

# Valutazione dei fattori di rischio per la Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)

## QUESTIONARIO

Gentile Professionista, con il presente questionario chiediamo la sua collaborazione per un'indagine volta a valutare i fattori di rischio dell' OSAS (Sindrome delle apnee ostruttive del sonno), una patologia caratterizzata dalla presenza di apnee-ipoapnee durante il sonno. La preghiamo di leggere attentamente quanto riportato di seguito. La partecipazione a questo studio è volontaria. Come previsto dalle attuali normative vigenti (legge 31 dicembre 1996 n. 675, 676, Gazzetta Ufficiale del 08/01/1997, art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679, General Data Protection Regulation - GDPR) sul trattamento dei dati personali e sul rispetto della privacy, i suoi dati (ivi compresi i dati sensibili) verranno trattati in modo rigorosamente anonimo. Non le saranno richiesti dati inerenti alla sua identità e le risposte fornite non saranno riconducibili a lei.

Per ulteriori informazioni può contattare i Referenti del Progetto:

Dott. Michele De Benedetto: [micheledebenedetto@hotmail.it](mailto:micheledebenedetto@hotmail.it)

Dott.ssa Luana Conte: [luana.conte@unisalento.it](mailto:luana.conte@unisalento.it)

### **Collaboratori:**

Dott. Simone Zacchino

Dott. Roberto Lupo

Dott. Maurizio Ercolani

Dott. Antonino Calabrò

Dott.ssa Maria Chiara Carriero

Dott. Angelo Benedetto

### **Consenso Informato**

Accettando il presente modulo dichiaro di:

-Aver letto e compreso questo foglio informativo e che il suo contenuto mi è stato spiegato in maniera chiara ed esauriente.

-Aver compreso che la partecipazione allo studio è completamente volontaria e che posso rifiutarmi di partecipare allo studio o sospendere la mia partecipazione in qualsiasi momento interrompendo il questionario.

Essere stato informato sui rischi e sui benefici ragionevolmente prevedibili e di aver avuto il tempo sufficiente per decidere.

Essere consapevole che i miei dati potranno essere utilizzati per pubblicazioni scientifiche ma resteranno strettamente riservati nel rispetto della normativa vigente e successive modifiche ed integrazioni

Acconsente a partecipare allo studio? \*

ACCONSENTO

Le informazioni che ci fornirà verranno trattate con la massima riservatezza, nel pieno rispetto delle leggi sulla privacy (Regolamento generale sulla protezione dei dati, Regolamento n. 2016/679, GDPR) trattate in forma aggregata, insieme a quelle di tutti gli altri partecipanti e utilizzate solo a fini di studio e di ricerca.

Acquisite le informazioni fornite:

-Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Presta il suo consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa.

Acconsente al trattamento dei dati? \*

ACCONSENTO

## SEZIONE DATI ANAGRAFICI E SOCIO DEMOGRAFICI

### Genere

- Maschio
- Femmina

### Età

- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- Oltre i 60

### Profilo professionale

- Infermiere
- Coordinatore Infermieristico
- Dirigente Infermieristico
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

### Titolo di studio (indica il livello più alto di formazione che possiedi)

- Diploma regionale
- Diploma Universitario
- Laurea triennale
- Laurea magistrale
- Dottorato di ricerca
- Formazione Post-Laurea

### Anni di esperienza lavorativa

- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 – 15
- 16- 20
- 21 – 25
- 26 – 30
- Oltre i 30

### Regione di residenza

---

### **Distribuzione dell'orario di lavoro**

- Tempo pieno (full time)
- Tempo parziale (part time)

### **Svolge lavoro su**

- Turno diurno
- Turno sulle 24 ore (h24)

### **La sequenza del turno lavorativo è sempre regolare ?**

- Si**
- No**

### **Indichi la struttura del turno**

- Ha un turno fisso che le permette di programmare la sua vita privata nell' arco dell' anno
- Ha un turno fisso che le permette di programmare la sua vita privata nell' arco del prossimo mese
- Ha un turno fisso che le permette di programmare la sua vita privata nell' arco della prossima settimana
- Non ha un turno fisso

### **Indichi quante ore lavora nell'arco della settimana?**

- Meno di 12 ore
- tra 13 e 18 ore
- tra 19 e 24 ore
- tra 25 e 32 ore
- oltre 32 ore

### **Indichi l'area lavorativa**

- Area critica emergenza-urgenza** (pronto soccorso, 118, medicina d'urgenza, rianimazione, terapie intensive, osservazione breve intensiva)
- Area medica geriatrico-riabilitativa** (geriatria, lungodegenza, recupero rieducazione funzionale, medicina)
- Area medica polispecialistica** (cardiologia, nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, malattie infettive, ematologia, oncologia,)
- Area chirurgica** (chirurgia generale, cardiocirurgia, chirurgia oncologica, otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia plastica, urologia, ortopedia, neurochirurgia, blocco operatorio)
- Area materno-infantile** (onco ematologia pediatrica, pediatria, ostetricia, ginecologia, nido)

- Prevenzione e sicurezza** (ser.t, centri di salute mentale, centri diurni, s.p.d.c.)
- Area Salute Mentale** (dipartimento salute mentale)
- Area dirigenziale/amministrativa** (direzione amministrativa, direzione sanitaria, direzione generale; dipartimenti professioni sanitarie/servizio professioni sanitarie, ufficio infermieristico, ufficio cartelle cliniche, u.r.p, ufficio qualità, ufficio gestione rischio clinico)
- Servizi** (radiologia e diagnostica per immagine, patologia e medicina di laboratorio)
- Area territoriale** (Medicina di base, Assistenza domiciliare integrate,)
- Area formativa/ universitaria** (poli didattici; centri universitari)

Iscritto/a presso l'O.P.I ( Ordine Professioni Infermieristiche)

\_\_\_\_\_

### SEZIONE DATI CLINICI

Peso (Kg) \_\_\_\_\_

Altezza (cm) \_\_\_\_\_

Fumi?

