



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

ESPAD-Italia® 2011

Questionario per gli studenti

Prima di iniziare, per cortesia leggi questo testo

Questo questionario è parte di uno studio internazionale sull'uso di sostanze fra gli studenti Europei. Sarà compilato da più di 100.000 studenti in oltre 35 paesi europei. Lo studio è chiamato ESPAD.

Il questionario è totalmente anonimo; non dovrai inserire nè il tuo nome nè altre informazioni che potrebbero 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 classe è stata selezionata in modo casuale per prendere parte a questo studio. In Italia l'indagine è svolta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (C.N.R.). La partecipazione allo studio è volontaria. Se pensi, per qualunque motivo, di non voler rispondere a qualcuna delle domande, puoi lasciarla in bianco. E' importante che tu risponda attentamente e sinceramente. I risultati non verranno presentati con riferimento alle singole classi, inoltre, ricorda che le tue risposte rimarranno completamente anonime.

Se non trovi la risposta che indica esattamente quello che pensi, segna quella che ci si avvicina di più. Fai una "X" nella casella della risposta che hai scelto. Se hai bisogno di chiarimenti, alza la mano e l'insegnante ti risponderà.

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

Le prime 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. Quando sei nato?

(Se sei nato nell'anno 1992, scrivi 92)

Anno 19

--	--

A3. Con quale frequenza ti capita di fare le seguenti cose (se le fai)?

Segna una sola casella per ogni riga

	Mai	Poche volte l'anno	1 o 2 volte al mese	Almeno 1 volta a settimana	Quasi ogni giorno
a) Giocare con il computer e con i videogiochi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Partecipare attivamente ad attività sportive o andare in palestra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 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"/>
d) Uscire la sera (andare in discoteca, al bar, alle feste, etc).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Altri hobby (suonare uno strumento, cantare, disegnare, scrivere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andare in giro con gli amici al centro commerciale, per strada, al parco, ecc... per divertimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Navigare in internet per svago (in chat, in cerca di musica per giocare, ecc...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Giocare con le new slot machines (del tipo con cui si vincono soldi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fare giochi con 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

A4. 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

A5. Quale dei giudizi seguenti 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)

A6. Quante volte, durante gli ULTIMI 12 MESI ti sei trovato nelle seguenti situazioni? Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Zuffe o risse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Incidenti o ferimenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gravi problemi con i tuoi genitori.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Gravi problemi con i tuoi amici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Essere vittima di rapine o furti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Guai con la polizia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Esperienze sessuali di cui ti sei pentito il giorno dopo.....	<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

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

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

- 1 Impossibile
 2 Molto difficile
 3 Abbastanza difficile
 4 Abbastanza facile
 5 Molto facile
 6 Non so

B2. Quante volte nella tua vita hai fumato sigarette (se lo hai fatto)?

Numero di occasioni						
0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
<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

B3. Con quale frequenza hai fumato sigarette...

B3a. ...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. ...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. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti cose (se le hai fatte)? Segna una sola casella per ogni riga.

	Mai	a 9 o meno anni	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 più
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 sigarette quotidianamente..	<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 gli **ALCOLICI** - compreso 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	Abbastanza difficile	Abbastanza 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, 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 (se lo hai fatto)?

Segna una sola casella per ogni riga.

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
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 qui di seguito elencate (se lo hai fatto)?

Segna una sola casella per ogni riga.

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
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, 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

Le domande che seguono riguardano l'**ULTIMA VOLTA** che hai bevuto **ALCOLICI**.

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

Non bevo mai alcolici	1-7 giorni fa	8-14 giorni fa	15-30 giorni fa	1 mese / 1 anno fa	Più di 1 anno 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. Ripensa all' ULTIMA GIORNATA in cui hai bevuto alcolici.
Quali delle seguenti bevande hai bevuto quel giorno?**
Segna tutte le caselle appropriate.

