

**CODICE IDENTIFICATIVO:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

## Questionario per la valutazione degli Elementi di Rischio correlati all'attività subacquea

Le proponiamo una serie di domande a risposta multipla che ci fornirà alcune informazioni sulle Sue attività subacquee.

I dati saranno utilizzati a fini statistici e di ricerca unicamente in forma aggregata (anonima) e saranno utili nella pianificazione di interventi mirati al benessere psicofisico dei lavoratori del settore.

**Nel ringraziare sin d'ora per la collaborazione, si precisa che:**

- non ci sono risposte giuste o sbagliate, la risposta migliore è la spontaneità;
- le domande sono stampate su entrambi i lati del foglio;
- la compilazione richiede pochissimo tempo, vi chiediamo di farlo subito;
- è necessario rispondere in modo completo a tutte le domande
- **per alcune domande è possibile indicare più risposte**

### ANAGRAFICA E CERTIFICAZIONI

**DA COMPILARE da parte del Medico Somministratore**

**Età** \_\_\_\_\_ **anni**      **Altezza** \_\_\_\_\_ **cm**      **Peso** \_\_\_\_\_ **Kg**

**Circonferenza vita** \_\_\_\_\_ **cm** (circonferenza minima tra la gabbia toracica e l'ombelico misurata con un metro da sarta, in piedi, senza trattenere il respiro)

**BMI:**

1) Sesso                       Maschio                       Femmina

2) Tipologie di certificazioni extra VV.FF.

<b>Nitrox</b>	<input type="checkbox"/> Non certificato	Anno di certificazione	<input type="text"/>
<b>Trimix</b>	<input type="checkbox"/> Non certificato	Anno di certificazione	<input type="text"/>
<b>Grotta</b>	<input type="checkbox"/> Non certificato	Anno di certificazione	<input type="text"/>
Altro _____			

**IMMERSIONI DI LAVORO (escluse quelle di addestramento e allenamento – vedi dopo)**

3) Da quanti anni operi come sommozzatore dei Vigili del Fuoco? \_\_\_\_\_

4) Quante immersioni di lavoro hai fatto negli ultimi sei mesi \_\_\_\_\_

5a) Quante in acqua dolce (ultimi sei mesi)? \_\_\_\_\_

5b) Quante in acqua salata (ultimi sei mesi)? \_\_\_\_\_

6a) Con che frequenza media d'immersione?

4/settimana  3/settimana  2/settimana  1/settimana  frequenza maggiore di 5/settimana

6b) Qual è stato il picco massimo di numero di immersioni della tua carriera? \_\_\_\_\_/settimana

6c) Qual è stato il picco massimo di numero di immersioni negli ultimi 6 mesi? \_\_\_\_\_/settimana

7a) Qual è, negli ultimi 6 mesi, la profondità e la durata media delle tue immersioni di lavoro?

Profondità \_\_\_\_\_, Durata \_\_\_\_\_

7b) Qual è, negli ultimi 6 mesi, la profondità massima delle tue immersioni di lavoro\*?

Profondità \_\_\_\_\_, (Durata \_\_\_\_\_)

7c) Qual è, negli ultimi 6 mesi, la profondità minima delle tue immersioni di lavoro\*?

Profondità \_\_\_\_\_, (Durata \_\_\_\_\_)

7d) Qual è, negli ultimi 6 mesi, la durata massima delle tue immersioni di lavoro\*?

Durata \_\_\_\_\_, (Profondità \_\_\_\_\_)

7e) Qual è, negli ultimi 6 mesi, la durata minima delle tue immersioni di lavoro\*?

Durata \_\_\_\_\_, (Profondità \_\_\_\_\_)

8) Ti capita spesso di fare immersioni ripetute entro le 12 ore?

No  Sì indicare quanto spesso \_\_\_\_\_

9) Hai subito traumi o incidenti per lavoro in immersione?

No  Sì indicare quando \_\_\_\_\_

10) Sei mai stato trattato in camera iperbarica?

