

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Progetto di promozione della salute  
nei luoghi di lavoro  
promosso dall'Azienda USL di Modena

## Scheda lavoratore

Gianni Gilioli



**Corso di formazione**

**Il progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro: avvio della sperimentazione sul campo  
12 Marzo 2015 - Modena**

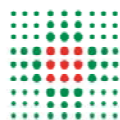
## Istruzioni per la compilazione

Formattazione:

- le parti scritte in **Arial** vanno lette all'intervistato
- le parti sottolineate vanno lette con enfasi per attrarre l'attenzione dell'intervistato
- le parti scritte tra parentesi sono istruzioni speciali per il medico riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato

Solo 3 regole:

- **una sola risposta va barrata**, a meno che non sia specificato: (*Sono possibili più risposte*)
- si leggono **le domande come sono formulate sul questionario**
- **NON si leggono le risposte** a meno che non sia specificato: (*Leggere le risposte*)



## Sezione A - Anagrafica

a.1 Codice individuale azienda e unità produttiva |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|/ |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

a.2 Codice medico |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (a.1 e a.2 assegnati centralmente)

a.3 Codice soundex del lavoratore

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

a.4 Data intervista \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

a.5 Sesso intervistato/a M F

a.6 Data di nascita intervistato/a \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

a.7 Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_ \_\_ .)

a.8 Comune di domicilio \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_ \_\_ .)

*(se diverso da quello di residenza)*

a.9 Titolo di studio

Nessun titolo

Diploma o qualifica di scuola media superiore

Licenza elementare

Laurea/Diploma universitario o titolo superiore

Licenza di scuola media

Non so/Non risponde

a.10 Cittadinanza \_\_\_\_\_

## Sezione A – Tipologia lavoro

### a.11 Lavora a turni? *(leggere le risposte)*

- Sì, sempre o prevalentemente
- Sì, solo in alcuni periodi
- No

### a.12 Svolge lavori notturni? *(leggere le risposte; lavoro notturno = almeno 3 ore nella fascia 22-7)*

- Sì, sempre o prevalentemente
- Sì, solo in alcuni periodi
- No

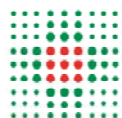
### a.13 Tipologia del rapporto di lavoro *(leggere le risposte)*

- A tempo indeterminato
- A tempo determinato (comprende apprendista)
- Somministrato
- Datore di lavoro / socio imprenditore
- Socio lavoratore
- Altre tipologie contrattuali (collaborazione coordinata/continuativa, collaborazione a progetto, collaborazione occasionale, associazione in partecipazione, tirocinante)

## Sezione A – Codifica mansione /1

**a.14 Codifica della mansione** (in caso di dubbio si può consultare <http://cp2011.istat.it> utilizzando la prima cifra per la ricerca. E' possibile una sola codifica)

	<b>codice</b>
<input type="checkbox"/> Imprenditori, alta dirigenza, legislatori (es. imprenditori di grandi e piccole aziende, direttori e dirigenti generali, presidi e rettori, prefetti, governatori)	1
<input type="checkbox"/> Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione (es. ingegneri, architetti, geologi, avvocati, magistrati, medici, docenti e insegnanti, ricercatori, analisti e progettisti di software e/o di siti web e/o di sistemi)	2
<input type="checkbox"/> Professione tecniche (es. professioni sanitarie: infermieristiche ed ostetriche, riabilitative; professioni tecnico sanitarie assistenziale o della prevenzione, educatore, tecnico di laboratorio, programmatore, perito, assistente sociale, agenti e rappresentanti di commercio, istruttori e allenatori sportivi, comandanti e piloti di aereo, ufficiali di polizia)	3
<input type="checkbox"/> Professioni esecutive nel lavoro d'ufficio (es. impiegato, segretaria d'ufficio, addetto sportello posta o banca o altri uffici, centralinista)	4



## Sezione A – Codifica mansione /2

<input type="checkbox"/> Professioni <u>qualificate</u> nelle attività commerciali e nei servizi ( <i>es. esercente, commesso, cuoco di albergo o ristorante, cameriere, hostess, parrucchiere, estetista, agenti di polizia, vigili urbani e vigili del fuoco, operatore socio-sanitario/OSS, badante</i> )	5
<input type="checkbox"/> Artigiani, operai specializzati e agricoltori ( <i>es. muratori, meccanici, verniciatori, elettricisti, allevatore zootecnico</i> )	6
<input type="checkbox"/> Conduttori di impianti, operai di macchinari fissi e mobili e conducenti di veicoli ( <i>es. camionista, macchinista treni, autista bus, autista ambulanza/118, ruspista, operatore di altoforno</i> )	7
<input type="checkbox"/> Professioni non qualificate ( <i>es. addetto alle pulizie, bidello, portantino, domestica, bracciante, manovale</i> )	8
<input type="checkbox"/> Forze armate ( <i>militari di ogni forza armata compresi i carabinieri, non comprende polizia di stato e municipale</i> )	9