- Si
- no
- ex fumatore

Circonferenza del collo: \_\_ \_\_\_\_\_

- non conosco la mia circonferenza del collo

Le è stato diagnosticata la patologia OSAS (Sindrome delle apnee ostruttive del sonno)?

- Si
- No

Indichi se ha mai sofferto di una delle seguenti Patologie

Problema di salute	Presenza/Assenza		Ricovero	
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ipotiroidismo /ipertiroidismo				

Artimie				
Ischemia miocardica				
Attacco ischemico transitorio (TIA) o Ictus)				
Diabete mellito				
Presenza di malattie cerebro vascolari				
Alterazioni morfologiche cranio-facciali				
BPCO (BroncoPneumopatia-Cronica Ostruttiva)				
Asma				
Disturbo del sonno				
Ansia				
Depressione				
Frequenti Stati confusionali, agitazione				
Abuso di alcol				
Uso di sostanze stupefacenti				

## SEZIONE: QUESTIONARIO DI BERLINO

### 1. Siete solito russare?

- a. Si
- b. No
- c. Non so

### 2. Se russa, il suo russare è

- a. Leggermente più forte della respirazione
- b. Più forte di chi parla
- c. Più forte del parlare
- d. Molto alto-può essere ascoltata in stanze adiacenti

### 3. Le capita di russare

- a. Quasi ogni giorno
- b. 3-4 volte a settimane

- c. 1-2 volte a settimane
- d. 1-2 volte al mese
- e. Mai o quasi mai

**4. Il suo russare mai interessato altre persone?**

- a. Sì
- b. No
- c. Non so

**5. Qualcuno ha notato che interrompe la respirazione durante il sonno?**

- a. Quasi ogni giorno
- b. 3-4 volte a settimana
- c. 1-2 volte a settimana
- d. 1-2 volte al mese
- e. Mai o quasi mai

**6. Quante volte si sente stanco o affaticato dopo il sonno notturno?**

- a. Quasi ogni giorno
- b. 3-4 volte a settimana
- c. 1-2 volte a settimana
- d. 1-2 volte al mese
- e. Mai o quasi mai

**7. Durante il giorno, si sente stanco, affaticato o svogliato?**

- a. Quasi ogni giorno
- b. 3-4 volte a settimana
- c. 1-2 volte a settimana
- d. 1-2 volte al mese
- e. Mai o quasi mai

**8. Si è mai appisolato o addormentato durante la guida di un veicolo?**

- a. Sì
- b. No

**In caso affermativo:**

**9. Con quale frequenza si verifica il problema?**

- a. Quasi ogni giorno
- b. 3-4 volte a settimana
- c. 1-2 volte a settimana
- d. 1-2 volte al mese
- e. Mai o quasi mai

**10. Ha la pressione alta?**

- a. Sì
- b. No

c. Non so

## SEZIONE: Aspetti psicologici

### **11. Si è svegliato con la sensazione di stanchezza?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Ogni volta al risveglio

### **12. Ha avuto difficoltà a concentrarsi durante un compito?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

### **13. Le sue Reazioni nelle situazioni di tutti i giorni sono state lente?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

### **14. Ha dovuto sforzarsi più duramente del solito per tenere traccia di ciò che stava facendo?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

### **15. Ha dovuto sforzarsi per esprimersi chiaramente?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**16. Ha dovuto fare uso di sostanze eccitanti (caffè, tè, ginseng, ecc.) per mantenersi attivo?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**17. Ha avuto difficoltà a prestare attenzione per lungo tempo su un compito?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**18. Ha avuto difficoltà a prestare attenzione su più compiti contemporaneamente (es. ascoltare un programma radiofonico mentre siamo alla guida dell'automobile)?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**19. Ha dovuto sforzarsi duramente per prestare attenzione e non compiere errori?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**20. I problemi riportati nelle domande precedenti hanno interferito con la sua abilità al lavoro?**

- Non ho avuto questi problemi
- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**21. I problemi riportati nelle domande precedenti hanno interferito nei suoi rapporti sociali?**

- Non ho avuto questi problemi
- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**22. Ha sentito la necessità di appisolarsi durante l'arco della giornata?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana

- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**23. Le è mai capitato di addormentarsi durante un'attività (es. durante il lavoro)?**

- Mai
- Circa una volta a settimana
- Due o tre volte la settimana
- Quasi ogni giorno
- Diverse volte al giorno

**Se interessato a ricevere un feedback sulle risposte da lei rilasciate può scriverci la sua e-mail.** Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

**Verrà contattato dal Referente dello Studio per ricevere il report finale**

*La ringraziamo per la Sua preziosa collaborazione.*