



**Distretto Sanitario n°4 Sassuolo**

## **Questionario** ***Dico la mia!***

Ciao, abbiamo bisogno della tua collaborazione per conoscere meglio i ragazzi che come te vivono sui territori del Distretto di Sassuolo e promuovere quindi mirate politiche per i giovani: ci interessa sapere quali sono le vostre abitudini, quale è lo stile di vita che conducete, e cosa fate per divertirvi.

***Dacci una mano anche tu, il questionario è anonimo!***

Progetto Stili di vita e ricerca del rischio

Il Progetto distrettuale per la Promozione di sani stili di vita promuove interventi di promozione del benessere dei giovani e di prevenzione del consumo di sostanze alcoliche e stupefacenti.

Gli Enti coinvolti sono i Comuni del Distretto di Sassuolo, l'Azienda Asl di Modena – SDP, il Corpo di Polizia Municipale distrettuale, le Associazioni ACAT, AA, ALANON, AIGVS, le Associazioni di categoria.



**Di che sesso sei?**        Maschio        Femmina

**Anno di nascita?**.....

**Comune di residenza:** .....

**Titolo di studio :**

- senza titolo
- licenza elementare
- licenza media inferiore
- diploma professionale
- diploma maturità 5 anni
- laurea o titolo post-diploma

**Condizione professionale:**

studente  
lavoratore  
disoccupato  
in cerca di prima occupazione  
lavoro saltuario

**Se studente di scuola media superiore, specificare il tipo di scuola**

- Liceo  
Istituto d'Arte
- Istituto Tecnico
- Istituto Professionale
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Hai la cittadinanza italiana?**      ( ) NO      SI' ( )

**Se no, quale?** .....

**1) Quanto spesso ti capita di fare le seguenti cose (se le fai)?**

*(Segna una sola casella per ogni riga)*

	Mai	Poche volte l'anno	1 o 2 volte al mese	Almeno 1 volta a settimana	Quasi ogni giorno
a) Andare in giro con lo scooter solo per divertimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Giocare con il computer e con videogiochi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Navigare in Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Partecipare attivamente ad attività sportive o andare in palestra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Leggere libri (al di fuori di quelli scolastici).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uscire la sera con gli amici (andare in discoteca, in giro, al bar, alle feste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Altri hobbies (suonare uno strumento, cantare, disegnare, scrivere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fare giochi in cui si vincono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2) Quali dei seguenti contesti di aggregazione e divertimento notturni frequenti?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	mai	qualche volta	abituamente
Discoteche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feste private.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concerti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinema/teatro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizzeria/ristorante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa amici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pub.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circoli/Associazioni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centri sociali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disco-pub.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3) Pratici qualche tipo di attività fisica ?

(puoi dare più di una risposta)

- No, non pratico attività fisica
- Corsa
- Passeggiate all'aria aperta
- Calcio o calcetto
- Pallavolo
- Palestra
- Piscina
- Bicicletta
- Altro (specificare.....)

## 4) Se pratici attività fisica, quanti giorni a settimana? (per almeno un' ora)

(segna una sola risposta)

- Tutti i giorni della settimana
- 3-5 giorni alla settimana
- 1-2 giorni alla settimana
- Saltuariamente: almeno 2-4 volte al mese

**5) Se dovessi descrivere le tue abitudini alimentari cosa diresti?**

*(puoi dare più di una risposta)*

- Mangio quasi sempre le stesse cose
- Mangio cose molto diverse
- Mangio solo le cose che mi piacciono
- Mangio spesso delle porcherie
- Faccio regolarmente 3 pasti al giorno
- Mangio tutti i giorni almeno 2 porzioni di verdura
- Mangio tutti i giorni almeno una porzione di frutta
- Faccio regolarmente colazione (latte o the con biscotti, o pane e marmellata, o brioche)
- Ho l'abitudine di "mangiucchiare" spesso fuori dai pasti

**6) Ti consideri *(segna una sola risposta)***

- Con un peso regolare
- Sottopeso
- Sovrappeso
- Obeso/a

***Nelle pagine seguenti ti verranno richieste una serie di informazioni sull'uso di alcune sostanze. Ti chiediamo pertanto di rispondere in modo sincero, ricordandoti che il questionario è anonimo e che le risposte saranno utilizzate al solo scopo di ricerca.***

**7) Fumi tabacco?**

*(segna una sola risposta)*

- No, e penso che non mi succederà mai
- No, ma penso che potrebbe capitarmi
- No, anche se qualche volta l'ho fatto
- Sì, ma voglio smettere
- Sì, e non intendo smettere

