto dovrà rispondere al questionario autonomamente;
- potra' barrare solo una risposta tra le alternative fornite, tranne quando indicato diversamente;
- alcune risposte prevedono degli approfondimenti attraverso successive domande (sottosezioni A, B, ecc.).

Grazie per la collaborazione.

## QUESTIONARIO

**BOX DA COMPILARE IN STAMPATELLO A CURA DELL'OPERATORE CON I DATI DELL'INTERVISTATO**

NOME |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| COGNOME |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VIA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| __|__|__|__|__| CITTA' __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PROVINCIA |__|__| CAP |__|__|__|__| SESSO |__|

DATA DI SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO |__|__|/|__|__|/|__|__||__|__|

REGIONE DI SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO |__|__|__|__|__|__|__|__|

### SEZIONE 'A' DATI ANAGRAFICI

1. Quante persone siete in famiglia, lei incluso/a? *Indicare il numero (incluso l'intervistato)* |__|__|
2. Lei quando è nato/a? |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
3. Lei è nato/a in Italia? ☐**Si** 1 ☐**No** 2
4. E' residente in Italia? ☐**Si** 1 A.in che comune? |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
   ☐**No** 2 A.in che stato estero risiede? |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
5. E' cittadino/a italiano/a? ☐**Si** 1 ☐**No** 2
6. Lei è
   Coniugato/a ☐1 Celibe/Nubile ☐2 Separato/a di fatto ☐3 Separato/a legalmente ☐4 Divorziato/a ☐5 Vedovo/a ☐6
7. Mi può indicare il più alto titolo di studio conseguito? Dottorato di ricerca, specializzazione post-laurea ☐1
   Laurea ☐2 Diploma universitario o laurea breve ☐3 Diploma o qualifica di scuola media superiore ☐4
   Licenza di scuola media inferiore ☐5 Licenza elementare ☐6 NESSUN TITOLO ☐7
8. Attualmente qual è la sua condizione professionale? Occupato/a ☐1 In cerca di occupazione ☐2
   Casalingo/a ☐3 Studente ☐4 Inabile al lavoro ☐5 Pensionato/a ☐6 In altra condizione ☐7

| **SOTTOSEZIONE B SOLO PER GLI OCCUPATI** | **SOTTOSEZIONE C SOLO PER I PENSIONATI** |
|---|---|
| **B.1** La sua professione è:<br>alle dipendenze ☐1 in proprio ☐2<br>di collaborazione o prestazione di opera ☐3<br>**B.2** Di che attività si tratta? _____<br>**B.3** Da quanti anni svolge questa attività? \|__\|__\| | **C.1** La sua professione era:<br>alle dipendenze ☐1 in proprio ☐2<br>di collaborazione o prestazione di opera ☐3<br>**C.2** Di che attività si trattava? _____<br>**C.3** Per quanti anni ha svolto questa attività? \|__\|__\| |

9. Durante la sua attività lavorativa (attuale o passata) è stato/a, o è, esposto/a a (indicare solo una sostanza a cui si è stati maggiormente esposti):
   Alluminio ☐1 Piombo ☐2 Stagno ☐3 Mercurio ☐4 Manganese ☐5 Solventi organici ☐6 Vernici ☐7
   Benzina ☐8 Insetticidi ☐9 Pesticidi ☐10 Diserbanti ☐11 Radiazioni elettromagnetiche ☐12
   Non sono stato esposto a nessuna delle sostanze precedenti ☐13

### SEZIONE 'B' ANAMNESI FAMILIARE

10. Ha o ha avuto un familiare con diagnosi di DEMENZA? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
11. Ha o ha avuto un familiare con malattia di PARKINSON? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
12. Ha o ha avuto un familiare con Ictus? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
13. Ha o ha avuto un familiare con INFARTO CARDIACO? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
14. Ha o ha avuto un familiare con IPERTENSIONE ARTERIOSA? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
15. Ha o ha avuto un familiare con DIABETE? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
16. Ha o ha avuto un familiare con COLESTEROLO E/O TRIGLICERIDI ALTI? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
17. I suoi genitori sono ancora viventi? Si, entrambi ☐1 Solo mia madre ☐2
    A. a che età è deceduto suo padre? |__|__| B. per quale motivo? |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|
    Solo mio padre ☐3
    A. a che età è deceduta sua madre? |__|__| B. per quale motivo? |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|
    Sono deceduti entrambi ☐4
    A. a che età è deceduto suo padre? |__|__| B. per quale motivo? |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|
    C. a che età è deceduta sua madre? |__|__| D. per quale motivo? |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|

