

<p>ID 2018 _____</p> <p>DA COMPILARE A CURA DI SENFORS INCONTRO CON LAVORATORI presenza esperto _____ questionario compilato: <input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> dopo l'incontro</p>	<p>ASLNo vara S.PRE.S.A.L. S.I.A.N.-D.P. D.</p> 	<p>PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE IN EDILIZIA</p> <p>"IN-FORMA AL LAVORO A TUTTE LE ETA': sicurezza, salute &amp; cantiere, per cantieri sicuri e lavoratori in salute</p>
---	---	---

## 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

1° compilazione  2° compilazione  3° compilazione  4° compilazione

1. sesso  Maschio  Femmina

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

3, mansione svolta:

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

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

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

6. 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)

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

- tutti i giorni
- non tutti i giorni

QUESTIONARIO PERCORSO STILI DI VITA:derivato dai questionari allegati ai seguenti progetti:

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

8. **Fa colazione** (si intende qualcosa di più che un caffè o una tazza di latte o the o un succo di frutta)  
 Sì  No

9. **Svolge attività fisica almeno per 30 minuti al giorno?**

Sì  No

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

Sì  No

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

Sì  No

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

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

#### FUMO DI TABACCO

13. **Indichi con un numero quante sigarette fuma in una giornata (se Lei non fuma scriva 0)**

n. \_\_\_\_\_

13a **Se fuma :**

ha mai pensato di smettere di fumare  Sì  No  
se sì, ha fatto tentativi per smettere  Sì  No  
se sì, che metodi ha usato (farmaci, psicologi, centri anti tabacco, altro)

\_\_\_\_\_ dopo il tentativo, ha smesso di fumare  Sì  No  
se sì, perché è ricaduto \_\_\_\_\_

**Se non fuma risponda alla seguente domanda**

14. **E' esposto a fumo passivo?** (per fumo passivo si intende il fumo sprigionato dalla sigaretta che brucia sommato a quello emesso dal fumatore, sia al chiuso che all'aperto)

Sì  No

#### RISCHIO CARDIOVASCOLARE

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

Sì  No

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

Sì  No

17. **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

#### CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE (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.*

18. **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

**19. 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: 1bicchiere 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)*

- 0
- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 o 9
- 10 o più

**20. 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.*

**21. 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

**22. 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

**23. 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

**24. 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

25. 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: \_\_\_\_\_

26. Ha intenzione di perdere peso?

- Sì
- No

27. 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:**

28. 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

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

- Sì quando:
  - occasionalmente
  - quasi tutti i giorni
  - sempreFacendo questi esercizi ho lavorato meglio  sì  no
- No perché
  - non ho tempo
  - non so dove farli
  - non ne ho bisogno
  - altro \_\_\_\_\_

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

- Sì quando:
  - occasionalmente
  - quasi tutti i giorni
  - sempreFacendo questi esercizi mi sono sentito meglio  sì  no
- No perché
  - non ho tempo
  - non so dove farli
  - non ne ho bisogno
  - 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.

**QUESTIONARIO PERCORSO STILI DI VITA:***derivato dai questionari allegati ai seguenti progetti:*

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