

**1. Quanti anni hai?**

- 14 anni       15 anni       16 anni       17 anni       18 anni  
 19 anni       20 anni       21 anni       oltre

**2. Di che sesso sei?**

- Maschio       Femmina

**3. Quanto sei alto? Cm \_\_ \_**

**4. Quanto pesi? Kg \_\_ \_**

**5. Sei residente a Reggio Emilia?**

- si       no

**6. La tua famiglia è di origine italiana?**

- si       no      Se no, di quale origine è? \_\_\_\_\_

**7. I tuoi genitori sono divorziati?**

- si       no

**1. Hai uno o più gruppi di amici/che con cui passi il tuo tempo libero?**

- Non ho amici/che       Frequento persone ma non ho amici fissi né compagnia stabile       Esco in una compagnia       Esco in due diverse compagnie       Esco in tre diverse compagnie       Esco in più di tre compagnie

**2. Con che frequenza incontri i tuoi amici/che?**

- Poche volte al mese       Solo il fine settimana       Più di una volta alla settimana ma non nel fine settimana       Più di una volta alla settimana compreso il fine settimana       Ogni giorno

**3. Qual'è tra i seguenti il principale luogo in cui ti ritrovi con la tua compagnia?**

- Bar       Bar/pub/ristorante all'ora dell'aperitivo       Parrocchia       Centro sociale       Casa tua o di un/una amico/a

Se il luogo è diverso da quelli elencati scrivilo di seguito \_\_\_\_\_

**4. Quali sono secondo, nel giro dei tuoi amici/che te, le sostanze provate in modo saltuario e quelle usate con regolarità? (Puoi indicare al max. 5 risposte ponendole in ordine di importanza, 1 equivale alla sostanza più usata.)**

	SOLO PROVATE					USATE IN MODO REGOLARE				
Hashish/ marijuana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Acidi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Cocaina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Eroina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ecstasy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Speed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Alcol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumo di sigaretta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ketamanina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Medicinali e Psicofarmaci	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**5. Nel giro dei tuoi amici/che, qualcuno ha avuto problemi (di salute, legali, ecc.) a causa di una o più delle sostanze sopra riportate?**

Hashish/ marijuana	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Acidi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Cocaina	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Eroina	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ecstasy	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Speed	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Alcol	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Fumo di sigaretta	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ketamanina	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Medicinali e Psicofarmaci usati in modo scorretto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

**6. Negli ultimi tre mesi, con quale frequenza ti sei intrattenuto con i tuoi amici nei seguenti svaghi?**

	mai	raramente	qualche volta	spesso
Cinema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festa-Cene-Incontri in casa di amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festa-Cene-Incontri in casa mia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<b>mai</b>	<b>raramente</b>	<b>qualche volta</b>	<b>spesso</b>
Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festa in un Centro sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Rave party"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostra d'arte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadio - Palazzetto dello Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chattare in Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giocare ai videogiochi (playstation, X-box, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1. Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di guidare dopo aver assunto droga o consumato alcolici o di viaggiare a bordo di uno scooter, di una moto o di un'automobile condotto da qualcuno che aveva assunto droga o consumato alcolici prima di guidare?**

	<b>mai</b>	<b>raramente</b>	<b>qualche volta</b>	<b>spesso</b>	<b>sempre</b>
tu alla guida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altri alla guida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Se hai risposto SI alla domanda precedente, quali sostanze erano state più frequentemente consumate dal conducente del veicolo?**

- Hashish/ marijuana       Ecstasy       Cocaina       Bevanda alcolica

**1. Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di essere coinvolto in uno scontro fisico?**

- mai       raramente       qualche volta       spesso       molto spesso

**2. Se negli ultimi 12 mesi sei stato coinvolto in uno scontro fisico in quali situazioni è successo?**

- A scuola       In giro con gli amici e/o le amiche       In un locale       Allo stadio/palazzetto dello sport

**3. Se negli ultimi 12 mesi sei stato coinvolto in uno scontro fisico, prevalentemente in questo comportamento ti sei trovato:**

