



Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga - OSSFAD

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEGLI STILI DI VITA

GIOVANI IN FORMA

Progetto di promozione di stili di vita per la sicurezza e la tutela
della salute dei giovani lavoratori

Finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali



OSSERVATORIO
O|S|S|F|A|D
FUMO ALCOL E DROGA

Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo Alcol e Droga
Telefono Verde contro il Fumo 800554088
Telefono Verde Alcol 800632000
Fax 0649902016
e-mail: osservatorio.fad@iss.it
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

PRESENTAZIONE E GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Stiamo conducendo una ricerca sugli stili di vita dei giovani lavoratori, per raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica svolta, sull'utilizzo di farmaci e di sostanze quali l'alcol e il fumo.

A tal fine Le proponiamo un questionario, che ha l'obiettivo di raccogliere alcuni dati riguardanti il suo stile di vita, attraverso delle semplici domande che ripercorrono i momenti salienti della Sua giornata.

Lei dovrà solamente cliccare su una o più caselle di risposta, a seconda dei casi, per indicare la Sua preferenza. Le ricordiamo inoltre che non esistono risposte giuste o sbagliate, e che i quesiti sono posti esclusivamente a scopo di conoscenza scientifica.

Può rivolgersi ai Telefoni Verdi dell'Istituto Superiore di Sanità 800 554088, 800 632000 per avere delle informazioni riguardo la compilazione del questionario, e ricevere dei consigli personalizzati da esperti riguardo alle tematiche trattate (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol).

Informativa

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati su archivi cartacei ed elettronici nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge e utilizzati esclusivamente per le finalità insite nell'attività di questo Istituto. Le informazioni fornite verranno utilizzate esclusivamente ai fini di ricerca e non verranno diffuse all'esterno dell'Istituto se non in forma aggregata. Il trattamento dei dati si svolgerà interamente all'interno dell'Istituto con modalità atte a garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni momento ha la facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 8 del D. Lgs 196/2003 ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi.

Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma
Telefono Verde contro il Fumo 800 554088
Telefono Verde Alcol 800 632000
Fax: 06 4990 2016
E-mail: osservatorio.fad@iss.it

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEGLI STILI DI VITA

1) Sesso

Maschio

Femmina

2) Anno di nascita

3) Titolo di studio

Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea

Laurea / Diploma universitario

Diploma scuola media superiore

Licenza scuola media inferiore

Licenza elementare

4) Professione

Direttivo, quadro

Impiegato, intermedio

Capo operaio, operaio subalterno ed assimilati

Apprendista

Altro (specificare.....)

5) Peso *(solo una risposta)*

Rilevato senza vestitikg

Rilevato con i vestiti.....kg

6) Altezzacm

7) Quanto misura la sua circonferenza vita?

(misurata senza vestiti con un metro da sarta a livello dell'ombelico senza trattenere il respiro).....cm

8) Dove fa colazione?

- A casa
- Al bar
- Al lavoro
- Non faccio colazione

8.a) Se fa colazione cosa consuma più frequentemente?

(possibile dare più di una risposta)

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Caffè | <input type="checkbox"/> | Cornetto | <input type="checkbox"/> |
| Latte | <input type="checkbox"/> | Biscotti | <input type="checkbox"/> |
| Cappuccino | <input type="checkbox"/> | Cereali | <input type="checkbox"/> |
| Tè | <input type="checkbox"/> | Fette biscottate | <input type="checkbox"/> |
| Succo di frutta | <input type="checkbox"/> | Pane | <input type="checkbox"/> |
| Yogurt | <input type="checkbox"/> | Altro (specificare.....) | |

9) Quanto dista la sua abitazione dalla sua sede lavorativa?

- Meno di 5 Km
- Tra 5 Km e i 15 Km
- Più di 15 Km
- Altro (specificare.....)

10) Quale mezzo utilizza per recarsi al lavoro?

(possibile dare più di una risposta)

- Non uso nessun mezzo vado a piedi
- Bicicletta
- Moto, motorino o scooter
- Auto
- Mezzo pubblico (autobus, metropolitana, treno)
- Altro (specificare.....)

10.a) Se utilizza solo il mezzo pubblico (autobus, treno, metropolitana) per recarsi al lavoro, quanto dista la fermata dalla sua abitazione ?

- Meno di 100 metri
- Da 100 a 500 metri
- Più di 500 metri

11) Come definirebbe il suo lavoro?

- Sedentario
- Richiedente lieve-moderata attività fisica
- Richiedente vigorosa attività fisica

12) Utilizza il computer al lavoro?

- Sì
- No

12.a) Se sì, per quante ore al giorno?

- 1-2 ore
- 3-5 ore
- più di 5 ore

13) Torna a casa per il pranzo?

- Sì
- No

14) Durante il pranzo solitamente assume più frequentemente?

(possibile dare più di una risposta)

- | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Un primo | <input type="checkbox"/> | Panino imbottito/tramezzino | <input type="checkbox"/> |
| Un secondo | <input type="checkbox"/> | Pizza/piadina/focaccia | <input type="checkbox"/> |
| Un contorno | <input type="checkbox"/> | Acqua | <input type="checkbox"/> |
| Pane | <input type="checkbox"/> | Vino | <input type="checkbox"/> |
| Dolce | <input type="checkbox"/> | Birra | <input type="checkbox"/> |
| Frutta | <input type="checkbox"/> | Caffè | <input type="checkbox"/> |
| Niente | <input type="checkbox"/> | Altro (specificare.....) | |

15) Lei fuma?

Sì

No

15.a) Se sì quante sigarette al giorno fuma?

Meno di 5 sigarette al giorno

Da 5 a 9 sigarette al giorno

Da 10 a 14 sigarette al giorno

Da 15 a 19 sigarette al giorno

Da 20 a 24 sigarette al giorno

25 sigarette al giorno o più

15.b) Se sì, ha mai cercato di smettere di fumare?

Sì

No

16) Pratica regolarmente attività fisica?

Sì

No

16.a) Se sì, che tipo di attività fisica svolge?

(possibile dare più di una risposta)

Corsa

Passeggiate all'aria aperta

Calcio o calcetto

Palestra

Piscina

Bicicletta

Altro (specificare.....)

16.b) Se pratica attività fisica, quanti giorni a settimana?

Tutti i giorni della settimana

Alcuni giorni (*indicare il numero*)

Solo il fine settimana

16.c) Se svolge attività fisica, ogni volta che la fa per quanto tempo la pratica?

- Meno di un' ora
- 1 ora
- 2 ore
- più di 2 ore

17) Solitamente quando deve fare degli acquisti quale mezzo utilizza?

	Spesa	Shopping
Mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moto, motorino o scooter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicletta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vado a piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare.....)		

18) Calcolando tutti i suoi spostamenti a piedi, per quanto tempo ritiene di camminare al giorno?

- Meno di 30 minuti
- Dai 30 ai 60 minuti
- Più di 60 minuti

19) Secondo lei fa abbastanza movimento durante il giorno?

- Sì
- No

20) Il pomeriggio fa uno spuntino?

- Sì
- No

20.a) Se sì, che cosa prende?

(possibile dare più di una risposta)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Tè | <input type="checkbox"/> | Pizza | <input type="checkbox"/> |
| Cappuccino | <input type="checkbox"/> | Panino imbottito/tramezzino | <input type="checkbox"/> |
| Succo di frutta | <input type="checkbox"/> | Dolce | <input type="checkbox"/> |
| Yogurt | <input type="checkbox"/> | Frutta | <input type="checkbox"/> |
| Altro (specificare.....) | | | |

21) Generalmente a che ora cena?

22) Durante la cena solitamente assume?

(possibile dare più di una risposta)

Un primo	<input type="checkbox"/>	Panino imbottito/tramezzino	<input type="checkbox"/>
Un secondo	<input type="checkbox"/>	Pizza/piadina/focaccia	<input type="checkbox"/>
Un contorno	<input type="checkbox"/>	Acqua	<input type="checkbox"/>
Pane	<input type="checkbox"/>	Vino	<input type="checkbox"/>
Dolce	<input type="checkbox"/>	Birra	<input type="checkbox"/>
Frutta	<input type="checkbox"/>	Caffè	<input type="checkbox"/>
Niente	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare.....)	

