



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

ESPAD

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
www.espad.org

ESPAD-Italia® 2013

Questionario per gli studenti

Prima di iniziare, per cortesia leggi questo testo

Questo questionario è lo strumento di uno studio internazionale sull'uso di tabacco, alcol ed altre sostanze ad azione psicoattiva e su altri comportamenti a rischio di dipendenza, fra gli studenti della tua età. Il Progetto è stato promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol ed altre droghe (C.A.N.) ed è supportato dall'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA). Questo è il sedicesimo studio di una serie iniziata nel 1995.

In Italia l'indagine è condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (C.N.R.).

La tua classe è stata selezionata in modo casuale per prendere parte a questo studio. I risultati saranno presentati nel rapporto ESPAD Italia - puoi trovare alcuni risultati anche sul sito www.epid.ifc.cnr.it - e non includerà nessun risultato riferibile a singole classi o a singoli Istituti scolastici.

Tu sei uno dei circa 50.000 studenti in Italia che parteciperanno allo studio. Il questionario è anonimo: non dovrai mai inserire il tuo nome e le informazioni che ti verranno richieste non permetteranno di identificarti. Quando avrai completato la compilazione delle risposte, sei pregato di mettere il questionario nella busta che ti è stata consegnata, e di sigillarla. Al termine l'insegnante provvederà a raccogliere tutte le buste, la tua e quelle dei tuoi compagni di classe, li porrà in un'unica busta che poi verrà inviata al C.N.R.

Non scrivere il tuo nome né sul questionario né sulla busta.

Affinché lo studio abbia successo, è molto importante che tu risponda con attenzione e sinceramente, ricordando che le tue risposte rimarranno completamente anonime. All'interno del questionario troverai alcune domande con l'**asterisco (*)** che sono **opzionali**. Se le compilerai, al questionario sarà attribuito un codice non riconducibile alla tua persona, ma che permetterà, se parteciperai ancora allo studio ESPAD nei prossimi anni, di osservare l'eventuale cambiamento delle risposte.

La partecipazione allo studio è volontaria. Se pensi, per qualunque motivo, di non volere rispondere a qualcuna delle domande, puoi lasciarla in bianco. Questo non è un test. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Fai una "X" nella casella della risposta che hai scelto. Se non trovi la risposta che indica esattamente quello che pensi, segna quella che ci si avvicina di più.

Ci auguriamo che il questionario ti possa interessare; se hai bisogno di chiarimenti, alza la mano e l'insegnante ti risponderà.

Ti ringraziamo in anticipo per la tua partecipazione. Puoi iniziare!

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Fisiologia Clinica



ESPAD-Italia[®] **2013**

The European School Survey Project
on Alcohol and Other Drugs

PRIMA DI INIZIARE LEGGI ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI IN COPERTINA

Per favore segna la tua risposta ad ogni domanda
facendo una "X" nella casella appropriata

Le domande cominciano con la raccolta di alcune **INFORMAZIONI GENERALI** su di te e sulle cose che eventualmente fai

A1. Di che sesso sei?

1 Maschio 2 Femmina

A2. Riporta nella casella la 3^a lettera del tuo nome

(*)

A3. Quando sei nato?

Anno 19 ^(*) Giorno

(Esempio: se sei nato il 5 gennaio 1992
scrivi 92 nelle prime due caselle, 05 nella terza e nella quarta)

A4. Con quale frequenza ti capita di fare le seguenti cose?

(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 gli amici (al centro commerciale, per strada,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Giocare con il computer e con i videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Navigare in Internet per svago (chat, in cerca di musica, ...).....	<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 per piacere (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 (andare in discoteca, al bar, alle feste).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Altri hobby (suonare uno strumento, cantare, disegnare, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fare giochi in cui si vincono o si perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

A5. Durante gli ULTIMI 30 GIORNI, quanti giorni di scuola hai perso?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuno	1 giorno	2 giorni	3-4 giorni	5-6 giorni	7 o + giorni
a) Perché sei stato malato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Perché non avevi voglia di andarci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Per altri motivi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

(*) Domanda opzionale

A6. Quale dei seguenti giudizi descrive meglio il tuo andamento scolastico nell'ultimo quadrimestre?

- 1 Ottimo
- 2 Buono
- 3 Medio (più che sufficiente, sufficiente, appena sufficiente)
- 4 Basso (insufficiente, molto insufficiente, pessimo)

A7. Quanto pensi di essere bravo a scuola, rispetto ai ragazzi della tua età?

- 1 Eccellente, sono forse uno dei migliori
- 2 Molto al di sopra della media
- 3 Sopra la media
- 4 Nella media
- 5 Sotto la media
- 6 Molto al di sotto della media
- 7 Scarso, sono probabilmente uno dei peggiori

A8. Cosa fai di solito quando sei a casa?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Faccio la spesa
- Accudisco sorelle/fratelli più piccoli
- Accudisco animali domestici
- Cucino
- Pulisco la casa/camera
- Faccio il bucato
- Lavo i piatti
- Curo il giardino di famiglia
- Accudisco gli animali in campagna
- Assisto gli anziani della mia famiglia
- Porto via i rifiuti
- Di solito non faccio alcun lavoro in casa

Oggi si parla molto di argomenti come l'uso di sigarette, di alcol e di altre sostanze ma si hanno poche informazioni attendibili. Pertanto abbiamo ancora molte cose da imparare sulle reali esperienze e sugli atteggiamenti dei ragazzi della tua età.