No  Sì indicare quando \_\_\_\_\_

11) Quale attrezzatura usi per le immersioni:

Muta umida  Muta semistagna  Muta stagna  
 Maschera normale  Maschera gran facciale  GAV  Imbragatura  
 Erogatore singolo  Doppio erogatore  Computer d'immersione  
 Tabelle di decompressione

(I dati tra parentesi devono essere riferiti alla stessa immersione di cui al dato richiesto)

## IMMERSIONI DI ADDESTRAMENTO (solo quelle di addestramento e allenamento)

12) Svolgi attività subacquea amatoriale al di fuori del tuo lavoro?  No  Si

13) Quante immersioni di addestramento/allenamento hai fatto negli ultimi sei mesi \_\_\_\_\_

14) Con che frequenza media?

4/settimana  3/settimana  2/settimana  1/settimana  frequenza maggiore di 5/settimana

15) Qual è stato il picco massimo di numero di immersioni di addestramento/allenamento della tua carriera? \_\_\_\_\_/settimana

16) Qual è la profondità e la durata media delle tue immersioni di addestramento/allenamento?

Profondità \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_

17) Hai subito traumi o incidenti per lavoro in immersione di addestramento/allenamento?

No  Si indicare quando \_\_\_\_\_

## BIOIMPEDENZIOMETRIA

18) Nelle ultime 24 ore ha assunto

Alcol  No  Si  
Acqua (6-8 bicchieri)  No  Si

19) Nelle 4 ore precedenti il test ha

Mangiato cibo  No  Si  
Bevuto caffeina  No  Si  
Bevuto acqua (2-4 bicchieri)  No  Si  
Fatto esercizio fisico  No  Si

## STILE DI VITA

20) In casa con Lei vive/vivono

Nessuno  Coniuge/convivente  
 Figli minori di 18 anni indicare quanti \_\_\_\_\_  
 Figli maggiorenni indicare quanti \_\_\_\_\_  
 Altre persone

21) Titolo di studio

Laurea  Diploma di scuola media superiore  Licenza scuola media inferiore  
 Licenza elementare

22) Fuma

No  Si (numero di sig./die: ..... )  Sono ex fumatore da ..... anni

**23) Quanti minuti al giorno cammina di buon passo, in modo continuativo (escluso il lavoro)**

- Mai     Almeno 30     Meno di 30     Più di 30

**24) Quante volte fa attività sportiva (nuoto, ginnastica, corsa, tennis, pallavolo, ...) durante la settimana**

- Mai     1-2     Più di 2     Più di 4     Tutti i giorni

**25) Soffre/Ha sofferto di**

- Ipertensione arteriosa     Infarto miocardio (cardiopatia ischemica) pregresso  
 Ipercolesterolemia     Ipertrigliceridemia     Iperglicemia /diabete  
 Celiachia     Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**26) Soffre di alcune allergie**     No     Sì

Se sì, quali tra pesce, frutta secca, soia, arachide, uovo, animali, acari della polvere, piante, farmaci, ecc (specificare) \_\_\_\_\_

**27) Come si manifesta l'allergia**

- Pelle: prurito, eritema, orticaria, angioedema, gonfiore della bocca, ....  
 Occhi: prurito, lacrimazione, congiuntivite, gonfiore delle palpebre, ....  
 Naso: prurito, congestione nasale, rinorrea, starnuti, ...  
 Apparato respiratorio: prurito della bocca e della gola, gonfiore in gola, tosse secca, asma, ....  
 Apparato gastrointestinale: dolori addominali, vomito, nausea, diarrea,....  
 Cefalea (mal di testa)  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**28) I suoi genitori sono allergici**

