

QUALI SONO SECONDO TE I LUOGHI MAGGIORMENTE FREQUENTATI DAI GIOVANI NELLE NOTTI DEI GIORNI FERIALI?

SCEGLINE 3 IN ORDINE DI IMPORTANZA

1 _____

2 _____

3 _____

- Bar/pub
- sala giochi
- casa
- Strada/piazza
- casa di amici
- discoteche
- pizzeria/ristorante
- Cinema/teatro
- Altro (specificare)

QUALI SONO SECONDO TE I LUOGHI MAGGIORMENTE FREQUENTATI DAI GIOVANI NELLE NOTTI DEL FINE SETTIMANA?

SCEGLINE 3 IN ORDINE DI IMPORTANZA

1 _____

2 _____

3 _____

- Bar/pub
- sala giochi
- Casa
- Strada/piazza
- casa di amici
- discoteche
- pizzeria/ristorante
- Cinema/teatro
- Altro (specificare)

QUALI SONO SECONDO TE I LUOGHI MAGGIORMENTE INTERESSATI DAL CONSUMO DI ALCOOL?

SCEGLINE 3 IN ORDINE DI IMPORTANZA

1 _____

2 _____

3 _____

- Bar/pub
- Feste private
- sala giochi
- Casa
- Strada/piazza
- casa di amici
- discoteche
- pizzeria/ristorante
- Concerti/festival
- Scuola
- Rave
- Altro (specificare)

QUALI SONO SECONDO TE I LUOGHI MAGGIORMENTE INTERESSATI DAL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI ILLEGALI?

SCEGLINE 3 IN ORDINE DI IMPORTANZA

1 _____
2 _____
3 _____

- Bar/pub
- Feste private
- sala giochi
- Casa
- Strada/piazza
- casa di amici
- discoteche
- pizzeria/ristorante
- Concerti/festival
- Scuola
- Rave
- Altro (specificare)

QUALI PENSI SIANO LE SOSTANZE SU CUI È PRIORITARIO STRUTTURARE DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE?

SCEGLINE 3 IN ORDINE DI IMPORTANZA:

1 _____
2 _____
3 _____

- Alcol (vino, birra)
- Superalcolici
- Hashish/marijuana
- Anfetamine
- Ecstasy
- LSD (trip)
- Cocaina
- Crack
- Ketamina
- Popper
- Fungheiti allucinogeni
- Kobret
- Anabolizzanti
- Eroina
- Farmaci senza prescrizione medica
- Mix
- Altro (specificare) _____

QUALI PENSI SIANO I CONTESTI SU CUI È PIÙ UTILE ATTIVARE INTERVENTI DI PREVENZIONE?

	Molto utile	Abbastanza utile	Poco utile	Per niente utile
Stadio				
Discoteca				
Scuola				
Rave				
Concerti				
Strada				
Sala giochi				
Parrocchia				
Circoli culturali				
Festival estivi				
Pub				
Palestra/associazioni sportive				
Caserma				

QUALI DELLE SEGUENTI SOSTANZE HAI USATO NEL CORSO DELLA TUA VITA ?

	SI	A CHE ETA' LA PRIMA VOLTA	A CHE ETA' L'ULTIMA VOLTA
alcool			
superalcolici			
cannabis			
amfetamine			
ecstasy			
lsd			
cocaina			
crack			
ketamina			
anabolizzanti			
popper			
Funghetti allucinogeni			
eroina			
oppio			
Psicofarmaci senza prescrizione medica			

QUALI DELLE SEGUENTI SOSTANZE HAI USATO NEL CORSO DEGLI ULTIMI TRE MESI E CON QUALE
FREQUENZA ?

	SI	Tutti i giorni	Più di una volta a settimana	Circa una volta a settimana	Circa una volta al mese
alcool					
superalcolici					
cannabis					
amfetamine					
ecstasy					
lsd					
cocaina					
crack					
ketamina					
anabolizzanti					
popper					
Funghetti allucinogeni					
eroina					
oppio					
Psicofarmaci senza prescrizione medica					

INDICA IL TUO LIVELLO DI GRADIMENTO PER LE SEGUENTI SOSTANZE (1 MINIMO, 10 MASSIMO):

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

CANNABIS

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

ECSTASY

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

ALCOOL

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

COCAINA

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

LSD/FUNGHI

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

KETAMINA

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

EROINA

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

OPPIO

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

POPPER

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

PSICOFARMACI

IN QUALI DEI SEGUENTI CONTESTI HAI FATTO USO DI SOSTANZE?

	cannabis	alcool	ecstasy	Allucin	ketamina	Psicofar	coca	eroina	oppio	popper	anaboliz
discoteca											
concerti											
stadio											
casa amici											
casa propria											
centri sociali											
strada											
Rave											
festival											
Palestra											
Scuola/lavor											
altro											

DOPO AVER ASSUNTO SOSTANZE TI È CAPITATO DI AVERE RAPPORTI SESSUALI? Si No

DURANTE IL RAPPORTO SESSUALE HAI USATO IL PRESERVATIVO? Si No

NORMALMENTE USI IL PRESERVATIVO? Si No

HAI MAI AVUTO PROBLEMI PER L'USO DI SOSTANZE? Si No

Se sì, quali? psicologici (ansia, paranoie, attacchi di panico, ecc.)
 fisici (insonnia, stress, collassi, ecc.)
 nei rapporti con gli altri (famiglia, amici, ..)
 nella professione (scuola, lavoro, ecc..)
 altro _____

Di che tipo? _____

Per quali sostanze _____

A CHI TI SEI RIVOLTO? nessuno
 amici/amiche
 familiari
 insegnanti
 operatori sanitari
 sert
 servizi psichiatrici pubblici
 servizi privati
 medico di base
 operatori di strada
 altro _____

HAI MAI AVUTO PROBLEMI CON LA LEGGE PER IL POSSESSO DI SOSTANZE? Si No

Se sì per quali sostanze? _____

HAI MAI AVUTO INCIDENTI STRADALI DOVUTI ALL'USO DI SOSTANZE? Si No

Se sì quali sostanze avevi assunto? _____

SEI MAI STATO PORTATO AL PRONTO SOCCORSO PER PROBLEMI CAUSATI DALL'USO DI SOSTANZE?

Si No

Se sì quali sostanze avevi assunto? _____

DATA

LUOGO DI RILEVAZIONE

Per informazioni: <http://www.cedostar.it/happynight.htm>