

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

PROGETTO DI PREVENZIONE 2007/2008

"Dimmi come mangi..."

Codice

1	2			3
---	---	--	--	---

1. Inserisci qui l'iniziale del nome di tua mamma
2. Inserisci qui le ultime tre cifre del tuo numero di cellulare
3. Inserisci qui l'iniziale del nome di tuo papà

Ti invitiamo a rispondere sinceramente a tutte le domande barrando la casella prescelta e facendo riferimento ai consumi alimentari abituali piuttosto che ad una precisa settimana. Si precisa che il questionario è anonimo.

Scuola _____ Classe _____ Età _____ Maschio Femmina

1. Svolgi, anche saltuariamente, un'attività fisica? Sì No

2. Se svolgi un'attività fisica, puoi indicare quale/i? _____

3. Quante volte a settimana svolgi attività fisica? _____

4. Ogni volta che svolgi attività fisica, per quanto tempo lo fai in media? (ore) _____

5. Quando hai bisogno di informazioni sulla tua alimentazione, con quale frequenza ti rivolgi alle seguenti fonti?

	Molto spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
Amici / Conoscenti / Familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allenatore / Personal Trainer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico di famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietista / Nutrizionista / Dietologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quotidiani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riviste (settimanali, mensili, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Come definiresti la tua **alimentazione**?

- Libera e casuale (mangio ciò di cui ho voglia)
 Libera, ma con qualche attenzione (limite alcuni cibi)
 A dieta proposta da amici/giornali/familiari
 A dieta fornita dal medico/nutrizionista/dietista : per intolleranze o allergie alimentari
 per problemi di peso
 per altri problemi di salute

7. Quante volte fai **colazione** durante una settimana?

- Tutti i giorni Spesso (4-5 giorni) Qualche volta (2-3 giorni) Mai

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

8. Quali cibi e bevande consumi?

	Molto spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
Caffè / The	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caffelatte / Cappuccino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una tazza di latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Succo di frutta / Spremuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereali / Biscotti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fette biscottate / Crackers / Pane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Focaccia / Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marmellata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brioche / Dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Quanti spuntini fai al giorno? nessun uno due più di due

10. Quanti bicchieri d'acqua bevi di solito in una giornata? meno di 3 (0,5litri) tra 3 e 5 più di 5

11. Ti preghiamo di indicare quante volte mangi abitualmente ognuno dei seguenti cibi in una settimana e in quale momento della giornata?

Pasta o Riso	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Pane o Crackers o Grissini	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Carne	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Pesce	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Uova (frittate, omelette)	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Verdure cotte o crude (ortaggi/insalata)	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Legumi (fagioli, piselli, lenticchie)	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Formaggi o Salumi	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Frutta	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto

12. Nell'arco della settimana con che frequenza di solito consumi le bevande e i cibi elencati e ti impegni in una delle pratiche alimentari di seguito indicate? E nel corso della giornata?

Bevi Bibite gasate	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Bevi bevande alcoliche (birra, vino, superalcolici)	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Mangi patate, cioccolato, snacks, merendine	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Focaccia	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Kebab	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Cous-cous	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Prendere l'APERITIVO	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto
Mangiare al Fast food	<input type="checkbox"/> Tutti i giorni Più spesso:	<input type="checkbox"/> Spesso (4-5 giorni) <input type="checkbox"/> a pranzo o cena	<input type="checkbox"/> Qualche volta (2-3 giorni) <input type="checkbox"/> sia a pranzo che a cena	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> fuori pasto

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

13. Per avere successo nella vita quanto è importante, secondo te, l' **aspetto fisico**?

- Molto Abbastanza Poco Per niente

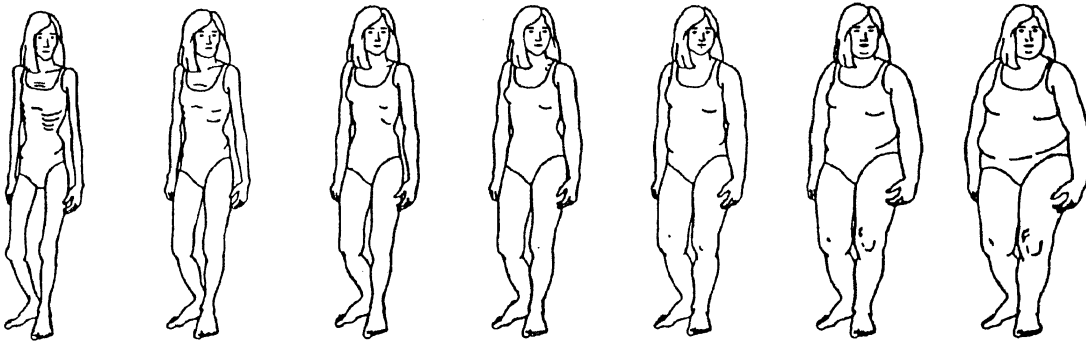
14. Quanto ritieni importante l' **aspetto fisico** nel giudicare gli altri?