- Nessuno     Sì, padre     Sì, madre

**29) Soffre di alcune intolleranze alimentari**     No     Sì

Se sì, quali tra glutine, lattosio, ecc \_\_\_\_\_

**30) Assume farmaci con regolarità**     No     Sì

Se sì, per cosa \_\_\_\_\_

**31) Attualmente è in gravidanza**     No     Sì

## DATI LAVORATIVI

**32) Anno di assunzione presso l'azienda attuale** \_\_\_\_\_

**33) Svolge lavoro su turni**     No     Sì

**34) Svolge lavoro notturno**     No     Sì

**35) Ore di lavoro settimanali in media: n°** \_\_\_\_\_

**36) Quale mezzo utilizza per recarsi al lavoro**

- Automobile     Mezzi pubblici     Moto     Bicicletta     A piedi  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**37) La sua attività lavorativa è prevalentemente caratterizzata da attività fisica?**

- Scarsa, la maggior parte del tempo è trascorsa stando seduti  
 Moderata, la maggior parte del tempo è trascorsa stando in piedi o camminando  
 Pesante, fino al punto di sudare

## ABITUDINI ALIMENTARI NELL'AMBIENTE DI VITA

### 38) In genere, i cibi che consuma in ambiente domestico sono

- Preparati in casa       Comprati già pronti (panini imbottiti/ tramezzini, pizza, cibi pronti ...)  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 39) Ha mai seguito una dieta

- No       Sì, non prescritta da un operatore sanitario       Sì, prescritta da un operatore sanitario per  
(indicare la motivazione) \_\_\_\_\_

### 40) Attualmente sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il suo peso?

- No       Sì

### 41) Attualmente ritiene di essere?

- Sottopeso       Normopeso       In leggero sovrappeso       In forte sovrappeso

### 42) Abitualmente fa

- Colazione       Pranzo       Cena       Spuntini n° \_\_\_\_\_

### 43) Se consuma spuntini, più frequentemente li consuma:

- A metà mattina       A metà pomeriggio

Durante la notte

### 44) Cosa mangia più frequentemente a colazione

- Nulla       Caffè       Cappuccino/latte/tè/orzo/succo di frutta  
 Biscotti/cereali/fette biscottate       Cornetto o simili       Pane       Burro  
 Marmellata       Frutta  
 Yogurt       Panino ripieno       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 45) Cosa mangia più frequentemente a pranzo

- Nulla       Primo (pasta, riso, ...)       Secondo (carne, pesce)       Formaggi       Uova  
 Verdura       Pane       Pizza       Panino ripieno       Frutta  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 46) Cosa mangia più frequentemente a cena

- Nulla       Primo (pasta, riso, ...)       Secondo (carne, pesce)       Formaggi  
 Uova       Verdura       Pane       Pizza  
 Panino ripieno       Frutta       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 47) Cosa mangia più frequentemente negli spuntini

- Nulla       Cappuccino       Caffè/tè       Succo di frutta       Snack dolci  
 Snack salati       Frutta       Yogurt       Panino ripieno  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 48) Ogni giorno, sui cibi crudi e per la cottura, usa più di un cucchiaino di sale?

(considerare come misura un cucchiaino da tè che corrisponde a circa 5 grammi)

- Sì       No       Non so       Non uso mai il sale

### 49) Ogni giorno quanto olio consuma? (considerare come misura un cucchiaino che corrisponde a tre cucchiaini da tè)

- Non uso olio       n. ....

### 50) Ogni giorno quanto parmigiano consuma? (considerare come misura un cucchiaino da tavola)

- Non uso parmigiano       A pranzo n. ...       A cena n. ...