- Non bevo mai alcolici
- Birra (esclusa quella analcolica o a bassa gradazione alcolica)
- Drink leggeri (bibita confezionata con contenuto di alcol al 5% circa)
- Vino
- Liquori

**C5a. Se hai bevuto birra l'ultima volta che hai bevuto alcolici, quanta ne hai bevuta?
(escludi la birra analcolica).**

- 1 Non bevo mai birra
- 2 Non ho bevuto birra l'ultima volta che ho bevuto alcolici
- 3 Meno di una bottiglia normale o lattina (<50 cl)
- 4 1–2 bottiglie normali o lattine (50–100 cl)
- 5 3–4 bottiglie normali o lattine (101–200 cl)
- 6 Più di 4 bottiglie normali o lattine (>200 cl)

**C5b. Se hai bevuto drink leggeri (bibita confezionata con un contenuto di alcol
al 5% circa) l'ultima volta che hai bevuto alcolici, quanto ne hai bevuto?**

- 1 Non bevo mai drink leggeri
- 2 Non ho bevuto drink leggeri l'ultima volta che ho bevuto alcolici
- 3 Meno di 2 bottiglie normali (<50 cl)
- 4 2–3 bottiglie normali (50–100 cl)
- 5 4–6 bottiglie normali (101–200 cl)
- 6 7 o più bottiglie normali (>200 cl)

C5c. Se hai bevuto vino l'ultima volta che hai bevuto alcolici, quanto ne hai bevuto?

- 1 Non bevo mai vino
- 2 Non ho bevuto vino l'ultima volta che ho bevuto alcolici
- 3 Meno di 2 bicchieri (<20 cl)
- 4 2–3 bicchieri o mezza bottiglia (20–40 cl)
- 5 4–6 bicchieri (41–74 cl)
- 6 Più di 6 bicchieri (una bottiglia o più) (>74 cl)

**C5d. Se hai bevuto liquori l'ultima volta che hai bevuto alcolici, quanto
ne hai bevuto?**

- 1 Non bevo mai liquori
- 2 Non ho bevuto liquori l'ultima volta che ho bevuto alcolici
- 3 Meno di 2 bicchierini (<8 cl)
- 4 2–3 bicchierini (8–15 cl)
- 5 4–6 bicchierini (16–24 cl)
- 6 Più di 6 bicchierini (>24 cl)

C5e. Per favore, indica su questa scala da 1 a 10 la tua impressione su quanto eri ubriaco l'ultima volta che hai bevuto alcolici.
(Se non hai avuto alcun effetto, segna "1".)

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

Non bevo mai alcolici

Per niente

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Le domande che seguono riguardano il consumo di **ALCOLICI** negli **ULTIMI 30 GIORNI**.

C6. Ripensa agli **ULTIMI 30 GIORNI**. Quante volte (se lo hai fatto) hai acquistato birra, drink leggeri, vino o liquori in un negozio (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 o più
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, 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

C7. Ripensa ancora una volta agli **ULTIMI 30 GIORNI**. Quante volte (se lo hai fatto) 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 o più
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, 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

C8. Ripensa di nuovo agli **ULTIMI 30 GIORNI**. Quante volte hai fatto cinque o più bevute di fila (se lo hai fatto)?

(Per "bevuta" si intende approssimativamente un bicchiere/bottiglia/lattina di birra (25-33 cl), una bottiglia di drink leggero (27 cl), un bicchiere di vino (10-12,5 cl) o un bicchiere di liquore (4 cl)).

1 Mai
 2 1
 3 2
 4 3-5
 5 6-9
 6 10 o più volte

Le prossime domande riguardano ancora gli **ALCOLICI**.

C9. Quante volte (se lo hai fatto) 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 più
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

C10. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti cose (se le hai fatte)? Segna una sola casella per ogni riga.