## SEZIONE 'C' ANAMNESI PATOLOGICA

18. Le è mai stata fatta diagnosi di IPERTENSIONE ARTERIOSA? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
19. Le è mai stata fatta diagnosi di FIBRILLAZIONE ATRIALE? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
20. Le è mai stata fatta diagnosi di INFARTO DEL MIOCARDIO/ ANGINA? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
21. Le è mai stata fatta diagnosi di ICTUS? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
22. Le è mai stata fatta diagnosi di PLACCHE AI VASI DEL COLLO? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
23. Le è mai stata fatta diagnosi di BRONCHITE CRONICA O ENFISEMA? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
24. Le è mai stata fatta diagnosi di MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI O CELIACHIA? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
25. Le è mai stata fatta diagnosi di EPATITE CRONICA O CIRROSI? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
26. Le è mai stata fatta diagnosi di MALATTIE DELLA TIROIDE O NODULI TIROIDEI? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
27. Le è mai stata fatta diagnosi di DIABETE? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
28. Le è mai stata fatta diagnosi di DISLIPIDEMIA (COLESTEROLO E/O TRIGLICERIDI ALTI)?: **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
29. Le è mai stata fatta diagnosi di ANSIA O DEPRESSIONE O PSICOSI? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
30. Le è mai stata fatta diagnosi di MALATTIA DI PARKINSON? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
31. Le è mai stata fatta diagnosi di Demenza? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
32. Le è mai stata fatta diagnosi di LES? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
33. Le è mai stata fatta diagnosi di MALATTIE DELLE VALVOLE CARDIACHE? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3
34. Le è mai stata fatta diagnosi di TUMORI? **Si** ☐1 **No** ☐2 **Non so** ☐3

A. di che tipo? (descrivere tipo di tumore, in alternativa l'organo che è stato colpito) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

B.Come le è stato trattato il tumore? (anche tutte le voci) Chemioterapia ☐B1 Radioterapia ☐B2 Intervento chirurgico ☐B3

35. Abitualmente assume farmaci? **Si** ☐1 **No** ☐2

A.Quali farmaci assume abitualmente? 1.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

2.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 3.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 5.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

6.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 7.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

## SEZIONE 'D' ANAMNESI FISIOLOGICA

36. E' un fumatore di sigarette? **Si** ☐1 **No** ☐2 A. A quale età ha iniziato a fumare? |__|__| B.Quante sigarette al giorno? |__|__|
Ex fumatore ☐3 A.A quale età ha iniziato a fumare? |__|__| B.A quale età ha smesso? |__|__|
C.Quante sigarette fumava al giorno? |__|__|
37. Le capita di bere vino? **Si** ☐1 **No** ☐2 A.con quale frequenza? Raramente ☐A1 1 bicchiere ai pasti ogni giorno ☐A2
Più di un bicchiere ai pasti ogni giorno ☐A3
38. Nell'ultimo anno ha svolto attività fisica (cammino veloce per almeno trenta minuti, ginnastica, nuoto, ginnastica in acqua, tennis ecc)? Almeno 3 volte a settimana ☐1 Meno di 3 volte a settimana ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
39. Soffre di insonnia? **Si** ☐1 **No** ☐2 A .assume farmaci per dormire? **Si** ☐A1 **No** ☐A2
40. Per quanto riguarda il suo appetito negli ultimi 3 mesi, si è verificata: Una diminuzione importante ☐1
Una diminuzione moderata ☐2 Nessuna diminuzione ☐3 Un aumento ☐4
41. Per quanto riguarda il suo peso corporeo negli ultimi 3 mesi è:
Diminuito più di 3 kg ☐1 Diminuito tra 1 e 3 Kg ☐2 Non è diminuito ☐3 E' aumentato ☐4
42. Quanti pasti assume al giorno? 1 pasto ☐1 2 pasti ☐2 3 pasti ☐3

