



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



ESPAD

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

ESPAD®Italia 2015

Questionario per gli studenti

Prima di iniziare, per cortesia leggi questo testo

Il questionario che ti proponiamo è lo strumento di uno studio internazionale sull'uso di tabacco, alcol ed altre sostanze ad azione psicoattiva e su altri comportamenti a rischio, 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 diciottesimo 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 saranno riferibili 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!



ESPAD®Italia 2015

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

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

Giorno

A4. Quale lingua si parla (prevalentemente) nella tua famiglia di origine?

Italiana

1

Spagnola/
Portoghese

2

Inglese

3

Francese

4

Slava/Albanese/
Romena

5

Cinese

6

Araba

7

Indiana/
Filippina

8

Senegalese/
Ghanese/Nigeriana

9

Tedesca

10

Altra lingua

11

A5. 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

A6. 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"/>					
b) Perché non avevi voglia di andarci	<input type="checkbox"/>					
c) Per altri motivi.....	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

(*) Domanda opzionale

A7. 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)

A8. 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

A9. Cosa fai di solito per aiutare in 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/le piante 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"/>					
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"/>						
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"/>					
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"/>						
1	2	3	4	5	6	7

B6. Quale tipo di ricarica utilizzi per la tua sigaretta ELETTRONICA?

(Segna una sola casella per ogni riga)

Sia con nicotina che senza nicotina	Solo con nicotina	Solo senza nicotina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

B7. Quanti millilitri (ml) di liquido di ricarica consumi in media alla settimana?

Meno di 1 ml	1-2 ml	2-3 ml	3-5ml	5-10 ml	Più di 10 ml
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

B8. 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"/>										
b) Fumare la prima sigaretta elettronica ...	<input type="checkbox"/>										
c) Fumare sigarette ogni giorno	<input type="checkbox"/>										
d) Fumare sigarette elettroniche ogni giorno	<input type="checkbox"/>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Le prossime domande riguardano gli **ALCOLICI** – compresi birra, drink leggeri (bibita confezionata in bottiglia/lattina con premix di alcol al 5% circa, es. rum-arancia, vodka-limone, ...), 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"/>					
b) Drink leggeri (bibita confezionata in bottiglia/lattina con premix di alcol al 5% circa, es. rum-arancia, vodka-limone, ...) ...	<input type="checkbox"/>					
c) Vino	<input type="checkbox"/>					
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail alcolico, ...)	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<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"/>						
b) Drink leggeri (bibita confezionata in bottiglia/lattina con premix di alcol al 5% circa, es. rum-arancia, vodka-limone, ...)	<input type="checkbox"/>						
c) Vino	<input type="checkbox"/>						
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail alcolico, ...)	<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"/>					
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, ...)
- Altrove

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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<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											Non bevo mai alcolici
<input type="checkbox"/>											
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"/>						
b) Drink leggeri (bibita in bottiglia/lattina con premix di alcol al 5% circa es. rum-arancia, vodka-limone) ...	<input type="checkbox"/>						
c) Vino	<input type="checkbox"/>						
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail alcolico) ...	<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"/>						
b) Drink leggeri (bibita in bottiglia/lattina con premix di alcol al 5% circa es.rum-arancia, vodka-limone) ...	<input type="checkbox"/>						
c) Vino	<input type="checkbox"/>						
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail alcolico) ...	<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"/>					
	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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<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. Questa domanda riguarda il consumo di alcol negli ULTIMI 7 GIORNI.

Fai attenzione alle dimensioni delle bottiglie e dei bicchieri!

Per favore rispondi ad ogni domanda. Se non hai bevuto affatto indica 0.

C13a. In quanti giorni (se lo hai fatto) hai bevuto alcolici di qualsiasi tipo?

Negli ultimi 7 giorni ho bevuto **alcolici** in giorni
(0 = mai, 7 = ogni giorno)

C13b. Quante bottiglie o bicchieri di birra hai bevuto?

Negli ultimi 7 giorni ho bevuto bicchieri
o bottiglie di **birra**
(0 = non ho bevuto birra)

C13c. Quanti bicchieri di vino (incluso quello frizzante) o spumante hai bevuto?

Negli ultimi 7 giorni ho bevuto bicchieri di **vino**
(incluso quello frizzante) o spumante
(0 = non ho bevuto vino o spumante)

C13d. Quanti bicchieri di liquore hai bevuto?

Negli ultimi 7 giorni ho bevuto bicchieri di **liquore**
(0 = non ho bevuto liquore)

C13e. Quanti bicchieri di cocktail alcolici (ad es. mojito, negroni, spritz, ecc.) hai bevuto?

Negli ultimi 7 giorni ho bevuto bicchieri di
cocktail alcolici
(0 = non ho bevuto cocktail alcolici)

C13f. Quante bottiglie/lattine di drink leggeri (bibita confezionata in bottiglia/lattina con premix di alcol al 5% circa, es. rum-arancia, vodka-limone) hai bevuto?

Negli ultimi 7 giorni ho bevuto bottiglie/lattine di **drink leggeri**
(0 = non ho bevuto drink leggeri)

		1 bottiglia piccola o 1 bicchiere piccolo di birra = 33 cl
		1 bicchiere piccolo di vino o spumante = 10 cl
		1 bicchiere di liquore = 4 cl
		1 bicchiere di cocktail alcolico = 33 cl
		1 bottiglia/lattina di drink leggeri = 33 cl

C14. 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"/>										
b) Bere drink leggeri (almeno 1 bicchiere)	<input type="checkbox"/>										
c) Bere vino (almeno 1 bicchiere).....	<input type="checkbox"/>										
d) Bere liquori (almeno 1 bicchiere)	<input type="checkbox"/>										
e) Ubriacarti	<input type="checkbox"/>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

C15. 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

C16. 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 po'	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"/>					
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"/>					
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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<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"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

D5. Quante volte nella tua VITA hai fumato cannabis sintetica (spice)?

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

D6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare cannabis, se lo volessi?

1 No

2 Sì → **D6a. 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 fieri, ...)	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"/>

D7. Quando ti incontri con gli amici, fate abitualmente uso di cannabis?

1 No

2 Sì → **D7a. 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"/>				
1	2	3	4	5

Se **NON** hai fatto uso di cannabis negli **ULTIMI 12 MESI**,
 passa alla **domanda D9) – PSICOFARMACI**

D8. Hai fatto uso di cannabis negli ULTIMI 12 MESI?

1 No

2 Sì → **D8a. 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"/>				
b) Hai fumato cannabis da solo?	<input type="checkbox"/>				
c) Hai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	<input type="checkbox"/>				
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	<input type="checkbox"/>				
e) Hai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	<input type="checkbox"/>				
f) Hai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ...)?	<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.

D9. 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 1 Sì, per meno di tre settimane 2 Sì, per tre settimane o + 3

Le domande che seguono riguardano alcune SOSTANZE PSICOSTIMOLANTI

E1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di psicostimolanti (amfetamine, metamphetamine, 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)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Amfetamine (eccitanti, stimolanti)	<input type="checkbox"/>					
b) Ecstasy	<input type="checkbox"/>					
c) GHB	<input type="checkbox"/>					
d) Netalin	<input type="checkbox"/>					
e) MDMA	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

E6. 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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

E7. In quante occasioni hai fatto uso di metamfetamine (per es. MET, shaboo, ice, ecc.)? (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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

E8. Quante volte nella tua VITA hai fatto uso delle seguenti 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) Netalin.....	<input type="checkbox"/>						
b) "Sali da bagno".....	<input type="checkbox"/>						
c) Altri catinoni sintetici (es. mefedrone, ecc.)	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

E9. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA psicostimolanti?

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"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

E10. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare psicostimolanti (amfetamine, metamfetamine, ecstasy, GHB, ...), se lo volessi?

1 No

2 Sì → **E10a. 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 i **FARMACI** 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"/>					
b) Farmaci per dimagrire.....	<input type="checkbox"/>					
c) Farmaci per dormire e/o rilassarsi.....	<input type="checkbox"/>					
d) Farmaci per l'umore.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>										
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 fieri, ...)	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"/>

F9. Quante volte nella tua VITA hai fatto uso di antidolorifici per sballare (painkillers)? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

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"/>					
b) Crack.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>										
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 fieri, ...)	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?

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

	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"/>

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"/>					
b) Funghi allucinogeni.....	<input type="checkbox"/>					
c) Ketamina.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>										
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"/>					
b) Eroina da fumare	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>										
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"/>					
b) Anabolizzanti e/o testosterone	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<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"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

N4. 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 anni o +	Mai
a) Energy drink	<input type="checkbox"/>										
b) Anabolizzanti e/o testosterone	<input type="checkbox"/>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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, acetone, vernice, etc.).....	<input type="checkbox"/>					
b) Popper	<input type="checkbox"/>					
c) Smart drug	<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, acetone, vernice, etc.).....	<input type="checkbox"/>						
b) Popper	<input type="checkbox"/>						
c) Smart drug.....	<input type="checkbox"/>						
d) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>						
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>						
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>						
g) Alcol insieme a pillole (farmaci).....	<input type="checkbox"/>						
h) Droghe che si iniettano con la siringa.....	<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, acetone, vernice, etc. ...).....	<input type="checkbox"/>						
b) Popper	<input type="checkbox"/>						
c) Smart drug	<input type="checkbox"/>						
d) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>						
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>						
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>						
g) Alcol insieme a pillole (farmaci).....	<input type="checkbox"/>						
h) Droghe che si iniettano con la siringa.....	<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, acetone, vernice, etc. ...).....	<input type="checkbox"/>						
b) Popper	<input type="checkbox"/>						
c) Smart drug.....	<input type="checkbox"/>						
d) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>						
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>						
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>						
g) Alcol insieme a pillole (farmaci).....	<input type="checkbox"/>						
h) Droghe che si iniettano con la siringa.....	<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, acetone, vernice, etc. ...)	<input type="checkbox"/>										
b) Popper.....	<input type="checkbox"/>										
c) Smart drug.....	<input type="checkbox"/>										
d) Salvia divinorum.....	<input type="checkbox"/>										
d) Alcol insieme a pillole (farmaci).....	<input type="checkbox"/>										
e) Droghe che si iniettano con la siringa.	<input type="checkbox"/>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

O6. Ti è capitato di assumere sostanze psicoattive senza sapere cosa stavi prendendo?

1 No

2 Sì → **O6a. In quante occasioni ti è capitato...?**

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"/>						
1	2	3	4	5	6	7

O6b. ... e in che forma si presentavano?

	No	Sì
a) Pasticche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Liquido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Polvere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cristalli da fumare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Miscela di erbe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

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"/>						
b) Alcolici.....	<input type="checkbox"/>						
c) Cannabis.....	<input type="checkbox"/>						
d) Cocaina.....	<input type="checkbox"/>						
e) Eroina.....	<input type="checkbox"/>						
f) Anabolizzanti.....	<input type="checkbox"/>						
g) Psicofarmaci (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>						
h) Altre droghe.....	<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"/>				
b) Altri incidenti	<input type="checkbox"/>				
c) Crimini violenti	<input type="checkbox"/>				
d) Problemi familiari	<input type="checkbox"/>				
e) Problemi di salute	<input type="checkbox"/>				
f) Problemi nei rapporti con gli altri	<input type="checkbox"/>				
g) Problemi economici	<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) Danneggiamento o perdita di oggetti/vestiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi amici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemi nei rapporti con gli insegnanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Essere vittima di rapine o furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso per grave intossicazione da alcol/sostanze.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso per incidente o ferimento	<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) Essere vittima di molestie sessuali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Esserti procurato una ferita volontariamente				
r) Fare incidenti mentre eri alla guida di scooter, auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Perdere, in giochi o scommesse, più denaro di quanto volevi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Nuotare in acque profonde (piscina, fiume, lago o mare).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8 Hai avuto problemi negli ULTIMI 12 MESI perché qualcun altro aveva bevuto? (Segna tutte le caselle appropriate per ogni riga).

	No	Sì, uno sconosciuto	Sì, un amico o un conoscente	Sì, qualcun altro vicino a me
a) Qualcuno che aveva bevuto ti ha molestato o infastidito durante una festa o in altri contesti privati?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Qualcuno che aveva bevuto ti ha molestato o infastidito per strada o in altri luoghi pubblici?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Qualcuno che aveva bevuto ti ha aggredito fisicamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Qualcuno che aveva bevuto ha danneggiato i tuoi vestiti o altri tuoi beni?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Qualcuno che aveva bevuto si è reso responsabile di un incidente in cui sei stato coinvolto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sei mai stato a bordo con un conducente che aveva bevuto troppo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Qualcuno che aveva bevuto ti ha messo paura quando lo hai incontrato per strada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Secondo il tuo punto di vista, c'è una persona a te vicina che beve eccessivamente?

1 No

2 Sì → **P9a. Questo ha causato danni o problemi nella tua vita?**

1 No

2 Sì

P10. 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"/>				
b) Bere alcolici (birra, drink leggeri, vino, liquori)	<input type="checkbox"/>				
c) Ubriacarsi	<input type="checkbox"/>				
d) Fumare cannabis.....	<input type="checkbox"/>				
e) Fare uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica)	<input type="checkbox"/>				
f) Fare uso di stimolanti (ecstasy, amfetamine, GHB, MDMA)	<input type="checkbox"/>				
g) Fare uso di inalanti (colla, acetone, vernice, etc., ...)	<input type="checkbox"/>				
h) Fare uso di eroina	<input type="checkbox"/>				
i) Fare uso di cocaina e/o crack.....	<input type="checkbox"/>				
j) Fare uso di allucinogeni (funghi, ketamina, LSD)	<input type="checkbox"/>				
k) Fare uso di anabolizzanti	<input type="checkbox"/>				
l) Fare uso di altre droghe	<input type="checkbox"/>				
m) Fare giochi in cui si vincono/perdono soldi.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

P11. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI.

Ti è mai successo di...?

	No	Si
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

P12. Hai mai fatto uso di sigarette ELETTRONICHE per smettere di fumare?

1 No 2 Si

P13. 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 altre droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Giocare soldi meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Giocare soldi più di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

3

4

P14. Hai fratelli/sorelle maggiori?

1 No

2 Sì → **P14a. 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, acetone, vernice, 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	<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

P15. 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"/>				
b) Fumare 10 o più sigarette al giorno.....	<input type="checkbox"/>				
c) Bere uno o due bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori), diverse volte la settimana.....	<input type="checkbox"/>				
d) Bere uno o due bicchieri di alcolici quasi ogni giorno.....	<input type="checkbox"/>				
e) Ubbriacarsi una volta alla settimana.....	<input type="checkbox"/>				
f) Bere cinque o più drink alcolici di fila durante ogni fine settimana.....	<input type="checkbox"/>				
g) Provare cannabis una o due volte.....	<input type="checkbox"/>				
h) Fumare cannabis occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>				
i) Fumare cannabis regolarmente	<input type="checkbox"/>				
j) Provare allucinogeni (funghi, ketamina, LSD)	<input type="checkbox"/>				
k) Provare eroina	<input type="checkbox"/>				
l) Fare uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica) occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>				
m) Provare stimolanti (ecstasy, amfetamine, GHB, MDMA)	<input type="checkbox"/>				
n) Provare cocaina e/o crack.....	<input type="checkbox"/>				
o) Fare uso di anabolizzanti occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>				
p) Giocare soldi meno di una volta alla settimana.....	<input type="checkbox"/>				
q) Giocare soldi più di una volta alla settimana.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

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 Q18.

Q2. Quante volte ha giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi?

Non ho mai giocato 1 volta al mese o meno 2-4 volte al mese 2-3 volte a settimana 4-5 volte a settimana 6 o più volte a settimana

1 2 3 4 5 6

Q3. Quanto tempo hai trascorso a fare giochi in cui si vincono/perdono soldi (se lo hai fatto) in una giornata tipo negli ULTIMI 12 MESI?

Non ho fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi Meno di 30 minuti Fra 30 minuti e 1 ora Fra 1 ora e 2 ore Fra 2 e 3 ore 3 ore o più

1 2 3 4 5 6

Q4. Quante volte hai fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi (se lo hai fatto) per più di 2 ore di fila (in una sola occasione) negli ULTIMI 12 MESI?

Non ho fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi Mai Meno che mensilmente Ogni mese Ogni settimana Ogni giorno o quasi ogni giorno

1 2 3 4 5 6

Q5. 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	<input type="checkbox"/>						
b) Lotto istantaneo.....	<input type="checkbox"/>						
c) Lotto / Superenalotto.....	<input type="checkbox"/>						
d) Totocalcio / Totogol.....	<input type="checkbox"/>						
e) Bingo, tombola	<input type="checkbox"/>						
f) New slot machines, videopoker	<input type="checkbox"/>						
g) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race)	<input type="checkbox"/>						
h) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>						
i) Poker texano (Texas hold'em).....	<input type="checkbox"/>						
j) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge).	<input type="checkbox"/>						
k) Altri giochi (roulette, dadi,...)	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

Q6. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quali luoghi hai giocato (escludendo i giochi online)? (Segna tutte le caselle appropriate, anche più di una)

Sale scommesse	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"/>							

Q7. 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"/>						
1	2	3	4	5	6	7

Q8. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. A quali giochi ONLINE hai giocato, in cui si vincono/perdono soldi? (Segna tutte le opzioni appropriate)

Nessun gioco negli ultimi 12 mesi	Gratta e vinci/Lotto istantaneo	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio / totogol, scommesse sportive (calcio, tennis, big race), scommesse su altri eventi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	New slot machines, videopoker	Poker texano (texas hold'em), altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, casinò virtuali)	Altri giochi (roulette, dadi,...)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q9. 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"/>

Q10. 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

Q11. 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"/>				
1	2	3	4	5

Q12. 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

Q13. Quanto dista a piedi da casa tua il luogo più vicino dove potresti giocare ...?