Le domande che seguono riguardano il **FUMO DI SIGARETTE**

B1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti sigarette, se lo volessi?

Impossibile	Molto difficile	Abbastanza difficile	Abbastanza facile	Molto facile	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

B2. Quante volte nella tua VITA hai fumato sigarette?

Numero di occasioni

0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

B3a. Con quale frequenza hai fumato sigarette negli ULTIMI 12 MESI?

Mai	Meno di 1 sigaretta alla settimana	Meno di 1 sigaretta al giorno	1-5 sigarette al giorno	6-10 sigarette al giorno	11-20 sigarette al giorno	Più di 20 sigarette al giorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

B3b. Con quale frequenza hai fumato sigarette negli ULTIMI 30 GIORNI?

Mai	Meno di 1 sigaretta alla settimana	Meno di 1 sigaretta al giorno	1-5 sigarette al giorno	6-10 sigarette al giorno	11-20 sigarette al giorno	Più di 20 sigarette al giorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

B4. Quanto sarebbe possibile per te procurarti sigarette elettroniche, se lo volessi?

Impossibile	Molto difficile	Abbastanza difficile	Abbastanza facile	Molto facile	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

B5. Quante volte nella tua VITA hai fumato sigarette elettroniche?

Numero di occasioni

0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

B6. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 o +	Mai
a) Fumare la prima sigaretta	<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"/>
b) Fumare la prima sigaretta elettronica ...	<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"/>
c) Fumare sigarette ogni giorno	<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"/>
d) Fumare sigarette elettroniche ogni giorno	<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Le prossime domande riguardano gli **ALCOLICI** – compresi birra, drink leggeri (bibite confezionate poco alcoliche), vino e liquori.

C1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti ciascuna delle seguenti bevande, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Birra (esclusa quella analcolica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Drink leggeri (bibita confezionata con alcol al 5% circa)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail, aperitivo alcolico, ...)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

C2. In quante occasioni hai bevuto alcolici? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

C3. Ripensa agli ultimi 30 giorni. In quante occasioni hai bevuto

qualcuna delle bevande elencate? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Birra (esclusa quella analcolica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Drink leggeri (bibita confezionata con alcol al 5% circa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail, aperitivo alcolico, ...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

C4. Quando è stato l'ultimo giorno in cui hai bevuto alcolici?

Non bevo mai alcolici	+ di 1 anno fa	1 mese / 1 anno fa	15-30 giorni fa	8-14 giorni fa	1-7 giorni fa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

C5. Dove ti trovavi l'ULTIMO GIORNO che hai bevuto alcolici?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Non bevo mai alcolici
- A casa mia
- A casa di altri
- Fuori per strada, in un parco, in spiaggia o comunque all'aperto
- Al bar o in un pub
- In discoteca
- Al ristorante
- Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti, fiere, ...)
- Altreve

C6. In quante occasioni ti sei ubriacato (se ti è successo)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

C7. Per favore, indica su questa scala da 1 a 10 la tua impressione su quanto eri ubriaco l'ULTIMA VOLTA che hai bevuto.

(Se non hai avuto alcun effetto, segna "1")

Pesantemente ubriaco, tanto, per esempio, da non reggermi in piedi

Per niente	<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"/>	Non bevo mai alcolici
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

C8. Ripensa agli ULTIMI 30 GIORNI. Quante volte hai acquistato birra, drink leggeri, vino o liquori in un negozio (bar, alimentari, rivendita alcolici, chiosco o autogrill) per tuo uso personale (da portare via)? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Birra (esclusa quella analcolica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Drink leggeri (bibita con alcol al 5% circa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky,grappa,rum,aperitivo alcolico) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

C9. Ripensa ancora una volta agli ULTIMI 30 GIORNI. Quante volte hai bevuto birra, drink leggeri, vino o liquori al pub, bar, ristorante o discoteca (consumandoli sul posto)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Birra (esclusa quella analcolica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Drink leggeri (bibita con alcol al 5% circa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky,grappa,rum,aperitivo alcolico) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

C10. Ripensa di nuovo agli ULTIMI 30 GIORNI. Quante volte hai fatto cinque o più "bevute" di fila?

(Per "bevuta" si intende un bicchiere/bottiglia/lattina di birra (circa 50 cl), 2 bicchieri/bottiglie di drink leggeri (circa 50 cl), un bicchiere di vino (circa 15 cl), un bicchiere di liquore (circa 5 cl) o un cocktail)

Numero di volte					
Mai	1	2	3-5	6-9	10 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

C11. Quante volte ti sei intossicato (ubriacato) bevendo alcolici e ti è successo, per esempio, di barcollare nel camminare, di non riuscire a parlare correttamente, di vomitare o dimenticare l'accaduto?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

C12. Generalmente, quanti "drink" ti sono necessari per ubriacarti?