### 51) Ogni giorno, quanti cucchiaini di zucchero usa?      n. ....      Non uso lo zucchero

### 52) Ogni giorno beve almeno un litro di acqua?      No      Sì      Sì, anche di più

53) Consuma giornalmente bibite zuccherine o no-light (succhi di frutta, coca cola, aranciata, chinotto, bevande energetiche, .....)?  No  Si

54) Indicare quante volte consuma i seguenti alimenti:

ALIMENTO	Numero di volte al giorno	Numero di volte a settimana	Numero di volte al mese	Numero di volte all'anno	Mai
Latte/yogurt (1 bicchiere di latte o un vasetto di yogurt da 125g)					
Verdura/ortaggi [insalate 50 g (una ciotola da 500 ml) e ortaggi 250 g ( 1 finocchio, 1 peperone, 2 cetrioli, 2 carciofi..)]					
Frutta (un frutto medio/150 g)					
Pasta/Riso (80 g)					
Pizza (un trancio)					
Pane 50 g (1 rosetta piccola – 2 fette pane)					
Patate (200 g)					
Formaggi (fresco 100 g; stagionato 50g) (escluso parmigiano grattugiato )					
Uova (un uovo)					
Grassi da condimento (escluso olio) (10 g/1 cucchiaino)					
Carni rosse (1 fettina/70-100 g)					
Pollame e carni bianche (1 fettina/70-100 g)					
Pesce, Molluschi e Crostacei (150 g/ 1 sogliola o ½ spigola)					
Legumi (fagioli, ceci, lenticchie, piselli) (secchi 30g; freschi 100 g; in scatola 100-120 g)					
Salumi/Insaccati (50 g/ 3 fette medie di prosciutto)					
Prodotti da forno (20 g/ 3 fette biscottate)					
Dolci/Gelati (1 fetta/1 merendina/1 gelato piccolo)					
Bevande alcoliche (vino-birra/un bicchiere/lattina)					

55) Specificare quante volte consuma i seguenti alimenti:

ALIMENTO	Indicare se più o meno di 100 gr al giorno	Numero di volte al giorno	Numero di volte a settimana	Numero di volte al mese	Numero di volte all'anno	Mai
Aglio	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Barbabietola	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Broccolo	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Carota	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Cavolino di Bruxelles	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Cavolo	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Cipolla	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Lenticchie	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Mais	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Melanzana	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Peperoni rossi	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Pomodoro rosso	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Spinacio	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Albicocca	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Arancia	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Banana	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Ciliegia	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Fragola	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Kiwi	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Lampone	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Mela	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Melograno	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Mirtillo	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Mora	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Nocciole	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Pera	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Prugna	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Uva nera/rossa	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					
Cioccolato (minimo 70% cacao)	<input type="checkbox"/> Più <input type="checkbox"/> Meno					

56) Quanti bicchieri/lattine di vino/birra/alcolici/superalcolici ha bevuto, al massimo, in un'unica occasione nell'ultima settimana?

- Nessuno     
 Fino a 3     
 Fino a 6  
 Più di 6

## ABITUDINI ALIMENTARI NELL'AMBIENTE DI LAVORO

57) Se non turnista, quali pasti consuma al lavoro

Colazione     Pranzo     Cena

58) Se turnista (8.00-20.00), quali pasti consuma al lavoro

Colazione     Pranzo     Cena

59) Se turnista (20.00-8.00), quali pasti consuma al lavoro

Colazione     Pranzo     Cena

60) Più frequentemente i cibi consumati al lavoro sono:  Preparati a casa/mangio a casa

Comprati già pronti al bar/tavola calda/supermercato/alimentari     Mensa/ristorante

Distributori automatici     Altro (specificare) .....

61) Se sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il suo peso, riesce a seguirla anche al lavoro?     No     Sì     Quasi sempre     Quasi mai

62) Al lavoro ha la possibilità di usufruire di una mensa?     Sì     No

63) Se fruisce della mensa/ristorante, più frequentemente cosa mangia:

Primo     Secondo     Contorno     Pane     Pizza     Frutta     Yogurt     Dolce

Non fruisco di mensa/ristorante

64) Se fruisce del bar/tavola calda/supermercato/alimentari, più frequentemente cosa mangia:

Primo     Secondo     Contorno     Pane     Pizza     Panino ripieno  
 Tramezzino     Frutta     Yogurt     Dolce     Non fruisco di bar/tavola calda/supermercato/alimentari

65) Se porta il cibo da casa, più frequentemente cosa mangia:

Primo     Secondo     Contorno     Pane     Pizza     Panino ripieno  
 Tramezzino     Frutta     Yogurt     Dolce     Non porto il cibo da casa

66) Dal distributore cosa consuma più frequentemente:

Nulla     Acqua     Bevande calde     Bibite     Succhi di frutta

Spuntini dolci     Spuntini salati     Yogurt     Panino ripieno     Tramezzini

Frutta     Verdura     Altro (specificare).....