## SEZIONE 'E' SOCIALITA' ED INTERESSI

43. Frequenta parenti/amici/associazioni? Quotidianamente ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
44. In caso di necessità può contare sull'aiuto di parenti/amici/associazioni?
Quotidianamente ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
45. Necessità di assistenza? **Si** ☐1 **No** ☐2 A. Se Necessita di assistenza:
Per la maggior parte o tutte le attività quotidiane ☐A1 Solo per alcune attività quotidiane ☐A 2
B.Come valuta l'assistenza che riceve? Adeguata ☐B1 Inadeguata ☐B 2
46. Guarda le notizie in televisione? **Si** ☐1 **No** ☐2
47. Legge abitualmente? **Si** ☐1 **No** ☐2
48. Si dedica abitualmente ad un hobby? **Si** ☐1 A. Quale? |__|__||__|__||__|__||__|__||__|__ **No** ☐2

## SEZIONE 'F' MEMORIA

49. Pensa di avere problemi nella memoria a breve termine (memoria di cose recenti)? ☐**Si** 1 ☐**No** 2 **Non so** ☐3
50. Le capita di dimenticare i nomi delle persone che conosce bene? Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
51. Le capita di perdere l'orientamento in strade che percorre abitualmente? Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
52. Le capita di non ricordare in che anno siamo? Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
53. Le capita di non trovare le parole giuste per esprimersi? Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
54. Le capita di non riuscire a concentrarsi su ciò che sta facendo (ad es. leggere, seguire la trama di un film...)?
Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
55. Si sente triste? Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
56. Le capita di essere apatico (non aver voglia di fare nulla)? Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4
57. Le capita di essere agitato o ansioso? Sempre ☐1 Spesso ☐2 Raramente ☐3 Mai ☐4

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**:

**1. FINALITA' E MODALITA' TRATTAMENTO DATI -** L'iniziativa di ricerca a cui aderisce rispondendo al presente questionario ha l'obiettivo di effettuare uno **screening sui disturbi di memoria** nelle province italiane in cui si terrà la suddetta manifestazione, indagarne l'eventuale associazione con patologie internistiche e/o predisposizione genetica e di fornire la possibilità di controlli specialistici più approfonditi a coloro che dall'analisi del questionario risulteranno a rischio di deficit cognitivo.
I dati saranno raccolti su supporto cartaceo e poi trasferiti su file informatico; verranno trattati ed elaborati tramite analisi statistica in maniera aggregata; i risultati verranno comunicati in pubblicazioni scientifiche, convegni o comunicati stampa in forma aggregata, senza la possibilità di risalire ai singoli partecipanti; i questionari verranno esaminati individualmente solo da personale medico al fine di informare i soggetti risultati a rischio di deficit cognitivo della possibilità di approfondimenti clinico-diagnostici. I dati verranno conservati nel pieno rispetto della riservatezza in ottemperanza alle norme vigenti. Il conferimento di tutti i dati avverrà su base volontaria. Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati non avrà alcuna conseguenza, se non il mancato arruolamento nel protocollo di Ricerca.

**2. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI -** Titolare della Ricerca è l'ANAP-Confartiginato. I dati verranno caricati su file informatico dalla Società- Cooperativa Sociale "Primavera" e trattati dai Dipartimenti sopra citati della "Sapienza" Università di Roma (Responsabili Esterni del Trattamento dei dati).

**3. DIRITTI DELL'INTERESSATO -** L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dall' art. 7 D.Lgs 196/03 rivolgendosi al Titolare della Ricerca, ANAP-Confartigianato contattando la Sede Centrale o le Sedi Territoriali.

Io sottoscritto NOME.....COGNOME.....
presto il mio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nel presente questionario nell'ambito delle finalità sopra indicate ai sensi dell' art. 23 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Data Firma

**Compilare e spedire a: Campagna prevenzione Alzheimer - Via S. Giovanni in Laterano, 152 - 00184 Roma oppure consegnare agli uffici territoriali**