(Per "drink" si intende un bicchiere di vino (circa 15 cl), una bottiglia/lattina di birra (50 cl), un bicchierino di liquore (5 cl) o un cocktail)

Non bevo mai alcolici	Non sono mai stato ubriaco	1-2 drink	3-4 drink	5-6 drink	7-8 drink	9-10 drink	11-12 drink	13 drink o +
<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	2	3	4	5	6	7	8	9

C13. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 o +	Mai
a) Bere birra (almeno 1 bicchiere)	<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"/>
b) Bere drink leggeri (almeno 1 bicchiere).....	<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"/>
c) Bere vino (almeno 1 bicchiere).....	<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"/>
d) Bere liquori (almeno 1 bicchiere)	<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"/>
e) Ubriacarti	<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

C14. Nel corso dell'ultimo anno ti è mai capitato di...

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-2 volte	3-9 volte	10 o + volte
a) Guidare dopo aver bevuto un po' troppo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Salire su un'auto e/o moto guidata da chi aveva bevuto troppo....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Scommettere denaro in giochi d'azzardo dopo aver bevuto troppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Danneggiare beni pubblici o privati dopo aver bevuto troppo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C15. Pensi che bere molti alcolici influenzi i seguenti eventi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Sì, notevolmente	Sì, abbastanza	Sì, entro certi limiti	Sì, ma solo un pò	No
a) Incidenti stradali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Altri incidenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Crimini violenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Problemi familiari.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Problemi di salute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemi nei rapporti interpersonali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemi economici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Le domande che seguono riguardano la **CANNABIS** o canapa indiana,
i cui prodotti più conosciuti sono marijuana e hashish

**D1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di cannabis,
e poi aver deciso di non assumerla?**

1 No

2 Sì → **D1a. Quante volte ti è accaduto?**

1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

D2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cannabis, se lo volessi?

Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

D3. In quante occasioni hai fatto uso di cannabis?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

D4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA cannabis?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

D5. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare cannabis, se lo volessi?

1 No

2 Sì → **D5a. In quali dei seguenti posti?**
(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca al bar, ...	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti fiere, ...)	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"/>

D6. Quando ti incontri con gli amici, fate abitualmente uso di cannabis?

1 No

2 Sì → **D6a. Quante volte al mese succede?**

Meno di 1 volta al mese	1-3 volte al mese	1-2 volte a settimana	3-4 volte a settimana	(Quasi) ogni giorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

*Se **NON** hai fatto uso di cannabis negli **ULTIMI 12 MESI**,
passa alla **domanda D8**) – **PSICOFARMACI***

D7. Hai fatto uso di cannabis negli ULTIMI 12 MESI?

1 No

2 Sì → **D7a. Ti sono capitate le seguenti situazioni negli ULTIMI 12 MESI?**
(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Hai fumato cannabis prima di mezzogiorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai fumato cannabis da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

*Gli **PSICOFARMACI** talvolta sono prescritti dai medici
per aiutare le persone a calmarsi, a prendere sonno o a rilassarsi.
Le farmacie non dovrebbero venderli senza prescrizione.*

D8. Hai mai preso psicofarmaci (farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione, farmaci per dimagrire, farmaci per dormire e/o rilassarsi, farmaci per l'umore) perché te lo ha detto il dottore?

- No, mai Sì, per meno di Sì, per
tre settimane tre settimane o +

 1 2 3

*Le domande che seguono riguardano alcune **SOSTANZE PSICOSTIMOLANTI***

E1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ...), e poi aver deciso di non assumerli?

- 1 No 2 Sì

E2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

		Molto Impossibile difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Amfetamine (eccitanti, stimolanti).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Netalin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

E3. In quante occasioni hai fatto uso di amfetamine? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

E4. In quante occasioni hai fatto uso di ecstasy? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

E5. In quante occasioni hai fatto uso di GHB? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

E6. In quante occasioni hai fatto uso di netalin? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

E7. In quante occasioni hai fatto uso di MDMA? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

E8. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA stimolanti?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

E9. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ...), se lo volessi?

1 No

2 Sì → **E9a. In quali dei seguenti posti?**

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca al bar, ...	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti fiere, ...)	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"/>

*Le domande che seguono riguardano gli **PSICOFARMACI** assunti
SENZA PRESCRIZIONE MEDICA*

F1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di psicofarmaci senza che te li abbia prescritti il dottore, e poi aver deciso di non assumerli?

1 No

2 Sì

F2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti, senza prescrizione medica, una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Farmaci per dimagrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Farmaci per dormire e/o rilassarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Farmaci per l'umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

F3. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

F4. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dimagrire?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

F5. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dormire e /o rilassarsi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

F6. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per l'umore?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

F7. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA psicofarmaci?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

F8. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare psicofarmaci, se lo volessi?