8) Se fumi sigarette ,con quale frequenza lo hai fatto ?  
*(ricordati di segnare una risposta per ogni colonna)*

	<b>Finora nella tua vita</b>	<b>Negli ultimi 30 giorni</b>	<b>Negli ultimi 12 mesi</b>
Mai.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meno di una sigaretta alla settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meno di una sigaretta al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-5 sigarette al giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-10 sigarette al giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-20 sigarette al giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Più di 20 sigarette al giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Se assumi bevande alcoliche con quale frequenza lo fai?  
*(segna una sola casella per ogni colonna)*

	<b>Birra</b>	<b>Vino</b>	<b>Superalcolici</b>
Mai.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poche volte l'anno...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una volta alla settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Più volte alla settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una volta al giorno..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Più volte al giorno....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10) E quante volte bevi alcolici fuori pasto?**

*(segna una sola risposta )*

- Mai
- Solo qualche volta all'anno
- Alcune volte al mese
- Almeno una volta alla settimana
- Più volte alla settimana
- Quasi tutti o tutti i giorni

**11) Se bevi bevande alcoliche fuori pasto, quanti bicchieri ne assumi mediamente il giorno che le bevi?**

*(barrare una sola casella per ogni riga)*

- |                      |               |                          |               |                          |                   |                          |                          |                       |
|----------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>Birra</b> .....   | Una lattina   | <input type="checkbox"/> | 2 lattine     | <input type="checkbox"/> | 3 o 4 lattine     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 / 6 lattine o più   |
| <b>Vino</b> .....    | 1 bicchiere   | <input type="checkbox"/> | 2 bicchieri   | <input type="checkbox"/> | 3o 4 bicchieri    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 / 6 bicchieri o più |
| <b>Superalcolici</b> | 1 bicchierino | <input type="checkbox"/> | 2 bicchierini | <input type="checkbox"/> | 3 o 4 bicchierini | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5/6 bicchierini o più |

**12) Ripensa all'ultima giornata in cui hai bevuto alcolici. Dove ti trovavi quando hai bevuto?**

*(Segna tutte le caselle appropriate)*

- a)  Non ho mai bevuto alcolici
- b)  A casa mia
- c)  A casa di altri
- d)  Fuori casa, per strada, in un parco, sulla spiaggia o comunque all'aperto
- e)  Al bar o in un pub
- f)  In discoteca
- g)  Al ristorante
- h)  Altro (specificare) .....

**13) In quante occasioni ti sei ubriacato (se ti è successo)?**

*(ricordati di segnare una risposta per ogni colonna)*

	Finora nella tua vita	Negli ultimi 30 giorni	Negli ultimi 12 mesi
<b>Mai</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1-2 volte</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3-5 volte</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>più di 5 volte</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14) Se bevi alcolici, quante volte hai bevuto almeno cinque drink di fila nella stessa occasione?**

(Per drink si intende un bicchiere di vino (circa 125 ml), o una lattina di birra (33 cl), o un bicchierino di liquore (50 ml) o un cocktail da 80 ml)

*(ricordati di segnare una risposta per ogni colonna)*

	Finora nella tua vita	Negli ultimi 30 giorni	Negli ultimi 12 mesi
<b>Mai</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1-2 volte</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3-5 volte</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>più di 5 volte</b> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15) Hai mai pensato recentemente alla necessità di diminuire il tuo bere?**

SI'  NO

**16) Secondo te quanti tra i tuoi amici bevono troppo o troppo spesso?**

- Nessuno
- Da 1 a 3
- 4 o più

**17) A proposito delle droghe (Segna tutte le caselle appropriate):**

- è un argomento sul quale mi ritengo informato
- è un argomento che mi preoccupa
- è un argomento che non mi interessa
- è un argomento sul quale mi ritengo disinformato

### 18) Riguardo agli anabolizzanti e alle altre sostanze dopanti

- Ne hai mai sentito parlare?..... SI' NO
- Conosci qualcuno che ne fa uso?..... SI' NO
- Ti è capitato di vedere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di toccare questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato che qualcuno ti proponesse di usarla?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza nell'ultimo anno?..... SI' NO

### 19) Riguardo alla Marijuana e all' Hashish

- Ne hai mai sentito parlare?..... SI' NO
- Conosci qualcuno che ne fa uso?..... SI' NO
- Ti è capitato di vedere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di toccare questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato che qualcuno ti proponesse di usarla?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza nell'ultimo anno?..... SI' NO

