



PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE IN EDILIZIA

"IN-FORMA AL LAVORO A TUTTE LE ETA': sicurezza, salute & cantiere, per cantieri sicuri e lavoratori in salute"

DA COMPILARE A CURA DI SENFORS  
INCONTRO CON LAVORATORI

presenza esperto  NO  SI  
questionario compilato:  prima  dopo l'incontro

## QUESTIONARIO PERCORSO STILI DI VITA

**E' ASSOLUTAMENTE ANONIMO, NON DEVE QUINDI ESSERE FIRMATO**

Ai sensi dell'articolo 13 del dlgs n.196/2003, relativo alla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento dei dati che ci stai affidando sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

PROCEDENDO ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO AUTORIZZA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E ALL'UTILIZZO DEI DATI CONTENUTI NELLE RISPOSTE DEL QUESTIONARIO E RIPORTATI IN MANIERA ANONIMA PER SCOPI DI RICERCA.

\*\*\*\*\*

Benvenuta /o nel PERCORSO STILI DI VITA, un progetto di Promozione della Salute in edilizia che inizia con un Questionario auto compilato, anonimo che ha i seguenti scopi:

- conoscere la diffusione di alcuni fattori di rischio per la salute e verificare i cambiamenti nel tempo,
- offrire un'opportunità di riflessione in merito allo stile di vita.

Pertanto Le chiediamo di inserire un codice anonimo di correlazione. I numeri delle due date di nascita verranno utilizzati per creare un codice che permetterà di mantenere i suoi dati completamente ANONIMI e al tempo stesso collegare i questionari da Lei compilati in tempi diversi per individuare eventuali modifiche dei fattori di rischio nel tempo.

Data di nascita del PADRE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Data di nascita della MADRE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*\*Nella compilazione contrassegna con una crocetta la risposta desiderata*

### DATI GENERALI

*\*indicare mese e anno es ottobre/2016*  1° compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  2° compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. sesso  Maschio  Femmina

2. Anno di Nascita \_\_\_\_\_

3. mansione svolta:

- € impiegato
- € geometra di cantiere
- € capo cantiere
- € manovale
- € muratore
- € carpentiere
- € autista
- € ponteggiata
- € altro \_\_\_\_\_

### FIND RISK RISCHIO DIABETE

4. ETA' *\*collocarsi nella fascia corrispondente alla propria età al momento del test.*

- € Meno di 35 anni
- € Tra i 35 e 44 anni
- € Tra i 45 e 54 anni
- € Tra i 55 e 64 anni
- € Più di 65 anni

5 Quanto pesa? *\*peso in Kg esempio: 84,6*      Kg \_\_\_\_\_

6 Quanto è alto? *\*altezza in m esempio 1,72*      m. \_\_\_\_\_

- ASL TO3 "Ben Vivere - Programma di promozione del Benessere per il personale del Presidio Ospedaliero di Rivoli "Ospedale degli Infermi" e fonte: [www.diabetesstiftung.de](http://www.diabetesstiftung.de), versione italiana;
- Regione Lombardia Programma WHP - Questionario per i lavoratori

**7 Qual'è il rapporto tra la Sua statura e il suo peso corporeo ? INDICE DI MASSA CORPOREA \*BMI si calcola come segue: Peso (in chilogrammi) diviso per altezza (in metri) al quadrato.**

- inferiore a 25       Tra 25 e 30       Superiore a 30

**8 Qual è la Sua circonferenza all'altezza dell'ombelico**

*\*Se non hai a portata di mano un metro prendi un pezzo di corda e un righello*

- € Meno di 80 cm (donna)      meno di 94 cm (uomo)  
€ Tra 80 e 88 cm (donna)      tra 94 e 102 cm (uomo)  
€ Più di 88 cm (donna)      maggiore di 102 cm (uomo)

**9 Con quale frequenza mangia frutta, verdura o pane nero (integrale o di segale)?**

- € tutti i giorni       non tutti i giorni

**10 Svolge attività fisica almeno per 30 minuti al giorno?**

- € Sì       No

**11 Le è mai stato detto, durante una visita medica, che ha la glicemia alta?**

- € Sì       No

**12 Le sono mai stati prescritti farmaci contro la pressione alta?**

- € Sì       No

**13 Nella sua famiglia c'è al meno un parente con il diabete?**

- € No  
€ Sì: nonni, zii, cugini  
€ Sì : genitori, fratelli o propri figli

#### **RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

**14. Indichi con un numero quante sigarette fuma in una giornata** \*es. per un non fumatore 0, per un fumatore di un pacchetto 20  
n. \_\_\_\_\_

**15. E' esposto a fumo passivo? \***

- € Sì       No

**16. C'è qualche caso di ipertensione nella Sua famiglia?**

- € Sì       No

**17. C'è qualche caso di "colesterolo alto" in famiglia?**

- € Sì       No

**18. C'è qualche caso di infarto o ictus precoce in famiglia? \*per precoce si intende sotto i 55 anni per i maschi e 65 per le femmine**

- € Sì       No

#### **AUDIT ALCOOL**

*\*Per bevande alcoliche si intende: 1 bicchiere di vino o 1 boccale di birra o 1 bicchierino di super alcolico o 1 aperitivo. Ognuna di queste ha valenza di 1 bevanda alcolica.*

**19. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?**

- € mai  
€ meno di 1 volta / 1 volta al mese  
€ 2- 4 volte al mese  
€ 2- 3 volte a settimana  
€ 4 o più volte a settimana