1 No

2 Sì → **F8a. In quali dei seguenti posti?**

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca al bar, ...	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti fiere, ...)	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"/>

Le domande che seguono riguardano **COCAINA e CRACK**

G1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di cocaina e/o crack, e poi aver deciso di non assumerli? 1 No 2 Sì

G2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

G3. In quante occasioni hai fatto uso di cocaina? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

G4. In quante occasioni hai fatto uso di crack? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

G5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA cocaina e/o crack?

	a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
	<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

G6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare cocaina e/o crack, se lo volessi?

1 No

2 Sì → **G6a. In quali dei seguenti posti?**

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca al bar, ...	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti fiere, ...)	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"/>

G7. Nella tua VITA, quali modalità hai utilizzato per assumere cocaina e/o crack?

	Cocaina	Crack	Nessuna delle due
a) Sniffata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Iniettata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumata tramite cottura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

*Le domande che seguono riguardano gli **ALLUCINOGENI***

H1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina), e poi aver deciso di non assumerli? 1 No 2 Sì

H2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) LSD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Funghi allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ketamina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

H3. In quante occasioni hai fatto uso di LSD? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

H4. In quante occasioni hai fatto uso di funghi allucinogeni?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

H5. In quante occasioni hai fatto uso di ketamina?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

H6. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina)?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

H7. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina), se lo volessi?

1 No

2 Sì → **H7a. In quali dei seguenti posti?**

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca al bar, ...	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti fiere, ...)	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"/>

Le domande che seguono riguardano l'EROINA

M1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di eroina, e poi aver deciso di non assumerla?

1 No 2 Sì

M2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Eroina (esclusa quella da fumare).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eroina da fumare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

M3. In quante occasioni hai fatto uso di eroina (esclusa quella da fumare)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

M4. In quante occasioni hai fumato eroina?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

M5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA eroina?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

M6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare eroina, se lo volessi?

1 No
2 Sì

M6a. In quali dei seguenti posti?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca al bar, ...	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti fiere, ...)	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"/>

*Le domande che seguono riguardano
le **BEVANDE ENERGETICHE** e gli **ANABOLIZZANTI***

N1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Anabolizzanti e/o testosterone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ormone della crescita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

N2. In quante occasioni hai fatto uso di energy drink?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

N3. In quante occasioni hai fatto uso di anabolizzanti e/o testosterone?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

N4. In quante occasioni hai fatto uso dell'ormone della crescita?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Nella tua vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

N5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti sostanze?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 o +	Mai
a) Energy drink.....	<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"/>
b) Anabolizzanti e/o testosterone.....	<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"/>
c) Ormone della crescita.....	<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Le domande che seguono riguardano
ALTRE SOSTANZE

O1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Inalanti (colla, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Smart drug e/o salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

O2. Nella tua VITA, in quante occasioni hai fatto uso di qualcuna di queste sostanze?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Inalanti (colla, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Smart drug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a pillole (farmaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Droghe che si iniettano con la siringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

O3. Negli ULTIMI 12 MESI, in quante occasioni hai fatto uso di qualcuna di queste sostanze? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Inalanti (colla, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Smart drug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a pillole (farmaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Droghe che si iniettano con la siringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

O4. Negli ULTIMI 30 GIORNI, in quante occasioni hai fatto uso di qualcuna di queste sostanze? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Inalanti (colla, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Smart drug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a pillole (farmaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Droghe che si iniettano con la siringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

O5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti sostanze? (Segna una sola casella per ogni riga)

	a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 o +	Mai
a) Inalanti (colla, ...)	<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"/>
b) Popper	<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"/>
c) Smart drug e/o salvia divinorum	<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"/>
d) Alcol insieme a pillole (farmaci)	<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"/>
e) Droghe che si iniettano con la siringa	<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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*Le domande che seguono riguardano **ALTRI ASPETTI** relativi al consumo di **SOSTANZE AD AZIONE PSICOATTIVA***

P1. Qual è la prima droga che hai provato (tipo cannabis, ecstasy, cocaina, ...)? (Segna una sola casella)

- 1 Non ne ho mai provata una
- 2 Psicofarmaci senza prescrizione medica
- 3 Cannabis
- 4 Cocaina e/o crack
- 5 Stimolanti (ecstasy, GHB, ...)
- 6 Allucinogeni (LSD, ketamina, ...)
- 7 Eroina
- 8 Altre sostanze (smart drug, salvia divinorum, inalanti, popper, ...)
- 9 Non so che droga fosse

P2. Per quale/i ragione/i hai provato la prima droga?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

- Non ho mai provato alcuna droga
- Volevo sballare
- Non volevo rimanere escluso dal gruppo
- Non avevo niente da fare
- Ero curioso
- Volevo dimenticare i miei problemi
- Non ricordo
- Altro

P3. Come ti sei procurato questa sostanza? (Segna una sola casella)

- 1 Non mi sono mai procurato alcuna droga
- 2 Mi è stata data da un fratello o una sorella più grandi
- 3 Mi è stata data da un amico, un ragazzo o una ragazza, più grande di me
- 4 Mi è stata data da un amico della mia età o più giovane
- 5 Mi è stata data da qualcuno di cui avevo sentito parlare ma non conoscevo personalmente
- 6 Mi è stata data da uno sconosciuto
- 7 E' stata fatta circolare in un gruppo di amici
- 8 L'ho comprata da un amico
- 9 L'ho comprata da qualcuno di cui avevo sentito parlare ma non conoscevo personalmente
- 10 L'ho comprata su Internet
- 11 L'ho comprata da uno sconosciuto
- 12 L'ho presa a casa senza il permesso dei genitori
- 13 Mi è stata data da uno dei miei genitori
- 14 Nessuna di queste risposte