Non
ce ne sono

1

Meno di
5 minuti

2

5-10
minuti

3

Più di 10
minuti

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

Q15. Quanto dista a piedi dalla tua scuola il luogo più vicino dove potresti giocare...?

Non
ce ne sono

1

Meno di
5 minuti

2

5-10
minuti

3

Più di 10
minuti

4

Q16. ...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

Q17. 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

Q18. 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"/>				
b) Lotto/Super enalotto	<input type="checkbox"/>				
c) Totocalcio / totogol.....	<input type="checkbox"/>				
d) New slot machines, videopoker.....	<input type="checkbox"/>				
e) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race).....	<input type="checkbox"/>				
f) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>				
g) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>				
h) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge)	<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

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

(*) Domanda opzionale

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	Molto Al di sotto	Tantissimo al di sotto	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	Nonna/o e/o Nonni	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. 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

R10. 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"/>				
b) I miei genitori fissano regole sul mio comportamento fuori casa.....	<input type="checkbox"/>				
c) Mio padre e/o mia madre sanno con chi sono la sera.....	<input type="checkbox"/>				
d) Mio padre e/o mia madre sanno dove sono la sera.....	<input type="checkbox"/>				
e) Mi sento accolto e amato da mia madre e/o mio padre.....	<input type="checkbox"/>				
f) Mi sento sostenuto affettivamente da mia madre e/o mio padre.....	<input type="checkbox"/>				
g) Mia madre e/o mio padre mi danno soldi senza problemi.....	<input type="checkbox"/>				
h) Ricevo facilmente soldi in regalo da mia madre e/o mio padre.....	<input type="checkbox"/>				
i) Mi sento accolto e compreso dal mio migliore amico.....	<input type="checkbox"/>				
j) Mi sento sostenuto affettivamente dal mio migliore amico.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

R11. Quanto spendi di solito alla settimana per le tue esigenze personali, senza il controllo dei tuoi genitori?

, Euro

Le domande che seguono sono relative alle tue **ABITUDINI ALIMENTARI**.

S1. Indica la tua altezza ed il tuo peso

Altezza cm.

Peso Kg.

S2. Quante volte alla settimana (considerando 2 pasti al giorno) consumi i seguenti alimenti?

	Mai	1-2 volte	3-6 volte	7-10 volte	11-13 volte	14 volte
a) Pane, pasta, riso	<input type="checkbox"/>					
b) Patate	<input type="checkbox"/>					
c) Frutta fresca	<input type="checkbox"/>					
d) Verdura	<input type="checkbox"/>					
e) Legumi	<input type="checkbox"/>					
f) Pesce	<input type="checkbox"/>					
g) Carne rossa, insaccati	<input type="checkbox"/>					
h) Carne bianca	<input type="checkbox"/>					
i) Formaggi, latticini	<input type="checkbox"/>					
j) Cereali integrali	<input type="checkbox"/>					
k) Uova	<input type="checkbox"/>					
l) Frutta a guscio (noci, mandorle, nocciole, ...)	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

S3. Ti capita di consumare alimenti (compresi snack) e/o bevande dolcificate/gassate fuori dai pasti?

1 No

2 Sì → **S3a. Quante volte consumi i seguenti alimenti/bevande?**

	Mai	3 volte al mese o meno	1-3 volte a settimana	3-5 volte a settimana	Tutti i giorni
a) Alimenti dolci confezionati (biscotti, merendine, pasticceria) .	<input type="checkbox"/>				
b) Gelato.....	<input type="checkbox"/>				
c) Bevande dolcificate.....	<input type="checkbox"/>				
d) Bevande gassate.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

S4. Segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito.

	No	Sì
a) Ti sei mai sentito eccessivamente disgustato perché eri sgradevolmente pieno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ti sei mai preoccupato di aver perso il controllo su quanto avevi mangiato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai perso recentemente più di 6 kg in un periodo di 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ti è mai capitato di sentirti grasso anche se gli altri ti dicevano che eri troppo magro? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Affermeresti che il cibo domina la tua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

S5. 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	3 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"/>				
b) Fast-food.....	<input type="checkbox"/>				
c) Bar, pizzeria al taglio.....	<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"/>					
1	2	3	4	5	6

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

T11. Quante volte al giorno usi questi strumenti per connetterti ad Internet?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Non ho lo strumento	Non lo uso per connettermi	Meno di 1 ora al giorno	1-5 ore al giorno	Più di 5 ore al giorno	Sto collegato tutto il giorno
a) PC (portatile o fisso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

T12. 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"/>				
b) Gioco ai videogiochi con una console	<input type="checkbox"/>				
c) Gioco ai videogiochi al bar/ in locali pubblici	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

Grazie per la tua collaborazione!