### 20) Riguardo all'ecstasy e alle amfetamine

- Ne hai mai sentito parlare?..... SI' NO
- Conosci qualcuno che ne fa uso?..... SI' NO
- Ti è capitato di vedere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di toccare questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato che qualcuno ti proponesse di usarla?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza nell'ultimo anno?..... SI' NO

### 21) Riguardo alla cocaina

- Ne hai mai sentito parlare?..... SI' NO
- Conosci qualcuno che ne fa uso?..... SI' NO
- Ti è capitato di vedere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di toccare questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato che qualcuno ti proponesse di usarla?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza nell'ultimo anno?..... SI' NO

### 22) Riguardo all'LSD e agli allucinogeni

- Ne hai mai sentito parlare?..... SI' NO
- Conosci qualcuno che ne fa uso?..... SI' NO
- Ti è capitato di vedere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di toccare questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato che qualcuno ti proponesse di usarla?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza nell'ultimo anno?..... SI' NO

23) Conosci altre sostanze illegali ? SI' NO

Di quale altra sostanza illegale hai sentito parlare di più?

.....

- Conosci qualcuno che ne fa uso?..... SI' NO
- Ti è capitato di vedere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di toccare questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato che qualcuno ti proponesse di usarla?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza?..... SI' NO
- Ti è capitato di assumere questa sostanza nell'ultimo anno?..... SI' NO

**24) Secondo te perchè le persone provano l'alcol?**

*(Segna tutte le caselle appropriate)*

- Non ne ho idea
- Perchè vogliono sballare
- Per non rimanere escluse dal gruppo
- Perchè si annoiano e non hanno niente altro da fare
- Perchè farne uso rende più sicuri di sé
- Per curiosità
- Perchè farne uso rende più disinvolti
- Per dimenticare i problemi
- Altro, per favore

specifica.....  
.....

**25) Secondo te perchè le persone provano l'hashish o la marijuana?**

*(Segna tutte le caselle appropriate).*

- Non ne ho idea
- Perchè vogliono sballare
- Per non rimanere escluse dal gruppo
- Perchè si annoiano e non hanno niente altro da fare
- Perchè farne uso rende più sicuri di sé
- Per curiosità
- Perchè farne uso rende più disinvolti
- Per dimenticare i problemi
- Altro, per favore specifica.....

**26) Secondo te perchè le persone provano ecstasy / amfetamine?**

*(Segna tutte le caselle appropriate).*

- Non ne ho idea
- Perchè vogliono sballare
- Per non rimanere escluse dal gruppo
- Perchè si annoiano e non hanno niente altro da fare
- Perchè farne uso rende più sicuri di sé
- Per curiosità
- Perchè farne uso rende più disinvolti
- Per dimenticare i problemi
- Altro, per favore specifica.....

**27) Secondo te perchè le persone provano la cocaina?**

*(Segna tutte le caselle appropriate).*

- Non ne ho idea
- Perchè vogliono sballare
- Per non rimanere escluse dal gruppo
- Perchè si annoiano e non hanno niente altro da fare
- Perchè farne uso rende più sicuri di sé
- Per curiosità
- Perchè farne uso rende più disinvolti
- Per dimenticare i problemi
- Altro, per favore specifica.....

**28) Secondo te quante persone della tua età fanno le seguenti cose?**

*(Segna una sola casella per ogni riga)*

	Nessuno	Poche persone	Molte persone	La maggior parte	Tutti
Fumare sigarette.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bere alcolici (birra, vino, liquori).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubriacarsi almeno una volta a settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumare marijuana o hashish (spinello,erba) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendere LSD o un altro allucinogeno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usare cocaina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usare ecstasy o amfetamine...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29) Pensi che l'alcol influenzi i seguenti eventi?**

*(Segna una sola casella per ogni riga)*

	NO	POCO	MODERATA MENTE	ABBASTAN ZA	MOLTISSIMO
Incidenti stradali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri incidenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crimini violenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi familiari.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di salute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi nei rapporti con gli altri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi economici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**30) Pensi che fare uso di hashish,cocaina,ecstasy o allucinogeni influenzi i seguenti eventi?**

*(Segna una sola casella per ogni riga)*

	NO	POCO	MODERATA MENTE	ABBASTANZA	MOLTISSIMO
Incidenti stradali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri incidenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crimini violenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi familiari.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di salute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi nei rapporti con gli altri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi economici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Il questionario è finito!  
Grazie per la tua collaborazione**

**Per info e contatti  
Dott.ssa Patrizia Intravaia – Ufficio Comune  
Tel. 0536 1844710 - Via Adda 50/O – Sassuolo - Mo**