**20. Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?**

Nota: 1 UNITA' ALCOLICA contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad una delle seguenti quantità: 1 bicchiere di birra (330 ml), 1 bicchiere di vino (125 ml), 1 bicchiere di aperitivo (80 ml), 1 bicchiere di superalcolico (40 ml)

(es: 1 birra ed un superalcolico corrispondono a 2)

- € 1 o 2
- € 3 o 4
- € 5 o 6
- € 7 o 9
- € 10 o più

**21. Con quale frequenza le è capitato di bere 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione? \***

*\*Le bevande devono essere così calcolate per 1 bevanda si intende: 1 bicchiere di vino, 1 boccale di birra, 1 bicchierino di super alcolico hanno ognuno valenza di 1 bevanda. (es: 1 birra ed un super alcolico corrispondono a 2)*

- € mai
- € meno di 1 volta
- € 1 volta al mese
- € 1 volta alla settimana
- € ogni giorno o quasi

**ATTIVITA' FISICA**

*\*Le domande riguardano il tempo che ha dedicato, in modo cumulativo, negli ultimi sette giorni all'attività fisica. Per favore risponda anche se non si considera una persona attiva.*

**22. Negli ultimi sette giorni ha svolto attività fisica intensa?**

*\*l'attività intensa è quella che richiede uno sforzo fisico duro e provoca grande respirazione e aumento del battito cardiaco o abbondante sudorazione (es: correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica, sport agonistici, zappare, sollevare oggetti pesanti)*

- € nessuna attività fisica intensa
- € < 30 minuti
- € almeno un'ora
- € più di due ore
- € tutti i giorni

**23. Negli ultimi sette giorni ha svolto attività fisica moderata ? \***

*\*l'attività moderata comporta un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione*

- € nessuna attività moderata
- € < 30 minuti
- € almeno un'ora
- € più di due ore
- € tutti i giorni

**24. Negli ultimi sette giorni ha svolto attività fisica lieve? \***

*\*incluso il tempo trascorso sia al lavoro sia a casa, nello spostarsi da un luogo all'altro o altro cammino fatto solo per divertimento, sport, esercizio fisico*

- € nessuna attività fisica lieve
- € <30 minuti
- € almeno un'ora
- € più di due ore
- € tutti i giorni

**25. Ha intenzione di aumentare la Sua attività fisica?**

- € sì, nei prossimi giorni e ho già deciso come fare
- € sì, nei prossimi sei mesi
- € sì, ma non nei prossimi sei mesi
- € no

26. Nel Suo caso quali sono i principali fattori, elementi o situazioni che ha dovuto superare o che ostacolano il praticare l'attività fisica? \*massimo due risposte

- € non ho tempo
- € sono troppo stanco
- € ho paura di farmi male
- € non ho nessuno con cui farla
- € ho dei problemi fisici che me lo impediscono
- € non ne ho voglia
- € non so fare nessuno sport
- € costa troppo
- € mancano le strutture adeguate
- € il mio lavoro è già abbastanza faticoso e pesante
- € Altro: \_\_\_\_\_

27. Ha intenzione di perdere peso?

- € Sì  No

28. Come vuole iniziare a perdere peso?

- € Con dieta
- € Con attività fisica
- € Con dieta ed attività fisica

**Se ha già partecipato al progetto può rispondere per cortesia ancora a queste domande:**

29 In seguito alla partecipazione al progetto ha pensato di modificare le sue abitudini di vita?

- No  Sì su quale tema  alimentazione  fumo  alcool  attività fisica
- Come  da solo  contattando l' ambulatorio dedicato al progetto
- Sì  No perché  non mi interessa  non ho tempo
- è difficile durante il lavoro  ho già provato e non sono riuscito  altro \_\_\_\_\_

30 Ha fatto gli esercizi proposti per il riscaldamento muscolare prima del lavoro?

- Sì quando  quasi tutti i giorni  sempre
- Facendo questi esercizi  mi sono sentito meglio  ne avevo bisogno  ho lavorato meglio
- altro \_\_\_\_\_
- solo occasionalmente
- No perché  non ne ho bisogno  non ho tempo  non c'è lo spazio per farli  non li ho capiti
- altro \_\_\_\_\_

32 Ha fatto gli esercizi proposti per il defaticamento muscolare dopo il lavoro?

- Sì quando  quasi tutti i giorni  sempre
- Facendo questi esercizi  mi sono sentito meglio  ne avevo bisogno  ho lavorato meglio
- altro \_\_\_\_\_
- solo occasionalmente
- No perché  non ne ho bisogno  non ho tempo  non c'è lo spazio per farli  non li ho capiti
- altro \_\_\_\_\_

Commenti e suggerimenti

\_\_\_\_\_

**GRAZIE PER IL TEMPO DEDICATO ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO!**

- **Se vuole dei consigli per migliorare i tuoi stili di vita** legga le locandine/pieghevoli che Le sono stati consegnati oppure può rivolgersi agli ambulatori dell'ASL NO.
- **Se Le interessa sapere il suo rischio di sviluppare il diabete** usi la scheda allegata, riporti le risposte alle domande dalla n. 4 alla n. 13, calcoli il punteggio e riportalo nel grafico. Così conoscerai il tuo rischio personale. **SE IL TOTALE DEI PUNTI È SUPERIORE A 30 RIVOLGITI AL TUO MEDICO CURANTE**

- ASL TO3 "Ben Vivere - Programma di promozione del Benessere per il personale del Presidio Ospedaliero di Rivoli "Ospedale degli Infermi" e fonte: [www.diabetesstiftung.de](http://www.diabetesstiftung.de), versione italiana;
- Regione Lombardia Programma WHP - Questionario per i lavoratori anno 2017