

Scheda operatore per intervento di counselling breve sugli stili di vita

Data _____ Età _____

Buongiorno,

se ha compilato il questionario e se è d'accordo le chiedo che voti sì è data/o alle domande della seconda parte

- **“Quanto è soddisfatta/o del suo livello di benessere fisico e mentale?”**

1	2	3	4	5	6	7
per nulla soddisfatto			del tutto soddisfatto			

- **Se fuma “Quanto è preoccupata/o del suo consumo di tabacco ?”**

1	2	3	4	5	6	7
per nulla preoccupato			del tutto preoccupato			

- **Se non è astemia “Quanto è preoccupata/o del suo consumo di bevande alcoliche?”**

1	2	3	4	5	6	7
per nulla preoccupato			del tutto preoccupato			

- **“Quanto è soddisfatta/o del suo comportamento alimentare ?”**

1	2	3	4	5	6	7
per nulla soddisfatto			del tutto soddisfatto			

- **“Quanto è soddisfatta/o del suo livello di attività fisica ?”**

1	2	3	4	5	6	7
per nulla soddisfatto			del tutto soddisfatto			

IN CONCLUSIONE

Rispetto a questi stili di vita,

nell'ultimo mese le è capitato di pensare di voler fare qualche cambiamento ? SI ☐ NO ☐

- Se si rispetto a quale stile di vita ? _____
- Se volesse cambiare qualcosa di questo stile di vita, da cosa si sentirebbe di cominciare ? _____

- 1) **Se la risposta è “da nulla in questo momento”** si può invitare a ripensarci “suggerendo” di provare da quel comportamento su cui si è meno soddisfatti anche perché una minima modifica è già un primo importante passo.
- 2) **Se la risposta fa riferimento a qualche stile di vita in particolare** si può incoraggiare a provare, suggerendo di partire da qualche piccola modifica delle abitudini quotidiane per poi proseguire sulla strada del cambiamento.

A chi dimostra intenzioni di cambiamento lasciare il materiale informativo a disposizione.