	Mai	a 9 o meno anni	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 più
a) Bere birra (almeno un 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 un 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 un 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 un 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 con gli alcolici.....	<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

C11. Quanto è probabile che ti succeda qualcuna di queste cose, se bevi alcolici?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Molto probabile	Probabile	Incerto	Improbabile	Molto improbabile
a) Sentirmi rilassato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cacciarmi nei guai con la polizia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Danneggiare la mia salute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sentirmi felice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dimenticare i miei problemi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Non essere capace di smettere di bere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sentirmi stordito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sentirmi più amichevole e alla mano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fare qualcosa di cui pentirmi dopo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Divertirmi moltissimo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Sentirmi male.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

C12. A CAUSA DEL TUO USO PERSONALE DI ALCOLICI, negli ULTIMI 12 MESI quante volte ti sei trovato nelle seguenti situazioni? Se non hai fatto uso di alcolici negli ultimi 12 mesi, segna la risposta "0 occasioni" su tutte le domande. Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Zuffe o risse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Incidenti o ferimenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gravi problemi con i tuoi genitori.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Gravi problemi con i tuoi amici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Essere vittima di rapine o furti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Guai con la polizia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Esperienze sessuali di cui ti sei pentito il giorno dopo.....	<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

TRANQUILLANTI E SEDATIVI a volte sono prescritti dai medici per aiutare le persone a calmarsi, a prendere sonno o a rilassarsi. Le farmacie non dovrebbero venderli senza prescrizione.

D1. Hai mai preso tranquillanti o sedativi perchè te lo ha detto il dottore?

- 1 No, mai
 2 Sì, ma per meno di 3 settimane
 3 Sì, per 3 settimane o più

Le prossime domande riguardano la **MARIJUANA** o l'**HASHISH (CANNABIS)**.

E1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti marijuana o hashish (cannabis) se lo volessi?

- 1 Impossibile
 2 Molto difficile
 3 Abbastanza difficile
 4 Abbastanza facile
 5 Molto facile
 6 Non so

E2. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai fatto uso di marijuana o hashish (cannabis)? Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
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

E3. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) marijuana o hashish (cannabis)?

Mai	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 più
<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

E4. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di provare marijuana o hashish (cannabis) e poi aver deciso di non assumerla?

1 No

2 Si →

E4a. Quante volte è successo nella tua vita?

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

Le prossime domande riguardano alcune **ALTRE SOSTANZE**.

F1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? Segna una sola casella per ogni riga.

	Impossibile	Molto difficile	Abbastanza difficile	Abbastanza 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) Tranquillanti o sedativi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ecstasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

F2. In quante occasioni (se ce ne sono state) 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 più
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

F3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai fatto uso di inalanti (colla, ecc.) per sballare? Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
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

F4a. Nella tua VITA in quante occasioni (se ce ne sono state) hai fatto uso di qualcuna delle seguenti sostanze? Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						40 o più
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) Tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Amfetamine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD o qualche altro allucinogeno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Netalin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Eroina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Funghi allucinogeni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) GHB.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Steroidi anabolizzanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Droghe iniettate con la siringa (come eroina, cocaina, amfetamina).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Alcol insieme a pillole (medicine) per sballare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) MDMA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ketamina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Smart drugs, incluso salvia divinorum.....	<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

F4b. Negli ULTIMI 12 MESI in quante occasioni (se ce ne sono state) hai fatto uso di qualcuna delle seguenti sostanze? Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						40 o più
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	
a) Tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Amfetamine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD o qualche altro allucinogeno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Netalin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Eroina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Funghi allucinogeni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) GHB.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Steroidi anabolizzanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Droghe iniettate con la siringa (come eroina, cocaina, amfetamina).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Alcol insieme a pillole (medicine) per sballare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) MDMA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ketamina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Smart drugs, incluso salvia divinorum.....	<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

F4c. Negli ULTIMI 30 GIORNI in quante occasioni (se ce ne sono state) hai fatto uso di qualcuna 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 più
a) Tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Amfetamine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD o qualche altro allucinogeno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Netalin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Eroina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Funghi allucinogeni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) GHB.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Steroidi anabolizzanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Droghe iniettate con la siringa (come eroina, cocaina, amfetamina).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Alcol insieme a pillole (medicine) per sballare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) MDMA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ketamina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Smart drugs, incluso salvia divinorum.....	<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. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti cose (se le hai fatte)?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Mai	a 9	a 10	a 11	a 12	a 13	a 14	a 15	a 16	a 17	a 18
		o meno	anni	anni	anni	anni	anni	anni	anni	anni	o più
a) Provare tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica).....	<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) Provare amfetamine.....	<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) Provare ecstasy.....	<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) Provare inalanti (colla, etc) per sballare.....	<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) Provare alcol insieme a pillole (medicine) per sballare.....	<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**.