- da solo       insieme ad amici/che

**4. Negli ultimi 12 mesi, quante volte sei stato coinvolto in uno scontro fisico in cui prima qualcuno (tu e/o i tuoi avversari) aveva assunto droghe o consumato alcolici?**

- mai       raramente       qualche volta       spesso       sempre

**5. Sei mai stato forzato fisicamente ad avere un rapporto sessuale non desiderato?**

- si       no



**6. Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai visto qualcuno che conosci coinvolto in uno scontro fisico?**

- mai                       raramente                       qualche volta                       spesso                       molto spesso

**7. Negli ultimi 12 mesi di scuola, ti è mai capitato di essere vittima di prepotenze da parte di altri ragazzi/e della tua scuola?**

- sì                       no

**8. Se hai risposto di SÌ, con che frequenza hai subito le seguenti prepotenze?**

	<b>raramente</b>	<b>qualche volta</b>	<b>spesso</b>
Prese in giro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scherzi pesanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclusione dalla compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offese e insulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minacce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piccoli furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furti importanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estorsioni di denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressioni fisiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di fare prepotenze ad altri ragazzi/e della tua scuola?**

	<b>raramente</b>	<b>qualche volta</b>	<b>spesso</b>
Prese in giro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scherzi pesanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclusione dalla compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offese e insulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minacce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piccoli furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furti importanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estorsioni di denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressioni fisiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1. Hai mai provato a fumare tabacco, anche per dare uno o due tiri alla sigaretta?**

- sì                       no (Passa alle domande della sezione successiva)

**2. Quanti anni avevi quando hai fumato una sigaretta intera per la prima volta?**

- 8 anni o meno    9 o 10 anni    11 o 12 anni    13 o 14 anni    15 o 16 anni    17 anni o più

**3. Attualmente fumi regolarmente sigarette?**

- si    no

**1. Hai mai consumato per intera una bevanda alcolica (bicchiere per vino o superalcolici, lattina o bottiglietta per birra e long drinks)?**

- si    no (Passa alle domande della sezione successiva)

**2. Se hai risposto SI, quanti anni avevi la prima volta?**

- 9 o 10 anni    11 o 12 anni    13 o 14 anni    15 o 16 anni    17 o 18 anni  
 19 o 20 anni    21 o più

**3. Negli ultimi 12 mesi, con che frequenza hai bevuto almeno un bicchiere di una bevanda alcolica?**

- mai    occasionalmente    regolarmente

**4. Negli ultimi 12 mesi, quanto spesso hai consumato le seguenti bevande alcoliche?**

	mai	qualche volta	spesso	molto spesso
Birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superalcolico/Amaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocktail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Se negli ultimi 12 mesi ti è capitato di consumare bevande alcoliche, quante volte eri con una delle seguenti persone?**

	mai	qualche volta	spesso	molto spesso
Da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con amici/amiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con la partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Ti sei mai ubriacato?**

- si    no



**7. Se hai risposto SI, è successo negli ultimi 12 mesi?**

- si  no

**8. Se hai risposto SI, con quale frequenza nelle situazioni elencate?**

	mai	occasionalmente	regolarmente
A casa mia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A casa di amici/che	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In discoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In birreria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A un concerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al ristorante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1. Hai provato una "canna" di marijuana o hashish?**

- si  no (Passa alle domande della sezione successiva)

**2. Se hai risposto SI, quanti anni avevi la prima volta?**

- 9 o 10 anni  11 o 12 anni  13 o 14 anni  15 o 16 anni  17 o 18 anni  
 19 o 20 anni  21 o più

**3. Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti è capitato di fare uso di marijuana o hashish?**

- mai  occasionalmente  regolarmente

**4. Se hai risposto SI, in quali occasioni, con chi e quante volte è successo (1=mai, 2=qualche volta, 3=spesso, 4=sempre)**

	DA SOLO				CON AMICI/AMICHE				CON PARTNER			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
A casa mia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A casa di amici/amiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In discoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In birreria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A un concerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**1. Hai avuto un rapporto sessuale completo?**

- sì  no (Passa direttamente alla sezione successiva)