67) Se sono presenti distributori automatici, questi offrono anche:

Succhi di frutta     Yogurt     Frutta fresca     Verdura     Nessuno dei citati

68) Cosa aggiungerebbe al distributore .....

69) Se è allergico/intollerante per qualche alimento/ingrediente, ha possibilità di scelta alla mensa/bar/distributore?     No     Sì

70) Considera la Sua alimentazione

Corretta     Scorretta     Non so

## CONOSCENZA SULL'ALIMENTAZIONE

**71) Gli alimenti particolarmente ricchi di carboidrati (zuccheri) sono** (anche più risposte)

<input type="checkbox"/> Pane	<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> Pesce	<input type="checkbox"/> Formaggi
<input type="checkbox"/> Riso	<input type="checkbox"/> Carne	<input type="checkbox"/> Legumi	<input type="checkbox"/> Uova
<input type="checkbox"/> Cereali	<input type="checkbox"/> Verdure	<input type="checkbox"/> Dolci	<input type="checkbox"/> Frutta

**72) Gli alimenti particolarmente ricchi di lipidi (grassi) sono** (anche più risposte)

<input type="checkbox"/> Pane	<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> Pesce	<input type="checkbox"/> Formaggi
<input type="checkbox"/> Riso	<input type="checkbox"/> Carne	<input type="checkbox"/> Legumi	<input type="checkbox"/> Uova
<input type="checkbox"/> Cereali	<input type="checkbox"/> Verdure	<input type="checkbox"/> Dolci	<input type="checkbox"/> Frutta

**73) Gli alimenti particolarmente ricchi di proteine sono** (anche più risposte)

<input type="checkbox"/> Pane	<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> Pesce	<input type="checkbox"/> Formaggi
<input type="checkbox"/> Riso	<input type="checkbox"/> Carne	<input type="checkbox"/> Legumi	<input type="checkbox"/> Uova
<input type="checkbox"/> Cereali	<input type="checkbox"/> Verdure	<input type="checkbox"/> Dolci	<input type="checkbox"/> Frutta

**74) Gli alimenti particolarmente ricchi di fibre sono** (anche più risposte)

<input type="checkbox"/> Pane	<input type="checkbox"/> Pasta	<input type="checkbox"/> Pesce	<input type="checkbox"/> Formaggi
<input type="checkbox"/> Riso	<input type="checkbox"/> Carne	<input type="checkbox"/> Legumi	<input type="checkbox"/> Uova
<input type="checkbox"/> Cereali	<input type="checkbox"/> Verdure	<input type="checkbox"/> Dolci	<input type="checkbox"/> Frutta

**75) L'allergia alimentare è una reazione immunitaria scatenata dall'ingestione di un alimento o sostanze in esso contenute e si manifesta immediatamente**

No     Sì     Non so

**76) L'intolleranza alimentare è una reazione indesiderata scatenata dall'ingestione di un alimento o sostanze in esso contenute e si manifesta anche a distanza di ore o giorni**

No     Sì     Non so

**77) L'allergia/intolleranza alimentare può manifestarsi con**

Disturbi gastrointestinali     Dermatiti     Asma     Rinite     Difficoltà respiratoria     Non so

**78) Lo shock anafilattico può manifestarsi con**

Difficoltà respiratoria     Calo di pressione     Perdita di coscienza  
 Morte     Non so