G1. Ripensa agli ULTIMI 30 GIORNI. Quanto hai speso per l'acquisto di tabacco, alcolici e cannabis? Se non hai speso niente per una o più di queste sostanze negli ultimi 30 giorni, rispondi "0" alla domanda di interesse.

a) Tabacco

--	--	--	--

,

0	0
---	---

 Euro

b) Alcolici

--	--	--	--

,

0	0
---	---

 Euro

c) Cannabis

--	--	--	--

,

0	0
---	---

 Euro

G2. 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) Ubbriacarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumare marijuana o hashish (cannabis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fare uso di tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare uso di ecstasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fare uso di inalanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

G3. Qualcuno dei tuoi fratelli/sorelle maggiori fa queste cose? ...

Segna una sola casella per ogni riga.

	Si	No	Non so	Non ho fratelli/sorelle maggiori
a) Fuma sigarette.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c) Si è ubriacato.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fuma marijuana o hashish (cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fa uso di tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fa uso di ecstasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fa uso di inalanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

G4. Quanto pensi che RISCHINO di danneggiarsi (fisicamente o in altro modo), le PERSONE che fanno le cose seguenti?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Nessun rischio	Rischio minimo	Rischio moderato	Grande rischio	Non so
a) Fumare sigarette occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare uno o più pacchetti al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bere uno o due drink alcolici quasi ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bere quattro o cinque drink alcolici quasi ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bere cinque o più drink alcolici durante ogni fine settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare marijuana o hashish (cannabis) una o due volte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fumare marijuana o hashish (cannabis) occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fumare marijuana o hashish (cannabis) regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Provare ecstasy una o due volte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fare uso di ecstasy regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Provare amfetamina (eccitanti, stimolanti) una o due volte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Fare uso di amfetamine regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Le domande successive riguardano la tua **FAMIGLIA**. Se sei cresciuto con genitori adottivi o fai parte di una famiglia allargata, o se, per esempio, hai sia il padre naturale che il patrigno, rispondi riferendoti a chi è stato più importante per la tua crescita.

H1. 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 o qualche anno di università
- 5 Ha completato le medie superiori o l'università
- 6 Non so
- 7 Non applicabile

H2. 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 o qualche anno di università
- 5 Ha completato le medie superiori o l'università
- 6 Non so
- 7 Non applicabile

H3. Come sta economicamente la tua famiglia rispetto alle altre famiglie italiane?

- 1 Tantissimo al di sopra
 2 Molto al di sopra
 3 Al di sopra
 4 Circa lo stesso
 5 Al di sotto
 6 Molto al di sotto
 7 Tantissimo al di sotto

H4. Quali di queste persone vivono in casa con te?

Segna tutte le caselle appropriate.

- Vivo da solo
 Padre
 Partner/marito di mia madre
 Madre
 Partner/moglie di mio padre
 Fratello/i
 Sorella/e
 Nonno/i
 Altro parente/i
 Convivente/i non parenti

H5. In genere quanto sei soddisfatto del ...

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto, né insoddisfatto	Non tanto soddisfatto	Per niente soddisfatto	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"/>
	1	2	3	4	5	6

H6. 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 precise 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 precise sul mio comportamento fuori casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) I miei genitori sanno con chi sono la sera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) I miei genitori 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 senza problemi 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

H7. I tuoi genitori sanno dove trascorri il sabato sera?

- 1 Lo sanno sempre
- 2 Lo sanno abbastanza spesso
- 3 Lo sanno qualche volta
- 4 In genere non lo sanno

H8. Se tu avessi fatto uso di marijuhuana o hashish (cannabis), pensi che l'avresti detto in questo questionario?