- Molto Abbastanza Poco Per niente

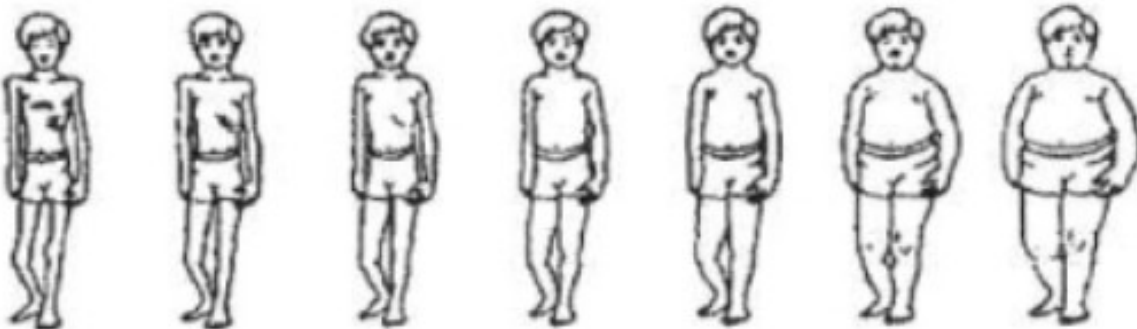
15. Quanto ritieni che l' **aspetto fisico** influenzi il giudizio che gli altri hanno di te?

- Molto Abbastanza Poco Per niente

16. Qual è la figura in cui ti riconosci? (**ragazze** - fai una croce sulla figura scelta)



17. Qual è la figura in cui ti riconosci? (**ragazzi** - fai una croce sulla figura scelta)



18. Come definisci il tuo **peso**?

- molto al di sotto della norma
 un po' al di sotto della norma
 nella norma
 un po' al di sopra della norma
 molto al di sopra della norma

19. Rispetto al tuo peso, attualmente tu:

- non stai cercando di fare nulla
 stai cercando di mantenere il peso attuale
 stai cercando di perdere peso
 stai cercando di mettere su peso

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Indica quanto le seguenti affermazioni sono vere per te, utilizzando la scala seguente e mettendo una crocetta sul numero corrispondente alla tua risposta:

	Del tutto falso	Abbastanza falso	Abbastanza vero	Del tutto vero
1. Nel complesso, sono soddisfatto/a di me stesso/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A volte, penso di non essere abbastanza in gamba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Penso di avere molte buone qualità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sono in grado di fare le stesse cose che fanno tutte le altre persone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Penso di non essere abbastanza fiero/a di me stesso/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A volte, mi sento inutile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Penso di essere una persona importante, almeno allo stesso piano di altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vorrei avere più rispetto per me stesso/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nel complesso, penso di essere un fallimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ho un atteggiamento positivo verso me stesso/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trovi qui di seguito una lista di opinioni o atteggiamenti che le persone possono avere. Ti preghiamo di leggere attentamente ciascuna affermazione e di segnare se sei d'accordo o meno con l'affermazione stessa, ricordando che:

1 = Per niente d'accordo; 2 = Poco d'accordo; 3 = Mediamente d'accordo; 4 = Abbastanza d'accordo; 5 = Completamente d'accordo

Tieni presente che ogni persona è diversa da un'altra per cui non ci sono risposte giuste o sbagliate. Cerca semplicemente di ricordare come sei (o come pensi di essere) la maggior parte delle volte.

	☹	☺	☺	☺	☺
1. Esiste un solo modo di fare le cose nella maniera giusta	1	2	3	4	5
2. Secondo me tutto dovrebbe essere sempre perfetto	1	2	3	4	5
3. Per poter essere considerato degno di stima devo raggiungere la perfezione in ogni cosa che faccio	1	2	3	4	5
4. Se fallisco in qualcosa sono un fallimento come persona	1	2	3	4	5
5. Se non posso fare qualcosa perfettamente, è meglio che lasci perdere	1	2	3	4	5
6. In ogni momento devo sempre lavorare al massimo delle mie possibilità	1	2	3	4	5
7. Basta un piccolo errore perché un lavoro non possa essere considerato completo	1	2	3	4	5
8. Se qualcuno esegue un compito meglio di me vuol dire che ho fallito completamente	1	2	3	4	5
9. Il fare degli errori mi dovrebbe turbare	1	2	3	4	5
10. Secondo me, le cose non vanno bene se non sono perfette	1	2	3	4	5
11. Se non faccio bene come gli altri significa che valgo meno	1	2	3	4	5
12. Per me, fare un errore è come fallire completamente	1	2	3	4	5
13. Devo essere il migliore nelle cose che sono importanti per me	1	2	3	4	5
14. Devo lavorare continuamente ad un compito finché non è fatto perfettamente	1	2	3	4	5
15. Se non faccio un lavoro perfettamente non sarò rispettato dagli altri	1	2	3	4	5
16. Qualsiasi cosa faccia non è mai abbastanza buona	1	2	3	4	5

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Indica quanto le seguenti affermazioni sono vere per te, utilizzando la scala seguente e mettendo una crocetta sul numero corrispondente alla tua risposta:

	Del tutto falso	Abbastanza falso	Abbastanza vero	Del tutto vero
1. Quando faccio dei progetti sono sicuro/a di riuscire a realizzarli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uno dei miei problemi è che non riesco a darmi da fare nelle cose al momento giusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se non riesco a fare qualcosa, continuo a provare finché non ci riesco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quando mi pongo degli obiettivi importanti per me stesso/a, raramente riesco a raggiungerli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Spesso interrompo le cose prima di averle finite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cerco di non affrontare le difficoltà.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se qualcosa mi sembra troppo complicata, non provo nemmeno a farla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anche se ho qualcosa di sgradevole da fare, mi impegno a farlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quando decido di fare qualcosa, me ne occupo subito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se devo imparare qualcosa di nuovo, rinuncio se non ho subito dei buoni risultati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quando ci sono problemi inaspettati, faccio fatica ad affrontarli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Evito di imparare cose nuove quando mi sembrano troppo difficili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sbagliare qualche cosa mi stimola a riprovare con più intensità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mi sento insicuro/a delle mie capacità di fare le cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Penso di essere capace di fare le cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Rinuncio facilmente nel fare le cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Non sono capace di affrontare i miei problemi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>