**79) La celiachia o morbo celiaco è una intolleranza al glutine che non consente di ingerire**

Grano duro     Farro     Segale     Kamut     Orzo  
 Prodotti contenenti glutine     Non so

**80) È a conoscenza di un test che, con un semplice prelievo di sangue, può testare contemporaneamente più di 100 allergeni**

No     Sì     Non so

**81) Elevati consumi di sale influenzano negativamente** (anche più risposte)

Pressione arteriosa     Sistema cardiocircolatorio     Sistema renale     Non so

**82) È a conoscenza che, se usa sale, è meglio utilizzare sale iodato**

No     Sì     Non so

**83) Quante volte al giorno bisognerebbe mangiare, favorendo anche gli spuntini**

2     3     4     5     Altro (specificare) \_\_\_\_\_

## PERCEZIONE DEL RISCHIO ALIMENTARE

**84) Se un alimento in scatola presenta un rigonfiamento sul tappo**

- Non deve essere assolutamente consumato       Può essere consumato con tranquillità  
 Non so

**85) Durante le fasi di preparazione dei cibi bisognerebbe separare quelli crudi da quelli cotti**

- No       Sì       Non so

**86) Durante le fasi di preparazione dei cibi quando si toccano quelli crudi bisognerebbe lavarsi le mani**

- No       Sì       Non so

**87) Il botulismo, provocato dal batterio *Clostridium botulinum*, può essere trasmesso da**

- Alimenti in scatola di produzione domestica       Alimenti in scatola di produzione industriale  
 Insaccati       Non so

**88) La salmonellosi, provocata da vari batteri di *Salmonelle*, può essere trasmessa da**

- Uova crude o poco cotte       Latte e derivati crudi (non pastorizzati)  
 Carne e derivati soprattutto poco cotti       Preparati per dolci, creme       Non so

**89) Il batterio *Escherichia coli* può essere trasmesso da**

- Carne poco cotta       Latte non pastorizzato       Insaccati       Non so

**90) I parassiti *Anisakis* e *Opisthorchis* possono essere trasmessi da**

- Pesce consumato crudo non trattato termicamente       Pesce consumato cotto       Non so

**91) Chi soffre di allergie alimentari**

- Non può mai mangiare l'alimento allergizzante  
 Può mangiare di tanto in tanto l'alimento allergizzante  
 Non so

**92) È a conoscenza che stili di vita scorretti (fumo, alimentazione errata, sedentarietà) possono procurare serie malattie**

- No       Sì (quali malattie) \_\_\_\_\_

**93) Se ha risposto "Sì" alla domanda precedente, come ne è venuto a conoscenza**

- Internet       Televisione       Amici/colleghi       Parenti       Personale sanitario  
 Riviste       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**94) Qualcuno le ha mai suggerito di migliorare i Suoi stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica)**

- No       Medico       Conoscente/familiare       Personal trainer       Iniziative aziendali  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**95) Le interesserebbe ricevere informazioni per migliorare eventualmente i Suoi stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica)**

- No       Sì       Non so

**DOMANDE SPECIFICHE PER LA VALUTAZIONE DELLA PERCENTUALE DI RISCHIO DI AMMALARSI DI DIABETE**

**96) Svolge attività fisica durante il tempo libero o lavori fisicamente impegnativi per almeno 30 minuti quasi ogni giorno?**

- Sì  No

**97) Con quale frequenza mangia vegetali e frutta?**

- Tutti i giorni  Non tutti i giorni

**98) Ha mai usato farmaci per la pressione alta?**

- No  Sì

**99) Le è mai stato detto da qualche medico che Lei ha gli zuccheri nel sangue (glicemia) troppo alti (es. durante una visita medica di controllo o in occasione di una malattia o di una gravidanza)?**

- No  Sì

**100) Nella sua famiglia c'è qualche parente con il diabete?**

- No  
 Sì: nonni, zii o cugini  
 Sì: padre o madre biologici, fratelli o figli

**Grazie per aver compilato il questionario e per il tempo dedicatoci**