- 1 Ho già detto di averli usati
- 2 Sicuramente sì
- 3 Probabilmente sì
- 4 Probabilmente no
- 5 Sicuramente no

La prossima sezione contiene domande relative al parere dei tuoi **GENITORI** sull'uso di alcolici e altre sostanze.

H9. Se tu volessi fumare (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

H10. Come pensi che reagirebbe tua madre se tu facessi le seguenti cose?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Non lo permetterebbe	Lo sconsiglierebbe	Non si preoccuperebbe	Lo approverebbe	Non so
a) Ubriacarti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fare uso di marijuhuana/hashish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fare uso di ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

H11. Come pensi che reagirebbe tuo padre se tu facessi le seguenti cose?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Non lo permetterebbe	Lo sconsiglierebbe	Non si preoccuperebbe	Lo approverebbe	Non so
a) Ubriacarti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fare uso di marijuhuana/hashish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fare uso di ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

H12. 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

H13. Quanto spendi di solito alla settimana per le tue esigenze personali, senza il controllo dei tuoi genitori?

--	--	--	--

,

0	0
---	---

Euro

La sezione che segue riguarda cosa pensi di **TE STESSO**.

I1. Sotto elencate trovi una lista di affermazioni relative alla percezione generale che hai di te stesso.

Segna una sola casella per ogni riga per indicare se approvi oppure no.

	Approvo decisamente	Approvo	Disapprovo	Disapprovo decisamente
a) Nel complesso, sono soddisfatto di me stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A volte penso che non sono buono a nulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sento di avere delle buone qualità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sono capace di fare le cose come la maggior parte delle altre persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sento di non avere tanto di cui andare fiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) A volte mi sento assolutamente inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sento di valere qualcosa, almeno allo stesso livello degli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vorrei avere più rispetto di me stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tutto sommato credo di essere un fallimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ho un atteggiamento positivo verso me stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

I2. Negli ULTIMI 7 GIORNI, quante volte...

Segna una sola casella per ciascuna riga.

	Di rado o mai	Qualche volta	Diverse volte	La maggior parte delle volte
a) Hai perso l'appetito, non avevi voglia di mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai avuto difficoltà a concentrarti su ciò che volevi fare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ti sei sentito depresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hai sentito di fare fatica e ti sei dovuto forzare per svolgere le tue attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ti sei sentito triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Non sei riuscito a fare ciò che dovevi (a casa, al lavoro, a scuola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

13. Quanto approvi o disapprovi le seguenti affermazioni?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Approvo totalmente	Approvo abbastanza	Non so	Disapprovo abbastanza	Disapprovo totalmente
a) Si può trasgredire la maggior parte delle regole, se non sembrano adeguate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rispetto le regole che voglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Di fatto ci sono pochissime regole assolute nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) E' difficile credere in qualcosa, perchè tutto cambia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Di fatto nessuno sa cosa gli/le riserva la vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Non si può mai essere sicuri di nulla nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Le domande successive riguardano **COMPORAMENTI** che possono andare contro alcune regole sociali o infrangere la legge. Ci auguriamo che tu risponda a tutte le domande, ma se ce n'è qualcuna a cui non ti senti di rispondere onestamente, è preferibile che la lasci in bianco.
Ricorda che le tue risposte rimarranno anonime.

L1. Negli ULTIMI 12 MESI, quante volte ti è successo di...

	Mai	Numero di occasioni			
		1 volta	2 volte	3-4volte	5 o più
a) Colpire uno dei tuoi insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Essere coinvolto in una rissa a scuola o al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Partecipare ad una rissa in cui un gruppo di tuoi amici era contro un altro gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fare seriamente male a qualcuno, tanto da dover ricorrere ad un dottore ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Utilizzare un'arma di qualunque tipo per ottenere qualcosa da qualcuno ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Rubare qualcosa del valore di 10 euro o più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Prendere qualcosa in un negozio senza pagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Dare fuoco ad una proprietà di qualcun altro di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Danneggiare beni della scuola di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Avere guai con la polizia per qualcosa che hai commesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

L2. Negli ULTIMI 12 MESI, in quante occasioni hai ...

Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Fatto parte di un gruppo che ha molestato una persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fatto parte di un gruppo che ha pestato una persona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fatto parte di un gruppo che ha provocato una rissa con un altro gruppo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Provocato una rissa con un'altra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Rubato qualcosa del valore di circa 30 euro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fatto irruzione in un luogo per rubare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Danneggiato beni pubblici o privati di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Venduto merce rubata	<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

L3. Negli ULTIMI 12 MESI, in quante occasioni ...

Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Sei stato molestato da un intero gruppo di persone.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sei stato pestato da un intero gruppo di persone.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sei stato in un gruppo assalito da un altro gruppo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Qualcuno ha cominciato una rissa personale con te.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hai subito un furto di oggetti del valore di circa 30 euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Qualcuno ha fatto irruzione in casa tua per rubare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hai subito danni ai tuoi beni personali da parte di qualcuno che lo ha fatto di proposito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hai acquistato merce rubata.....	<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

La sezione include alcune altre domande sull'uso di **CANNABIS**.

M1. Hai fatto uso di cannabis negli ULTIMI 12 MESI?

1 No

2 Sì —————> **M1a. 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

M2. Quando ti incontri con gli amici, fate abitualmente uso di cannabis?

1 No

2 Sì —————> **M2a. Quante volte al mese succede?**

- 1 (Quasi) ogni giorno
- 2 3-4 volte alla settimana
- 3 1-2 volte alla settimana
- 4 1-3 volte al mese
- 5 Meno di una volta al mese

Le prossime domande riguardano ancora l'uso di **CANNABIS**.

M3. In quali di questi posti pensi che potresti facilmente trovare marijuana o hashish (cannabis), se lo volessi?

Segna tutte le caselle appropriate.

- Non conosco nessun posto del genere
- In strada, nei parchi, etc
- A scuola
- In discoteca, al bar, etc
- A casa di uno spacciatore
- Via Internet
- Altro

M4. Quanto è probabile che ti possa trovare nelle seguenti situazioni, se fai uso di marijuana o hashish (cannabis)?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Affatto	Improbabile	Forse	Abbastanza probabile	Certamente
a) Ho una percezione più intensa delle cose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Non riesco più a seguire una conversazione interamente...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Perdo il filo più facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Non sono tanto timido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ho difficoltà nel concentrarmi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sono più disponibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mi godo il momento più intensamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Vivo i sentimenti più intensamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Sono meno impacciato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sento che le persone sono contro di me o mi perseguitano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Questa sezione del questionario comprende alcune altre domande riguardanti gli **ALCOLICI**.

N1. Pensi che bere molti alcolici influenzi i seguenti eventi?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Si, notevolmente	Si, abbastanza	Si, entro certi limiti	Si, 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

N2. Ripensa all'ultimo giorno in cui hai bevuto alcolici.

Dove ti trovavi quando hai bevuto? Segna tutte le caselle appropriate.

- 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
- Altrove

N3. Secondo il tuo punto di vista, c'è una persona a te vicina che beve eccessivamente?

¹ No

² Sì →

N3a. Questo ha causato danni o problemi nella tua vita?

¹ No

² Sì

Le prossime due domande riguardano il **GIOCO D'AZZARDO**.

O1. Hai mai sentito il bisogno di giocare sempre più denaro?

¹ No

² Sì

O2. Hai mai dovuto mentire a persone per te importanti su quanti soldi avevi giocato?

¹ No

² Sì

Le domande successive riguardano **TE STESSO** e le cose che eventualmente fai.

P1. Quali lavori fai di solito in casa? Segna tutte le caselle appropriate.

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

P2. Quante ore passi in media a guardare la TV o DVD / DVX in un giorno infrasettimale?

- 1 Nessuna
- 2 Mezz'ora o meno
- 3 Circa 1 ora
- 4 Circa 2 ore
- 5 Circa 3 ore
- 6 Circa 4 ore
- 7 5 ore o più

P3. Quanto pensi di essere bravo a scuola, rispetto ai giovani della tua età?

- 1 Eccellente, sono probabilmente 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

Grazie per la tua collaborazione!