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sezione 1 - Stato di salute e qualità della vita percepita

1.1 Come va in generale la sua salute? (*leggere le risposte*)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Molto bene    | <input type="checkbox"/> Male                          |
| <input type="checkbox"/> Bene          | <input type="checkbox"/> Molto male                    |
| <input type="checkbox"/> Discretamente | <input type="checkbox"/> Non so ( <i>non leggere</i> ) |

1.2 Consideri la sua salute fisica, comprese malattie e conseguenze di incidenti. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni   Non so / non risponde

1.3 Adesso pensi agli aspetti psicologici, come problemi emotivi, ansia, depressione, stress. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni   Non so / non risponde

1.4 Ora consideri le sue attività abituali lavorative e non. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non è stato/a in grado di svolgerle a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?

Numero di giorni   Non so / non risponde

## Sezione 1 - Stato di salute e qualità della vita percepita

1.5 Un medico ha mai diagnosticato o confermato una o più delle seguenti malattie? (*leggere tutte le risposte*)

	No	Sì		Se sì, prende attualmente farmaci?	
		<u>Pregressa</u>	Attuale	Sì	No
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictus o ischemia cerebrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie del cuore ( <i>scompenso, <u>valvulopatia</u>, ...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Dislipidemie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumori (comprese leucemie e linfomi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie croniche del fegato, cirrosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie osteoarticolari degenerative ( <i>artrosi, ...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie osteoarticolari infiammatorie ( <i><u>connettiviti</u>, ...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stati d'ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note: \_\_\_\_\_



## Sezione 2 – Abitudine al fumo

### 2.1 Attualmente fuma? *(comprende sigarette, sigari e pipa; leggere le risposte)*

- Sì, attualmente fumo
- No, ho smesso di fumare da:
 

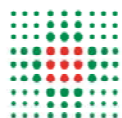
{	<input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi fa
	<input type="checkbox"/> 6 mesi a un anno
	<input type="checkbox"/> Più di un anno → <i>(saltare alla sezione 3)</i>
- Non ho mai fumato → *(saltare alla sezione 3)*

### 2.2 Che cosa e quanto fuma / fumava? *(leggere le risposte)*

- |   |            |                      |                      |  |
|---|------------|----------------------|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sigarette <i>(comprende quelle arrotolate)</i> → | numero/die | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Meno di una al giorno |
| <input type="checkbox"/> Sigaro →   | numero/die | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Meno di uno al giorno |
| <input type="checkbox"/> Pipa   | numero/die | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Meno di una al giorno |
| <input type="checkbox"/> Sigaretta elettronica                            | numero/die | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Meno di una al giorno |
| <input type="checkbox"/> Sigarette senza combustione                      | numero/die | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Meno di una al giorno |

### 2.3 Durante gli ultimi 12 mesi, ha smesso di fumare per almeno un giorno nel tentativo di smettere definitivamente?

- Sì
                 
  No
                 
  Non so / Non risponde



## Sezione 2 – Abitudine al fumo

**2.4 Dopo il risveglio quanto tempo passa prima che lei accenda la sua prima sigaretta?** (*leggere le risposte*)

- Da 0 a 5 minuti  Non so / Non risponde (*non leggere*)
- Da 6 a 30 minuti
- Da 31 a 60 minuti
- Oltre 60 minuti

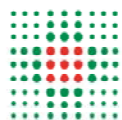
**2.5 Ha mai pensato di smettere di fumare?**

- Non ci penso nemmeno / Non ne sono capace / Ho già provato e fallito (*precontemplazione*)
- Mi piacerebbe, ma... / Non credo, però... / Accetterei se... / Mi sembra giusto, però... (*contemplazione*)
- Cosa posso fare? / Mi sembra una buona idea / Quando si comincia? (*determinazione*)
- Lo sto già facendo e ne sono molto soddisfatto (*azione*)
- Ho già ottenuto dei risultati e mi piacerebbe conservarli nel tempo (*mantenimento*)
- Ci sono state delle difficoltà / Sono sfiduciato / Non penso di essere in grado (*ricaduta*)
- Non so / Non risponde

**2.6 Rispetto ad un anno fa, la sua abitudine al fumo è:** (*leggere le risposte*)

- Diminuita  Invariata  Aumentata  Non so / non risponde (*non leggere*)

