

Questionario esplorativo
Rilevazione epidemiologica sugli effetti degli agenti irritanti usati a Genova.

Il questionario che segue, è costruito sulla base di studi finora pubblicati e testimonianze raccolte personalmente. Non va inteso pertanto come strumento esaustivo ma come primo tentativo di rilevazione. Il questionario è molto mirato: è diretto esclusivamente alle/ai partecipanti delle manifestazioni contro il G8 di venerdì 20 e sabato 21 Luglio 2001 a Genova.

Il questionario non è soggetto a *copyright*: può essere liberamente fotocopiato e distribuito a quanti, fra coloro che hanno partecipato alle succitate manifestazioni, siano stati esposti a *gas lacrimogeni, spray o idranti*.

E' molto importante che il questionario venga compilato da molte persone, in maniera **accurata e veridica**.

Chi volesse, può lasciarci un recapito per eventuali contatti: ci serviranno successivamente per la rilevazione qualitativa.

I questionari compilati vanno spediti alla **Redazione di Carta** entro il **30 Settembre 2002**.

Vi ringraziamo in anticipo: il contributo che ci state dando sarà utile a stabilire la verità su quanto accaduto.

Laura Corradi (Università di Venezia)
 Giampiero Ruani (CNR – Bologna)

Età: _____ Sesso: _____ Titolo di Studio: _____
 Attuale occupazione: _____ Località di residenza: _____
 Eventuali bambini al seguito: _____ (compilare e allegare una scheda per ogni bambina/o)

1. Quante volte sei stato esposto/o?

1.a. Gas lacrimogeni: (indica il numero di esposizioni distinguendo per intensità e durata)

\Durata dell'esposizione Intensità\	Breve (scappata/o subito)	Media (rimasta/o per poco tempo)	Lunga (rimasta/o più che potevo)	Altro
Bassa (lontano dalla nube)				
Media (vicino alla nube)				
Alta (dentro la nube)				

1.b. Spray: (se sei stato "spruzzato" indica da quale distanza e da chi)

\Agente Distanza\	PS	CC	GdF	Altro
Da meno di 20-30 cm				
Dal 30-100 cm				
Da più di 1 metro				

1.c. Idranti: (se sei stato "innaffiato" indica quante volte e per quanto tempo complessivo)

Esposizione	Breve (scappata/o subito)	Media (rimasta/o per poco tempo)	Lunga (rimasta/o più che potevo)	Altro

2. Tipo di protezione:

Nessuna: Si No
 occhialini: Si No
 fazzoletto: Si No
 fazzoletto umido: Si No
 limoni: Si No
 maschera: Si No (se sì tipo:.....)
 indumenti idrorepellenti: Si No (se sì tipo:.....)
 altro:

3. Disturbi

3.a. Per le donne: in seguito alle esposizioni, hai avuto disturbi mestruali? Si No
 Se sì quali?
 3.b Per le donne: hai avuto altri disturbi di tipo riproduttivo? Si No
 Se sì quali?
 3.c. Per coloro che portavano lenti a contatto: in seguito alle esposizioni, hai avuto problemi? Si No
 Se sì, di che tipo?

3.d. Tabella di rilevazione dei disturbi accusati dai partecipanti a seguito dell'esposizione (nell'immediato e nei giorni successivi).

In caso affermativo, laddove è pertinente, indica l'intensità del disturbo nella scala da **0 a 10** (0 nessun disturbo 10 disturbo molto intenso).

NELL'IMMEDIATO E/O NELLE ORE SUCCESSIVE

Vie respiratorie	Visivi	Cutanei	Gastrointestinali	Psicologici	Cinestetici	Altri effetti
Sensazione di soffocamento	Bruciore occhi	Bruciore pelle	Nausea	Senso di confusione	Disorientamento spaziale	Mal di testa
Difficoltà respiratorie	Iperlacrimazione	(<i>dove</i>)	Vomito	Disorientamento temporale	Vertigini	Colpito da getto d'acqua
Crisi respiratorie	Impossibilità vedere	Irritazione pelle	Mal di stomaco	Spossatezza	Giramenti di testa	Colpito da candelotto
Blocco del respiro	Dolori oculari	(<i>dove</i>)	Crampi	Crisi d'ansia	Perdita dell'equilibrio	Lividi
Irritazione naso	Crampi palpebre	Prurito	<i>Altro</i>	Depressione	(<i>Causa</i>)	(<i>Causa</i>)
Irritazione bocca	Crampi facciali	(<i>dove</i>)		Crisi di pianto	Svenimento	Ustoni da contatto
Irritazione gola	Ipersensibilità alla luce	Eritemi		Crisi di panico	<i>Altro</i>	Ferte
Irritazione trachea	<i>Altro</i>	Ustoni		Forte nervosismo		(<i>Causa</i>)
Sangue dal naso		<i>Altro</i>		<i>Altro</i>		Tachicardia
Tosse						Palpitazioni
Tosse con sangue						<i>Altro</i>
<i>Altro</i>						

NEI GIORNI e/O SETTIMANE SUCCESSIVE

Vie respiratorie	Visivi	Cutanei	Gastrointestinali	Psicologici	Cinestetici	Altri effetti
Sechezza alle fauci	Disturbi visivi	Irritazione della pelle	Inappetenza	Vuoti di memoria	Disorientamento spaziale	Mal di testa
Mal di gola	(<i>quali</i>)	Dermatiti	Nausea	Disorientamento temporale	Vertigini	Infonodi ingrossati
Difficoltà respiratorie	Ipersensibilità alla luce	(<i>descritti</i>)	Vomito	Spossatezza	Giramenti testa	Difficoltà cicatrizzazione
Raucedine	Iperlacrimazione	Lesioni cutanee	Mal di stomaco	Irritabilità	Difficoltà coordinamento	Disturbi pressione
Raffreddori	Congiuntivite	(<i>descritti</i>)	Crampi	Crisi d'ansia	Perdita dell'equilibrio	Disturbi circolazione
Dolori al petto	Dolore bulbo oculare	Prurito	Mal di Pancia	Depressione	Svenimento	Tachicardia
Sangue dal naso	<i>Altro</i>	Eritemi	Diarrea	Crisi di panico	<i>Altro</i>	Palpitazioni
Crisi respiratorie		Ustoni	<i>Altro</i>	Paure/Fobie		<i>Altro</i>
Tosse persistente		<i>Altro</i>		(<i>specificca</i>)		
Tracheite				Insomnia		
Bronchite estiva				Ipersomnia		
<i>Altro</i>				<i>Altro</i>		

A distanza di tempo, ci sono disturbi persistenti che credi possano essere collegati alle esposizioni di cui sopra?
Se sì, puoi descriverli?

SI No

Potresti eventualmente fornire documentazione medica sui disturbi accusati in seguito agli eventi?

SI No

E' tua facoltà lasciare un recapito (e-mail, cell., o indirizzo postale) per eventuali contatti:
