

1. **Per iniziare, vorremmo sapere come va il Suo attuale stato di salute.** *(Scelga pure una delle risposte seguenti, per favore)*
 - 1 Molto bene
 - 2 Bene
 - 3 Discretamente
 - 4 Male
 - 5 Molto male

2. **Parliamo ora di tutela sanitaria, secondo lei quali tra i seguenti interventi ritiene siano prioritari per la prevenzione sanitaria?** *(Può indicare il numero di risposte che vuole fino ad un massimo di 3)*
 - 1 Educazione alla salute / stile di vita sano
 - 2 Promozione dell'attività fisica / sport / movimento
 - 3 Educazione alimentare
 - 4 Screening diagnostici generali / check-up periodici
 - 5 Visite specialistiche
 - 6 Controlli costanti dal proprio medico di base
 - 7 Controlli personali della pressione, del peso corporeo, ecc.
 - 8 Vaccinazioni (anche quelle non obbligatorie)

3. **Attraverso quali canali ha appreso le informazioni di cui è a conoscenza in tema di prevenzione sanitaria?** *(Se vuole, può indicare anche più risposte)*
 - 1 TV
 - 2 Quotidiani/riviste tematiche
 - 3 Depliant informativi
 - 4 Internet
 - 5 Saggezza popolare/credenze e cerchia familiare
 - 6 Suggestimenti di medici

4. **Ritiene che il Suo livello di conoscenza in materia di prevenzione sanitaria sia...** *(Scelga pure una delle seguenti risposte)*
 - 1 Molto adeguato
 - 2 Abbastanza adeguato
 - 3 Poco adeguato
 - 4 Per nulla adeguato

5. **Parliamo ora di campagne informative sulla prevenzione sanitaria: esprima, per favore, l'importanza che Lei attribuisce a ciascuna delle seguenti campagne informative sulla prevenzione sanitaria con un voto da 1 a 10, dove 1 ovviamente indica nessuna importanza e 10 la massima importanza**

possibile (*Dia un voto di importanza, per favore, per ogni iniziativa di prevenzione*)

- 1 Campagne di sensibilizzazione contro il fumo
- 2 Campagne informative e di prevenzione contro il cancro
- 3 Campagne informative e di prevenzione contro le malattie cardio-vascolari
- 4 Campagne informative e di prevenzione contro le malattie respiratorie
- 5 Campagne informative e di prevenzione contro le malattie neurologiche
- 6 Campagne informative e di prevenzione contro le malattie muscolo-scheletriche

6. **Quali delle seguenti azioni di prevenzione sanitaria mette in atto nella Sua vita? Ed eventualmente, con quale frequenza le effettua?** (*Una risposta per ogni tipo di prevenzione, grazie*)

Risposte: Spesso, Qualche volta, Raramente, Mai

- 1 Attività fisica / sport / movimento
- 2 Dieta alimentare / alimentazione controllata
- 3 Riduzione o eliminazione di comportamenti a rischio (fumo, alcol, ecc.)
- 4 Controlli personali della pressione, del peso corporeo, ecc.
- 5 Controlli costanti dal proprio medico di base
- 6 Visite specialistiche
- 7 Screening diagnostici generali / check-up periodici
- 8 Screening diagnostici per la prevenzione dei tumori
- 9 Screening diagnostici per la prevenzione delle malattie cardio-vascolari
- 10 Screening diagnostici per la prevenzione delle malattie respiratorie
- 11 Screening diagnostici per la prevenzione delle malattie neurologiche
- 12 Screening diagnostici per la prevenzione delle malattie muscolo-scheletriche
- 13 Vaccini non obbligatori

7. **Lei pratica alcune di queste attività fisiche o sportive? Eventualmente con quale frequenza?** (*Una risposta per ogni tipo di attività*)

Risposte: Spesso, Qualche volta, Raramente, Mai

- 1 Passeggiate / lunghe camminate
- 2 Camminata veloce
- 3 Corsa
- 4 Ginnastica all'aria aperta
- 5 Ginnastica in palestra o piscina
- 6 Ginnastica posturale
- 7 Nuoto
- 8 Pesi / potenziamento muscolare
- 9 Tennis / squash / paddle

- 10 Calcio / calcetto
- 11 Sci (discesa o fondo)
- 12 Ciclismo
- 13 Ballo
- Altro (specificare:) _____

8. **Secondo Lei, perché alcune persone non svolgono nessun tipo di attività fisica o sportiva e conducono una vita esclusivamente sedentaria?** *(Può indicare tutti i motivi che vuole nello spazio sottostante)*

9. **E, secondo Lei, che effetti ha su queste persone il fatto che non facciano alcun tipo di attività fisica o sportiva e che conducano una vita sedentaria?** *(Se vuole, può scegliere anche più di una delle seguenti risposte, come pure può indicarne altre nello spazio sottostante)*

- 1 Positivo, perché non rischiano lesioni muscolari o ossee
- 2 Negativo, perché rischiano di ammalarsi di diverse patologie
- 3 Positivo, perché risparmiano tempo da dedicare ai propri cari
- 4 Negativo, perché rischiano soprattutto malattie cardio-vascolari
- 5 Positivo, perché risparmiano tempo da dedicare ai propri interessi
- 6 Negativo, perché rischiano soprattutto malattie respiratorie
- 7 Nessun effetto, perché il rischio di contrarre una malattia grave è lo stesso sia che si faccia sia che non si faccia attività fisica
- 8 Negativo, perché rischiano soprattutto malattie muscolo-scheletriche
- 9 Nessun effetto, perché non è stato realmente dimostrato che l'attività fisica prevenga le malattie
- Altro (specificare:) _____

10. **Quale tipo di controlli medici esegue per la Sua pratica sportiva?**

- 1 Visite presso il medico di base
- 2 Visite presso cliniche private
- 3 Visite presso centri o medici specializzati in medicina dello sport
- 4 Altro (specificare:) _____
- 5 Nessuno

11. **Con quale frequenza effettua questo tipo di controlli?**

- 1 Una volta l'anno
- 2 Due volte l'anno
- 3 Più di due volte l'anno

12. **Ha avuto bisogno di un certificato medico attestante la Sua idoneità fisica per praticare la/le attività sportiva/e che ha indicato prima?**

- 1 Sì
- 2 No
- 3 Non sa/non ricorda

13. **Da chi Le è stato rilasciato?**

- 1 Medico di Base
- 2 Medico specializzato in Medicina dello Sport
- 3 Medico con altre specializzazioni
- 4 Non sa/non ricorda

14. **Conosce l'Istituto di Medicina dello Sport del CONI?**

- 1 Sì
- 2 No

15. **Ha avuto modo di utilizzare l'Istituto di Medicina dello Sport del CONI?**
(Sono ammesse anche più risposte)

- 1 Sì, personalmente
- 2 Sì, per un familiare
- 3 No, non l'ho mai utilizzato

16. **Le interessa lo sport?**

- 1 Sì, ma solo quello praticato
- 2 Sì, ma solo quello seguito in TV
- 3 Sì, sia quello praticato che quello seguito in TV
- 4 No, non mi interessa lo sport

17. **In generale, quanto ritiene che la pratica di attività fisico-sportive possa incidere positivamente sulla Sua vita?**

- 1 Molto
- 2 Abbastanza
- 3 Poco
- 4 Per niente

18. **Provincia di residenza**

19. **Associazione di appartenenza**

20. **Sesso**

- 1 Uomo
- 2 Donna

21. **Età**

- 1 fino a 40 anni
- 2 41-50 anni
- 3 51-60 anni
- 4 61-70 anni
- 5 71-80 anni
- 6 81 anni o più

22. **Titolo di studio**

- 1 Licenza media
- 2 Diploma superiore
- 3 Laurea

23. **Stato di servizio**

- 1 Attivo
- 2 Pensionato
- 3 Momentaneamente non attivo.

24. **A quale Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa è iscritto?**

- 1 FASI
- 2 Assidai
- 3 Altro Fondo Sanitario Integrativo Aziendale
- 4 Non è iscritto ad alcun Fondo Sanitario

25. **In generale l'iscrizione ad un Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa che fa della prevenzione una competenza distintiva, può essere lo strumento per favorire la promozione di stili di vita corretti?**

- 1. Molto
- 2. Abbastanza
- 3. Poco
- 4. Per niente
- 5. Non indica

Inviare i risultati a adaifvg@tin.it