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Sezione 3 – Assunzione Alcol

### 3.1 Con quale frequenza consuma bevande alcoliche? *(leggere le risposte)*

- Mai (0 punti) —————▶ *(saltare alla sezione 4)*     Non so / Non risponde *(non leggere)*  
 Meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)  
 2-4 volte al mese (2 punti)  
 2-3 volte a settimana (3 punti)  
 4 o più volte a settimana (4 punti)

### 3.2 Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media? *(leggere le risposte)*

- 1 o 2 (0 punti)                                       7 o 9 (3 punti)  
 3 o 4 (1 punto)                                      10 o più (4 punti)  
 5 o 6 (2 punti)                                      Non so / Non risponde *(non leggere)*

### 3.3 Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione? *(leggere le risposte)*

- Mai (0 punti)     1 volta alla settimana (3 punti)  
 Meno di 1 volta al mese (1 punto)             Ogni giorno o quasi (4 punti)  
 1 volta al mese (2 punti)                             Non so / Non risponde *(non leggere)*

*(Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi, e uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile consumo rischioso di alcol)*

## Sezione 3 – Assunzione Alcol

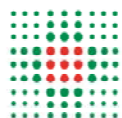
### 3.4 Ha mai pensato di ridurre la quantità di bevande alcoliche o di smettere?

- Non ci penso nemmeno / Non ne sono capace / Ho già provato e fallito (*precontemplazione*)
- Mi piacerebbe, ma... / Non credo, però... / Accetterei se... / Mi sembra giusto, però... (*contemplazione*)
- Cosa posso fare? / Mi sembra una buona idea / Quando si comincia? (*determinazione*)
- Lo sto già facendo e ne sono molto soddisfatto (*azione*)
- Ho già ottenuto dei risultati e mi piacerebbe conservarli nel tempo (*mantenimento*)
- Ci sono state delle difficoltà / Sono sfiduciato / Non penso di essere in grado (*ricaduta*)
- Non so / Non risponde

### 3.5 Rispetto ad un anno fa, il suo consumo di bevande alcoliche è: (*leggere le risposte*)

- Diminuito    Invariato    Aumentato    Non so / non risponde (*non leggere*)

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Sezione 4 – Stato nutrizionale (BMI) /1

**4.1 Peso** (*misurato senza scarpe ed abiti o con abiti leggeri*) |\_\_|\_\_|\_\_| , |\_\_| Kg

**4.2 Altezza** (*misurata, senza scarpe*) |\_\_|\_\_|\_\_| cm

$$BMI = \frac{kg}{(m)^2} = |__|__| , |__|$$

(Il calcolo può essere fatto on line all'indirizzo:

[http://www.salute.gov.it/portale/salute/pl\\_5.jsp?lingua=italiano&id=135&area=Vivi\\_sano](http://www.salute.gov.it/portale/salute/pl_5.jsp?lingua=italiano&id=135&area=Vivi_sano) )



## Sezione 4 – Stato nutrizionale (BMI) /2

### 4.3 Ha mai pensato di calar di peso?

- Non ci penso nemmeno / Non ne sono capace / Ho già provato e fallito (*precontemplazione*)
- Mi piacerebbe, ma.../ Non credo, però.../ Accetterei se.../ Mi sembra giusto, però... (*contemplazione*)
- Cosa posso fare? / Mi sembra una buona idea / Quando si comincia? (*determinazione*)
- Lo sto già facendo e ne sono molto soddisfatto (*azione*)
- Ho già ottenuto dei risultati e mi piacerebbe conservarli nel tempo (*mantenimento*)
- Ci sono state delle difficoltà / Sono sfiduciato / Non penso di essere in grado (*ricaduta*)
- Non so / Non risponde

### 4.4 Rispetto ad un anno fa, il suo peso è: (*leggere le risposte*)

- Diminuito     Invariato     Aumentato     Non so / non risponde (*non leggere*)

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sezione 5 – Alimentazione

**5.1 In una sua giornata tipo quanti pasti principali consuma?**

Numero

**5.2 Segue una dieta?** (*inteso come regime alimentare; leggere le risposte*)

Mista

Per intolleranza

Vegetariana/vegana

Non so / Non risponde (*non leggere*)

Celiaca

**5.3 In una sua giornata tipo, quante porzioni di frutta o verdura mangia? Per “porzione di frutta o verdura” si intende un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta.**

Numero/die

**5.4 In una sua settimana tipo quante volte consuma:** (*leggere le risposte*)

Legumi

Dolci e bevande zuccherate / gassate

Pesce

Carni grasse, insaccate, formaggi

## Sezione 5 – Alimentazione

**5.5 Ha l'abitudine di salare cibi o di consumare cibi molto salati (olive, acciughe, salumi, focacce, cibi sotto sale)?** *(leggere le risposte)*

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pochissimo | <input type="checkbox"/> Molto      |
| <input type="checkbox"/> Poco       | <input type="checkbox"/> Moltissimo |

---- SOLO PER CHI HA ABITUDINI ALIMENTARI NON CORRETTE ----

**5.6 Ha mai pensato di modificare l'alimentazione?** *(leggere le risposte)*

- Non ci penso nemmeno / Non ne sono capace / Ho già provato e fallito *(precontemplazione)*
- Mi piacerebbe, ma... / Non credo, però... / Accetterei se... / Mi sembra giusto, però... *(contemplazione)*
- Cosa posso fare? / Mi sembra una buona idea / Quando si comincia? *(determinazione)*
- Lo sto già facendo e ne sono molto soddisfatto *(azione)*
- Ho già ottenuto dei risultati e mi piacerebbe conservarli nel tempo *(mantenimento)*
- Ci sono state delle difficoltà / Sono sfiduciato / Non penso di essere in grado *(ricaduta)*
- Non so / Non risponde

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.7 Rispetto ad un anno fa, la sua alimentazione è:** *(leggere le risposte)*

- Peggiorata    Invariata    Migliorata    Non so / non risponde *(non leggere)*



## Sezione 6 – Attività fisica

### 6.1 Durante il suo lavoro, Lei: *(leggere le risposte)*

- prevalentemente svolge un lavoro pesante che richiede un notevole sforzo fisico (*ad. es.: il manovale, il muratore, l'agricoltore*); oppure:
- prevalentemente cammina o fa lavori che richiedono uno sforzo fisico moderato (*ad. es.: l'operaio in fabbrica, il cameriere, l'addetto alle pulizie*); oppure:
- prevalentemente sta seduto o in piedi (*ad. es.: sta al computer, guida la macchina, fa lavori manuali senza sforzi fisici*).
- altro *(non leggere)*

## Sezione 6 – Attività fisica

**6.2 Fuori dal lavoro, negli ultimi 30 giorni ha svolto qualche attività fisica intensa che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come ad esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici?**

- Sì
- No → (saltare alla domanda 6.5)
- Non so / non risponde → (saltare alla domanda 6.5)

**6.3 Per quanti giorni alla settimana?**

Numero di giorni/settimana

Non so / non risponde

**6.4 In questi giorni per quanti minuti in media? (riferito ai giorni con attività fisica)**

Numero di minuti/giorno

Non so / non risponde

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sezione 6 – Attività fisica

**6.5 Fuori dal lavoro, negli ultimi 30 giorni ha svolto qualche attività fisica moderata che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come ad esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti?**

- Sì
- No → (saltare alla domanda 6.8)
- Non so / non risponde → (saltare alla domanda 6.8)

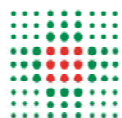
**6.6 Per quanti giorni alla settimana?**

Numero di giorni/settimana   Non so / non risponde

**6.7 In questi giorni per quanti minuti in media?** (riferito ai giorni con attività fisica)

Numero di minuti/giorno   Non so / non risponde

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Sezione 6 – Attività fisica

### 6.8 Al lavoro, quante ore trascorre seduto?

Numero di ore/ giorno

--	--	--

Non so / non risponde

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

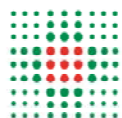
**---- SOLO PER CHI HA UN LIVELLO DI ATTIVITÀ FISICA INFERIORE A QUELLA RACCOMANDATA ----**

### 6.10 Ha mai pensato di incrementare il livello di attività fisica?

- Non ci penso nemmeno / Non ne sono capace / Ho già provato e fallito (*precontemplazione*)
- Mi piacerebbe, ma.../ Non credo, però.../ Accetterei se.../ Mi sembra giusto, però... (*contemplazione*)
- Cosa posso fare? / Mi sembra una buona idea / Quando si comincia? (*determinazione*)
- Lo sto già facendo e ne sono molto soddisfatto (*azione*)
- Ho già ottenuto dei risultati e mi piacerebbe conservarli nel tempo (*mantenimento*)
- Ci sono state delle difficoltà / Sono sfiduciato / Non penso di essere in grado (*ricaduta*)
- Non so / Non risponde

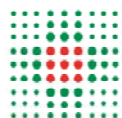
### 6.11 Rispetto ad un anno fa, il suo livello di attività fisica è: (*leggere le risposte*)