23) Lei normalmente beve acqua...

Proveniente dal rubinetto
Imbottigliata

24) Quanti litri di acqua beve al giorno?

Mezzo litro
1 litro
2 o più litri

25) Assume bevande alcoliche?

Sì
No

25.a) Se sì, tutti i giorni della settimana?

Sì
No

25.b) Se assume bevande alcoliche, quali delle seguenti assume durante la giornata (pranzo + cena)?

(possibile dare più di una risposta)

Nessuna bevanda alcolica

Birra	Vino	Superalcolico	Cocktail alcolico
<i>bottiglia 33 cl</i>	<i>bicchiere 125 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>
1 <input type="checkbox"/>	2 (1/4 di litro) <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	4 (1/2 litro) <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	8 (1 litro) <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 8 (più di un litro) <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>

25.c) Se assume bevande alcoliche, il sabato sera, quali delle seguenti beve e in che quantità ?

(possibile dare più di una risposta)

Nessuna bevanda alcolica

Birra	Vino	Superalcolico	Cocktail alcolico
<i>bottiglia 33 cl</i>	<i>bicchiere 125 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>	<i>bicchiere 40 ml</i>
1 <input type="checkbox"/>	2 (1/4 di litro) <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	4 (1/2 litro) <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	8 (1 litro) <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 8 (più di un litro) <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>	Più di 3 <input type="checkbox"/>

26) Prima di cena prende un aperitivo?

Sì

No

Qualche volta

26.a) Se prende un aperitivo, quali tra le seguenti bevande consuma?

Birra

Vino

Bevanda analcolica

Super alcolico

Cocktail alcolico

Altro (specificare.....)

27) Lei ha mai pensato che il suo consumo di alcol fosse eccessivo?

Sì

No

28) La sera lei generalmente...

Esce

Rimane a casa (a vedere la TV, leggere ecc...)

28.a) Se esce le capita di bere...

Niente

Birra

Vino

Bevanda analcolica

Super alcolico

Cocktail alcolico

Altro (specificare.....)

29) Assume regolarmente farmaci?

Sì

No

28.a) Se sì, per la cura di quale malattia?

.....

30) Fa uso dei seguenti prodotti?

	Sì	No
Integratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodotti di erboristeria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31) Considerando tutti i pasti che fa al giorno con quale frequenza consuma i seguenti alimenti?

	Mai	1 volta a settimana	2 o 3 volte a settimana	Tutti i giorni della settimana
Biscotti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brioche/cornetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiocchi di cereali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fette biscottate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cracker/grissini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta e/o riso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne rossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne bianca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumi (anche zuppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereali (anche zuppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formaggi freschi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formaggi stagionati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merendine confezionate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panini imbottiti/ tramezzini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cibi già pronti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salse (maionese, ketchup)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32) Considera la sua alimentazione corretta?

Sì

No

33) Desidera avere dei consigli da un esperto riguardo a ...

(possibile dare più di una risposta)

	Sì	No
Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, può rivolgersi ai seguenti Telefoni Verdi dell'Istituto Superiore di Sanità.



I Telefoni Verdi dell'ISS sono un servizio nazionale, anonimo e gratuito attivo dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 16.

Telefonando parlerà con il personale esperto al quale potrà chiedere consigli riguardo il fumo, l'alcol, l'alimentazione e l'esercizio fisico.

Se lo desidera potrà essere indirizzato verso il centro di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale riguardo i problemi legati al fumo e all'alcol.

Grazie per la Sua collaborazione

Istituto Superiore di Sanità

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

Telefono Verde contro il Fumo 800 554088

Telefono Verde Alcol 800 632000

Fax: 06 4990 2016

E-mail: osservatorio.fad@iss.it.

OSSERVATORIO
O|S|S|F|A|D
FUMO ALCOL E DROGA

Telefono Verde contro il Fumo

800554088

Telefono Verde Alcol

800632000



Istituto Superiore di Sanità
Osservatorio Fumo Alcol e Droga
Fax 0649902016
e-mail: osservatorio.fad@iss.it
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma