

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Via G. Maggio 6
 16147 Genova
 Tel. 0103446564 /0103446686 /01034466317 (fax)
E-mail: disturbi.alimentari@asl3.liguria.it

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 proponiamo di seguito un breve questionario di gradimento sull'attività di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare svolta nella tua classe. Le tue risposte sono molto importanti per noi. Per questo, ti invitiamo ad essere il più sincero o sincera possibile e a rispondere a tutte le affermazioni presentate barrando la casella corrispondente o comunque più vicina alla tua opinione personale. La tua collaborazione ci sarà di grande aiuto per migliorare i nostri incontri. Grazie!

Scuola _____ Classe _____ Maschio Femmina
 Età _____ Peso Kg _____ Altezza m. _____

Nazionalità: Italiana Altro (specificare quale) _____

Da quanto tempo sei in Italia: _____ anni

Eri presente al I° incontro che abbiamo svolto nella tua classe? Sì No

1) Avevi già sentito parlare di Anoressia e Bulimia?

Molto spesso Qualche volta Raramente Mai

2) Quanto è stata utile ognuna delle seguenti attività:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
La discussione interattiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli esercizi interattivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'opuscolo informativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gli incontri nel loro complesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Con quale probabilità pensi che un Disturbo del Comportamento Alimentare possa riguardarti in futuro (fai una croce sulla probabilità prescelta):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

4) Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni su Anoressia e Bulimia:

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Sono problemi seri che mettono in pericolo la vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono problemi passeggeri che si superano autonomamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono un modo per affrontare i problemi della vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono un modo per ricevere attenzione e affetto dagli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono l'espressione di una grande sofferenza interiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

5) Dopo questi incontri pensi che la tua capacità di riconoscere un amica/o con problemi alimentari sia:
 (Segnare una sola risposta)

Peggiorata (Idee più confuse) ☹	Invariata ☺	Migliorata (Idee più chiare) ☺
<input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto

6) Dopo questi incontri pensi che la tua capacità di fornire aiuto (sostegno/consigli/ascolto) nei confronti di un amica/o con problemi alimentari sia: (Segnare una sola risposta)

Peggiorata (Idee più confuse) ☹	Invariata ☺	Migliorata (Idee più chiare) ☺
<input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto

7) **Soffre di Bulimia chi:**

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mangia tanto continuamente | <input type="checkbox"/> E' molto in sovrappeso |
| <input type="checkbox"/> Fa ricorrenti abbuffate e si sente in colpa | <input type="checkbox"/> Pur mangiando non riesce ad ingrassare |

8) **Soffre di Anoressia chi:**

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fa la dieta non essendo sovrappeso | <input type="checkbox"/> Mangia poco per paura di ingrassare |
| <input type="checkbox"/> Si vede grasso anche se è sottopeso | <input type="checkbox"/> Pur mangiando non riesce ad ingrassare |

9) **Rispetto alle cause dei Disturbi del Comportamento Alimentare:**

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> È possibile trovare una causa fisica | <input type="checkbox"/> E' possibile trovare una causa psicologica |
| <input type="checkbox"/> È possibile trovare cause psicologiche e fisiche | <input type="checkbox"/> Non è possibile trovare un'unica causa |

10) **Le conseguenze dei Disturbi del Comportamento Alimentare:**

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Riguardano solo la salute fisica | <input type="checkbox"/> Riguardano solo la salute psicologica |
| <input type="checkbox"/> Riguardano la salute fisica e psicologica | <input type="checkbox"/> Non incidono sulla salute |

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

- Molto Abbastanza Poco Per niente

11) **Quanto ritieni importante l'aspetto fisico nel giudicare gli altri?**

- Molto Abbastanza Poco Per niente

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

- Molto Abbastanza Poco Per niente

U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

TEST IES

di Tracy Tilka, 2006

	Quanto spesso mi capita che...	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
1	Cerco di evitare alcuni cibi ricchi di grassi, carboidrati o calorie	<input type="checkbox"/>				
2	Smetto di mangiare quando mi sento sazio/a (non quando mi sento scoppiare)	<input type="checkbox"/>				
3	Mi capita di mangiare quando sono in un particolare stato emotivo (es. ansioso/a, depresso/a, triste), anche se non ho fisicamente fame	<input type="checkbox"/>				
4	Se ho voglia di un certo cibo, mi concedo di mangiarlo	<input type="checkbox"/>				
5	Seguo una dieta precisa che stabilisce cosa, quando e/o quanto mangiare	<input type="checkbox"/>				
6	Mi capita di mangiare quando sono annoiato/a, anche se non mi sento fisicamente affamato/a	<input type="checkbox"/>				
7	Quando mangio, riesco a sentire quando sono leggermente pieno/a	<input type="checkbox"/>				
8	Riesco a capire quando sono leggermente affamato/a	<input type="checkbox"/>				
9	Non riesco a mangiare qualcosa di poco sano (es. cibi grassi)	<input type="checkbox"/>				
9bis	Mi impongo di non mangiare qualcosa di poco sano (es. cibi grassi)	<input type="checkbox"/>				
10	Mi capita di mangiare quando mi sento solo/a, anche se non ho fisicamente fame	<input type="checkbox"/>				
11	E' il mio corpo a dirmi quando mangiare	<input type="checkbox"/>				
12	E' il mio corpo a dirmi cosa mangiare	<input type="checkbox"/>				
13	E' il mio corpo a dirmi quanto mangiare	<input type="checkbox"/>				
14	Ci sono cibi proibiti che non mi concedo di mangiare	<input type="checkbox"/>				
15	Mentre mangio sono in grado di dire quando sto diventando sazio/a	<input type="checkbox"/>				
16	Uso il cibo per consolarmi quando provo emozioni negative	<input type="checkbox"/>				
17	Mi capita di mangiare quando sono stressato/a, anche se non sono fisicamente affamato	<input type="checkbox"/>				
18	Mi sento in colpa se mangio un certo cibo ricco di calorie, grassi o carboidrati	<input type="checkbox"/>				
19	Considero un cibo "buono" o "cattivo" in base al suo contenuto nutritivo	<input type="checkbox"/>				
20	Non sono sicuro di riuscire a resistere a cibi gustosi ma grassi	<input type="checkbox"/>				
21	Vorrei che mia mamma non tenesse in casa certi cibi perché penso che potrei perdere il controllo e mangiarli	<input type="checkbox"/>				