

## WHP - WORKPLACE HEALTH PROMOTION

### LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE

Questionario da far compilare al lavoratore/medico competente nell'ambito della Sorveglianza Sanitaria

Elaborato sulla base dei 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 anno 2018**.

Riferimenti utili

- PROGETTO CUORE

<https://www.cuore.iss.it/valutazione/carte#:~:text=La%20carta%20del%20rischio%20cardiovascolare,pressione%20arteriosa%20sistolica%20e%20colesterolemia>

- SCORE 2

<https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/25/2439/6297709?login=false>

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Peso (kg) \_\_\_\_\_

Altezza (m) \_\_\_\_\_

BMI  $\text{peso(kg)/altezza}^2(\text{m}^2)$  \_\_\_\_\_

<18,5 sottopeso	18,5-24,9 normopeso	25-29,9 sovrappeso	$\geq 30$ obesi
-----------------	---------------------	--------------------	-----------------

PA (mmHg) \_\_\_\_\_

**Circonferenza all'altezza dell'ombelico:**

- 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)

**Con quale frequenza mangia frutta e verdura?**

- Tutti i giorni
- Non tutti i giorni

**Fa colazione (si intende qualcosa di più che un caffè o una tazza di latte o tè o un succo di frutta):**

- Sempre
- Spesso
- Mai

Le è mai stato detto, durante una visita medica, che ha la glicemia alta?  Sì  No

Le sono mai stati prescritti farmaci per il diabete mellito?  Sì  No

Le sono mai stati prescritti farmaci contro la pressione alta?  Sì  No

Le sono mai stati prescritti farmaci per alterazioni dell'assetto lipidico (colesterolo/trigliceridi alti)?

Sì  No

**Come valuta la sua qualità del sonno?**

- Buona
- Pessima

**FUMO DI TABACCO**

Quante sigarette fuma in una giornata (se non fuma scriva 0)?

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

### Cosa fuma?

- sigarette tradizionali (preconfezionate, tabacco trinciato)
- dispositivi elettronici \*(sigaretta elettronica o dispositivi a tabacco riscaldato)

### Se fuma :

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

---

Dopo il tentativo, ha smesso di fumare?  Si  No

### RISCHIO CARDIOVASCOLARE

C'è qualche caso di ipertensione in famiglia?  Si  No

C'è qualche caso di "colesterolo alto" in famiglia?  Si  No

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

Si  No

### CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE (AUDIT ALCOOL)

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

### 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)

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

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

- 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.

#### **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

#### **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

#### **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

#### **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

### **QUESTIONARIO PERCORSO STILI DI VITA**

Eventualmente 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: \_\_\_\_\_

**Ha intenzione di perdere peso?**

- Sì  No

**Come vuole iniziare a perdere peso?**

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

**In seguito alla partecipazione della sua Azienda al progetto WHP ha pensato di modificare le sue abitudini di vita?**

- No
- Sì su quale tema
  - alimentazione
  - fumo
  - alcool
  - attività fisica