**2. Se hai risposto SI, quanti anni avevi la prima volta?**

- 9 o 10 anni  11 o 12 anni  13 o 14 anni  15 o 16 anni  17 o 18 anni  
 19 o 20 anni  21 o più

**3. Hai avuto rapporti sessuali nella tua vita con**

	mai	poche volte	spesso
Persone del sesso opposto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persone del mio stesso sesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persone Transessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Nei tuoi rapporti sessuali, quale metodo è stato utilizzato più frequentemente per prevenire una gravidanza?**

- Non utilizzo nessun metodo anticoncezionale  La pillola anticoncezionale  Profilattico  Il coito interrotto  Altro \_\_\_\_\_

**5. Quante volte ti è già capitato di rimanere incinta (se sei femmina) o di mettere incinta una ragazza (se sei maschio)?**

- mai  1 volta  2 volte  3 o più volte

**6. Nei tuoi rapporti sessuali, quale metodo è stato utilizzato più frequentemente per prevenire una malattia sessualmente trasmissibile?**

- Non utilizzo nessun metodo  La pillola anticoncezionale  Profilattico  Il coito interrotto  Altro \_\_\_\_\_

**7. Ti è mai capitato che ti fosse diagnosticata una malattia (infezione, problema) che ti è stata trasmessa attraverso un rapporto sessuale?**

- sì  no

**8. Quali e con che frequenza le seguenti pratiche appartengono alla tua vita sessuale?**

	<b>mai</b>	<b>poco</b>	<b>spesso</b>
Incontri sessuali di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontri sessuali con scambio di partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di pornografia (stampata, video, internet, telefono) (chat; webcam; ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapporti sessuali telefonici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontri sessuali a pagamento come cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offrirsi dietro pagamento per incontri sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Ti capita di bere alcolici o/e fare uso di droghe prima del rapporto sessuale?**

sì  no

**10. Se hai risposto SI, con che frequenza succede?**

	<b>Raramente</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>	<b>Sempre</b>
con partner abituale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con partner occasionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1. Pensi di essere:**

Molto sottopeso  Sottopeso  Normale  Sottopeso  Soprappeso  Molto soprappeso

**2. Rispetto al tuo peso, cosa stai cercando di fare?**

Non mi preoccupa  Sto cercando di mantenere il peso attuale  Sto cercando di perdere peso  Sto cercando di mettere su peso

**3. Qual è il peso ideale che vorresti avere? Peso \_\_ kg**

**4. Negli ultimi 12 mesi, hai fatto ricorso a diete o hai evitato di mangiare per perdere peso o per non ingrassare?**

sì  no

**5. Negli ultimi 12 mesi, hai fatto ginnastica o attività fisica per perdere peso o per non ingrassare?**

sì  no

**6. Negli ultimi 12 mesi, hai provato a vomitare per perdere peso o per non ingrassare?**

sì  no

**7. Negli ultimi 12 mesi, hai preso pillole dietetiche o altri composti per perdere peso o per non ingrassare?**

sì  no

**8. Negli ultimi 12 mesi, hai fatto ricorso a diete o preso sostanze legali per aumentare la tua massa muscolare?**

sì  no

**9. Negli ultimi 12 mesi, hai preso sostanze illegali o fatto uso scorretto di farmaci per aumentare la tua massa muscolare?**

sì  no

**10. Pratichi sport a livello agonistico?**

sì Quali? \_\_\_\_\_  no

**11. Negli ultimi 12 mesi, hai fatto ricorso a diete o preso sostanze legali per migliorare le tue prestazioni sportive?**

sì  no

**12. Negli ultimi 12 mesi, hai fatto uso di sostanze illegali o fatto uso scorretto di farmaci per migliorare le tue prestazioni sportive?**

sì Quali? \_\_\_\_\_  no

**13. Se hai risposto SI, con che frequenza è successo?**

Raramente  Qualche volta  Spesso  Sempre

**14. Se hai risposto SI alla domanda precedente, chi te le ha consigliate?**

Non me le ha consigliate nessuno, ho deciso da solo  Un amico/a  L'istruttore della palestra che frequento  Il mio allenatore  Il medico della squadra e/o società sportiva  
 Il medico di famiglia  Un altro medico