- Diminuito
- Invariato
- Aumentato
- Non so / non risponde (*non leggere*)



## Livelli di attività fisica raccomandati nel tempo libero adottati da PASSI

- **Attività fisica moderata raccomandata:** almeno 30 minuti al giorno per almeno 5 giorni alla settimana
- **Attività fisica intensa raccomandata:** più di 20 minuti per almeno 3 giorni alla settimana



## Categorie di attività fisica adottate da PASSI

- **Attivi:** persone che hanno riferito di condurre un'attività lavorativa pesante oppure di praticare nel tempo libero livelli raccomandati di attività fisica moderata o intensa
- **Parzialmente attivi:** persone che hanno riferito di non condurre un'attività lavorativa pesante ma di praticare qualche attività fisica nel tempo libero (in quantità inferiori a quelle raccomandate)
- **Sedentari:** persone che hanno riferito di condurre un'attività lavorativa sedentaria e di non praticare nessuna attività fisica fuori dal lavoro (nel tempo libero)

## Sezione 7 - Vaccinazioni

**7.1 Appartiene ad un categoria a rischio per una delle seguenti vaccinazioni?**

	No	Sì	Se sì, è vaccinato secondo il protocollo?	
			Sì	No
Vaccinazione antinfluenzale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invasive batteriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note: \_\_\_\_\_

*(Se uomo  $\geq 50$  anni saltare alla domanda 8.3*

*Se donna  $< 25$  anni o donna  $\geq 65$  anni o uomo  $< 50$  anni saltare alla domanda 9.1*

*Se donna  $\geq 25$  anni e  $< 65$  anni proseguire con la domanda 8.1)*

## Sezione 8 - Screening

--- SOLO DONNE 25-64 ANNI ---

**8.1 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il Pap-Test o il Test dell'HPV a scopo preventivo?**

*(Leggere le risposte)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negli ultimi 12 mesi | <input type="checkbox"/> Mai fatto                                  |
| <input type="checkbox"/> Tra 1 e 3 anni fa    | <input type="checkbox"/> Non so / non risponde <i>(non leggere)</i> |
| <input type="checkbox"/> Tra 3 e 5 anni fa    |   |
| <input type="checkbox"/> Più di 5 anni fa     |   |

*(Se donna 25-44 anni saltare alla domanda 9.1)*

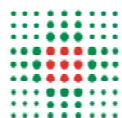
--- SOLO DONNE 45 ANNI E PIU' ---

**8.2 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una mammografia a scopo preventivo?** *(leggere le risposte)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negli ultimi 12 mesi | <input type="checkbox"/> Mai fatto                                  |
| <input type="checkbox"/> Tra 1 e 2 anni fa    | <input type="checkbox"/> Non so / non risponde <i>(non leggere)</i> |
| <input type="checkbox"/> Più di 2 anni fa     |   |

*(Se donna 45-49 anni saltare alla domanda 9.1)*





## Sezione 8 - Screening

---- PERSONE 50- 69 ANNI ----

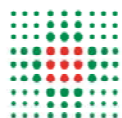
**8.3 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una "ricerca del sangue occulto" a scopo preventivo? (abbreviato come SOF, RSO o FOBT) (leggere le risposte)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negli ultimi 12 mesi | <input type="checkbox"/> Mai fatto                                    |
| <input type="checkbox"/> Tra 1 e 2 anni fa    | <input type="checkbox"/> Non so / non risponde ( <i>non leggere</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Più di 2 anni fa     |   |

**8.4 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una colonscopia o una retto-sigmoidoscopia a scopo preventivo? (leggere le risposte)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negli ultimi 12 mesi | <input type="checkbox"/> Mai fatto                                    |
| <input type="checkbox"/> Più di 5 anni fa     | <input type="checkbox"/> Non so / non risponde ( <i>non leggere</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Tra 5 e 10 anni fa   |   |
| <input type="checkbox"/> Più di 10 anni fa    |   |

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

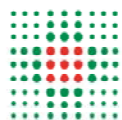


## Sezione 9 - Interventi

**9.1 E' stato effettuato** uno dei seguenti interventi per: *(sono possibili più risposte; compilare tutte le voci)*

	Sì				No	
	Consiglio breve	<u>Counselling</u>	Invio a MMG	Invio a centro	<u>Non effettuato</u>	Non necessario
Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAP/HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOF/Colonscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note: \_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Grazie per l'attenzione



**Corso di formazione**  
**Il progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro: avvio della sperimentazione sul campo**  
**12 Marzo 2015 - Modena**