P4. Nel corso dell'ultimo anno ti è mai capitato di...(Segna una sola casella per ogni riga)

- | | Mai | 1-2 volte | 3-9 volte | 10 volte o + |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Guidare dopo aver fatto uso di droghe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Salire su un'auto e/o moto guidata da chi aveva fatto uso di droghe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Scommettere denaro in giochi d'azzardo dopo aver fatto uso di droghe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Danneggiare beni pubblici o privati dopo aver fatto uso di droghe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

P5. Ripensa agli ULTIMI 30 GIORNI. Quanto hai speso per l'acquisto delle sostanze elencate? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Importo in Euro						
	0	10 o meno	11-30	31-50	51-70	71-90	91 o +
a) Tabacco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alcolici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Anabolizzanti e/o ormone della crescita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Psicofarmaci (senza prescrizione medica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Altre droghe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

P6. Pensi che fare uso di droghe influenzi i seguenti eventi?

	Moltissimo	Abbastanza	Moderatamente	Poco	No
a) Incidenti stradali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Altri incidenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Crimini violenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Problemi familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Problemi di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemi nei rapporti con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemi economici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

P7. Ti sei mai trovato in alcune delle seguenti situazioni?

(Segna tutte le caselle appropriate, puoi segnare anche più di una crocetta per ogni riga)

	Mai	Sì a causa dell'alcol	Sì a causa della droga	Sì per altre cause
a) Litigi o discussioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zuffe o risse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Incidenti o ferimenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Perdita di soldi o di oggetti di valore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Danni a cose o a vestiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi genitori.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi amici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Problemi nei rapporti con gli insegnanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Essere vittima di rapine o furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Essere curato da un servizio per le tossicodipendenze SERT....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Esperienze sessuali di cui ti sei pentito il giorno dopo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Fare incidenti mentre eri alla guida di scooter, auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Perdere, in giochi o scommesse, più denaro di quanto volevi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Quanti dei tuoi amici pensi che facciano queste cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuno	Pochi	Alcuni	La maggior parte	Tutti
a) Fumare sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bere alcolici (birra, drink leggeri, vino, liquori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ubriacarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumare cannabis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fare uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare uso di stimolanti (ecstasy, amfetamine, GHB, MDMA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fare uso di inalanti (colla, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fare uso di eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fare uso di cocaina e/o crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fare uso di allucinogeni (funghi, ketamina, LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fare uso di anabolizzanti e/o ormone della crescita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Fare uso di altre droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Fare giochi in cui si vincono/perdono soldi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

P9. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI.

Ti è mai successo di...?

	No	Sì
a) Colpire uno dei tuoi insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Partecipare ad una rissa in cui un gruppo di tuoi amici era contro un altro gruppo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fare seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Utilizzare un'arma di qualunque tipo per ottenere qualcosa da qualcuno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Rubare qualcosa del valore di 10 euro o più.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Prendere qualcosa in un negozio senza pagare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Danneggiare beni pubblici o privati di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vendere oggetti rubati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Assistere ad una scena di violenza filmata da qualcuno con un cellulare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Filmare con il tuo cellulare una scena di violenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

P10. Hai mai fatto uso di sigarette elettroniche per smettere di fumare?

1 No 2 Sì

P11. Le persone si differenziano anche perché approvano o disapprovano chi fa certe cose.

Tu personalmente disapprovi chi fa le cose elencate qui?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Non lo so	Disapprovo decisamente	Disapprovo	Non disapprovo
a) Fumare sigarette occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare 10 o più sigarette al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bere uno o due bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori), diverse volte la settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bere uno o due bicchieri di alcolici quasi ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ubriacarsi una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare cannabis una o due volte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fumare cannabis occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fumare cannabis regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Provare allucinogeni (funghi, ketamina, LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Provare eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fare uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica) occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Provare stimolanti (ecstasy, amfetamine, GHB, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Provare cocaina e/o crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Fare uso di anabolizzanti e/o ormone della crescita occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Giocare soldi meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Giocare soldi più di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

P12. Hai fratelli/sorelle maggiori?

1 No

2 Sì → **P12a. Qualcuno dei tuoi fratelli/sorelle maggiori fa queste cose?**

(Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Non so	Sì
a) Fuma sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Beve alcolici (birra, drink leggeri, vino, liquori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Si ubriaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fuma cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fa uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fa uso di stimolanti (ecstasy, amfetamine, GHB, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fa uso di inalanti (colla, popper, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fa uso di eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fa uso di cocaina e/o crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fa uso di allucinogeni (funghi, ketamina, LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fa uso di anabolizzanti e/o ormone della crescita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Fa uso di altre sostanze illecite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Fa giochi in cui si vincono o si perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

P13. Quanto pensi che RISCHINO di danneggiarsi (fisicamente o in altro modo), le PERSONE che fanno le seguenti cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Non so	Rischio elevato	Rischio moderato	Rischio minimo	Nessun rischio
a) Fumare sigarette occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare 10 o più sigarette al giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bere uno o due bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori), diverse volte la settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bere uno o due bicchieri di alcolici quasi ogni giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ubriacarsi una volta alla settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare cannabis una o due volte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fumare cannabis occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fumare cannabis regolarmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Provare allucinogeni (funghi, ketamina, LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Provare eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fare uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica) occasionalmente....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Provare stimolanti (ecstasy, amfetamine, GHB, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Provare cocaina e/o crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Fare uso di anabolizzanti e/o ormone della crescita occasionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Giocare soldi meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Giocare soldi più di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

*Le domande che seguono riguardano le **ABITUDINI AL GIOCO***

Q1. Hai mai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi? (gratta e vinci, totocalcio, new slot machines, videopoker, scommesse, giochi con le carte, ...)

1 No 2 Sì

Se non hai MAI giocato a giochi in cui si vincono / perdono soldi, PASSA ALLA DOMANDA Q16)

Q2. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai partecipato a giochi in cui si vincono/perdono soldi?

Numero di occasioni

0 volte	1-2 volte	3-5 volte	6-9 volte	10-19 volte	20-39 volte	40 o + volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Q3. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni hai fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	0 volte	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	2-3 volte al mese	1-2 volte a settimana	3-6 volte a settimana	Tutti i giorni
a) Gratta e vinci / Lotto istantaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotto / Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Totocalcio / totogol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) New slot machines, videopoker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

Q4. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quali luoghi hai giocato (escludendo i giochi online)?
(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Sale scommessa	Sale Bingo	Casinò (escluso online)	Circoli ricreativi	Bar/ tabacchi, pub	Sale giochi	A casa mia o di amici	Non ho giocato negli ultimi 12 mesi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q5. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai partecipato a giochi ONLINE in cui si vincono/perdono soldi?

Numero di occasioni

0 volte	1-2 volte	3-5 volte	6-9 volte	10-19 volte	20-39 volte	40 o + volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

Q6. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. A quali giochi ONLINE hai giocato, in cui si vincono/perdono soldi? (Segna tutte le opzioni appropriate)

Gratta e vinci / Lotto istantaneo	Lotto / Supernalotto	Totocalcio / totogol, scommesse sportive (calcio, tennis, big race), scommesse su altri eventi	New slot machines, videopoker	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, casino virtuali)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Q7. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quali modalità ONLINE hai scelto per giocare?
(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Smartphone	Tablet	Computer fisso o portatile	Internet point	TV	Console per giochi elettronici	Non ho giocato negli ultimi 12 mesi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q8. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quanto spesso sei ritornato a giocare per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?

Mai	A volte	La maggior parte delle volte	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Q9. Negli ULTIMI 30 GIORNI, quanto hai speso per fare giochi in cui si vincono/perdono soldi?

0 euro	10 euro o meno	11-50 euro	51-90 euro	91 euro o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Q10. Vicino a scuola o a casa tua, ci sono luoghi in cui potresti facilmente fare giochi in cui si vincono / perdono soldi?

1 No 2 Sì

Q11. Quanto dista a piedi da casa tua il luogo più vicino dove potresti giocare ...?

Non ce ne sono	Meno di 5 minuti	5-10 minuti	Più di 10 minuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Q12. ... e quali giochi ci sono? (Segna tutte le opzioni appropriate)

Gratta e vinci / Lotto istantaneo	Lotto / Supernalotto	Totocalcio / totogol, scommesse sportive o su altri eventi	New slot machines, videopoker	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Q13. Quanto dista a piedi dalla tua scuola il luogo più vicino dove potresti giocare ...?

Non ce ne sono	Meno di 5 minuti	5-10 minuti	Più di 10 minuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Q14. ...e quali giochi ci sono? (Segna tutte le opzioni appropriate)

Gratta e vinci / Lotto istantaneo	Lotto / Supernalotto	Totocalcio / totogol, scommesse sportive o su altri eventi	New slot machines, videopoker	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Q15. Segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito.

	NO	SI
a) Quando stavi giocando, hai mai detto agli altri di aver vinto soldi quando non era vero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Il gioco ti ha mai causato discussioni in famiglia e con gli amici, oppure problemi a scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai mai giocato più soldi di quanto ti eri proposto di fare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensi sia vero o meno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ti sei mai sentito in colpa per i soldi che spendi nel gioco o per le conseguenze del tuo giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hai mai avuto voglia di smettere di giocare, pensando però che non ce l'avresti fatta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hai mai nascosto alla famiglia o agli amici scontrini di scommesse, biglietti della lotteria, soldi vinti al gioco, o altre prove del tuo giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hai mai avuto litigi con la famiglia o con gli amici, parlando di soldi spesi nel gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hai mai preso in prestito soldi per giocare, senza restituirli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hai mai fatto assenze a scuola per andare a giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Hai mai preso in prestito denaro oppure rubato qualcosa per avere soldi per giocare o per nascondere attività di gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

Q16. Quanto ritieni che rischi di danneggiarsi economicamente una persona che acceda spesso ai seguenti giochi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) Gratta e vinci/Lotto istantaneo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotto/Super enalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Totocalcio / totogol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) New slot machines, videopoker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

*Le domande che seguono riguardano la tua **FAMIGLIA**.*

Se sei cresciuto con genitori adottivi o fai parte di una famiglia allargata, formatasi da una successiva unione, o se, per esempio, hai sia il padre naturale che il patrigno, rispondi riferendoti a chi è stato, secondo il tuo giudizio, più importante per la tua crescita.

R1. Riporta a fianco le prime 2 lettere del nome di tua madre

(*)

--	--

(*) Domanda opzionale

R2. Qual è il livello massimo di scolarità raggiunto da tuo padre?

- 1 Ha completato le elementari o meno
- 2 Ha fatto qualche classe delle medie inferiori
- 3 Ha completato le medie inferiori
- 4 Ha fatto qualche classe delle medie superiori
- 5 Ha completato le medie superiori o ha fatto qualche anno di università
- 6 Ha completato l'università
- 7 Non so

R3. Qual è il livello massimo di scolarità raggiunto da tua madre?

- 1 Ha completato le elementari o meno
- 2 Ha fatto qualche classe delle medie inferiori
- 3 Ha completato le medie inferiori
- 4 Ha fatto qualche classe delle medie superiori
- 5 Ha completato le medie superiori o ha fatto qualche anno di università
- 6 Ha completato l'università
- 7 Non so

R4. Come sta economicamente la tua famiglia rispetto alle altre famiglie italiane?

Tantissimo al di sopra	Molto al di sopra	Al di sopra	Circa lo stesso	Al di sotto	Molto al di sotto	Tantissimo al di sotto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

R5. Quali di queste persone vivono in casa con te?

(Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Vivo da solo	Padre	Partner/marito di mia madre	Madre	Partner/moglie di mio padre	Fratello/i e/o sorella/e	Nonno/i	Altro parente/i	Convivente/i non parenti
<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"/>

R6. In genere quanto sei soddisfatto del ...? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Molto sodd.	Soddisfatto	Né sodd. né insodd.	Non tanto sodd.	Per niente sodd.	Non c'è questa persona
a) Rapporto con tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rapporto con tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rapporto con i tuoi amici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Rapporto con i/le fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

R7. I tuoi genitori sanno dove trascorri il sabato sera?

Sempre	Abbastanza spesso	Qualche volta	In genere non lo sanno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

R8. Se tu avessi fatto uso di cannabis, pensi che l'avresti detto in questo questionario?

Ho già detto di averla usata	Sicuramente sì	Probabilmente sì	Probabilmente no	Sicuramente no
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

R9. Se tu volessi fumare sigarette (o se già lo fai), pensi che tuo padre e tua madre ti permetterebbero di farlo?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mi permetterebbe (mi permette) di fumare	Non mi permetterebbe (non mi permette) di fumare in casa	Non mi permetterebbe (non mi permette) di fumare affatto	Non so
a) Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

R10. In genere quanto sei soddisfatto di ...?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto né insoddisfatto	Non tanto soddisfatto	Per niente soddisfatto
a) La situazione finanziaria della tua famiglia ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La tua salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Te stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

R11. In che misura sono valide per te le seguenti affermazioni?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Quasi sempre	Spesso	Qualche volta	Di rado	Quasi mai
a) I miei genitori fissano regole sul mio comportamento a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) I miei genitori fissano regole sul mio comportamento fuori casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mio padre e/o mia madre sanno con chi sono la sera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mio padre e/o mia madre sanno dove sono la sera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mi sento accolto e amato da mia madre e/o mio padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mi sento sostenuto affettivamente da mia madre e/o mio padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mia madre e/o mio padre mi danno soldi senza problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ricevo facilmente soldi in regalo da mia madre e/o mio padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mi sento accolto e compreso dal mio migliore amico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Mi sento sostenuto affettivamente dal mio migliore amico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

R12. Quanto spendi di solito alla settimana per le tue esigenze personali, senza il controllo dei tuoi genitori?

--	--	--	--

0	0
---	---

Euro

Le domande che seguono sono relative al rapporto che hai con il tuo **CORPO**.

S1. Indica la tua altezza ed il tuo peso

--	--	--

Altezza cm.

--	--	--

Peso Kg.

S2. Segna una risposta per ogni riga mettendo una "X" nel riquadro che ti sembra più adeguato nel descrivere la tua condizione al momento attuale.

	Sempre	Molto spesso	Spesso	Qualche volta	Di rado	Mai
a) Ho una terribile paura di ingrassare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Quando ho fame evito di mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Penso al cibo con preoccupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ho l'abitudine di sminuzzare il cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Faccio molta attenzione al potere calorico dei cibi che mangio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Evito in particolare i cibi con elevato contenuto di carboidrati (pasta, pane, dolci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sento che gli altri vorrebbero che io mangiassi di più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mi capita di vomitare dopo aver mangiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Mi sento molto in colpa dopo aver mangiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Mi tormenta il desiderio di essere più sottile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Mentre faccio sport penso alle calorie che sto bruciando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Gli altri pensano che sono troppo magro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Mi preoccupa l'idea di avere del grasso sul corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Impiego più tempo degli altri per mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Evito cibi dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Mangio cibi dietetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Sento che il cibo domina la mia vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Mi dispero se mangio dei dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Mi impegno in programmi di dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Mi piace che il mio stomaco sia vuoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Mi piace provare nuovi cibi elaborati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z) Ho l'impulso di vomitare dopo mangiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

S3. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quante volte, in media, ti è capitato di consumare i pasti nei seguenti luoghi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	2 volte al mese o meno	1-2 volte alla settimana	1 volta al giorno	Più di 1 volta al giorno
a) Ristorante/mensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fast-food.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bar, pizzeria al taglio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

*Le domande che seguono riguardano il tuo **TEMPO LIBERO***

T1. Nella tua vita, hai mai fatto esercizio fisico? (sport, camminate, ginnastica a scuola?)

1 No 2 Sì

T2. Ripensa all'ultimo anno. Con quale frequenza hai fatto attività fisica?

Mai	Poche volte l'anno	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	3-4 volte a settimana	Quasi ogni giorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

Se non hai MAI fatto attività fisica nell'ultimo anno, PASSA ALLA DOMANDA T8)

T3. Qual è la durata media del tuo esercizio fisico?

Meno di 30 minuti	30 minuti o più
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

T4. Come definiresti lo sforzo che richiede la tua attività fisica?

Lieve	Moderato	Intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

T5. Dove svolgi di solito la tua attività fisica?

(Segna tutte le caselle appropriate)

In luoghi all'aperto	Al chiuso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T6. A quale livello pratichi il tuo esercizio fisico?

Amatoriale,
quando capita

1

Professionistico/agonistico
(gioco in una squadra, faccio parte di un club, ...)

2

T7. Che tipo di attività pratichi?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Individuale
(danza, tennis, sci, ...)

Di gruppo
(calcio, pallavolo, pallacanestro, ...)

T8. Ti sei mai collegato ad internet negli ULTIMI 12 MESI?

1 No

2 Sì

*Se hai risposto NO
PASSA ALLA DOMANDA T14)*

T9. Quante ore passi, in media, in un giorno infrasettimanale a svolgere le seguenti attività? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuna	Mezz'ora o meno	Circa 1-2 ore	Circa 3-4 ore	5 ore o più
a) Sto collegato ad Internet in chat, messenger, social-network, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sto collegato ad Internet per fare ricerche, leggere quotidiani, ecc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sto collegato ad Internet per scaricare film, musica, ecc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sto collegato su Internet a siti per adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gioco in Internet a giochi di abilità, texas hold'em, sudoku, biliardo, solitario, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gioco in Internet a giochi di ruolo o di avventura, giochi ambientati in mondi virtuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

T10. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI...

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Ti sei accorto di essere rimasto online più tempo di quello che volevi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai trascurato i compiti per passare più tempo online?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai ricevuto rimproveri da parte dei tuoi genitori o amici per il tempo trascorso online?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hai perso ore di sonno perché sei rimasto sveglio fino a tardi collegato in internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ti è capitato di sentirti nervoso quando non eri collegato, mentre poi sei stato benissimo una volta davanti al computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ti è capitato di aver scelto di stare online anziché uscire con gli amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

T11. Hai un PC (postazione fissa o portatile)?

- 1 No
2 Sì

T11a. Quante volte al giorno usi un PC (postazione fissa o portatile) per connetterti ad Internet?

- | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Non
lo uso per
connettermi | Mi collego
mezz'ora o
meno al giorno | 1-5 ore
al giorno | Più di 5 ore
al giorno | Sto collegato
tutto il giorno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

T12. Hai uno smartphone?

- 1 No
2 Sì

T12a. Quante volte al giorno usi uno smartphone per connetterti ad Internet?

- | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Non
lo uso per
connettermi | Mi collego
mezz'ora o
meno al giorno | 1-5 ore
al giorno | Più di 5 ore
al giorno | Sto collegato
tutto il giorno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

T13. Hai un tablet?

- 1 No
2 Sì

T13a. Quante volte al giorno usi un tablet per connetterti ad Internet?

- | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Non
lo uso per
connettermi | Mi collego
mezz'ora
o meno al giorno | 1-5 ore
al giorno | Più di 5 ore
al giorno | Sto collegato
tutto il giorno |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

T14. Quante ore passi, in media, in un giorno infrasettimanale a svolgere le seguenti attività? (Segna una sola casella per ogni riga)

- | | Nessuna | Mezz'ora
o meno | Circa
1-2 ore | Circa
3-4 ore | 5 ore
o più |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Guardo la TV o DVD / DVX | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Gioco ai videogiochi con una consolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Gioco ai videogiochi al bar/ in locali pubblici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Grazie per la tua collaborazione!