



## ESPAD-Italia® 2007

The European School Survey Project  
on Alcohol and Other Drugs

### QUESTIONARIO PER GLI STUDENTI

**Prima di iniziare, per cortesia leggi questo testo.**

Questo questionario è lo strumento di uno studio internazionale sull'uso di tabacco, alcol e sostanze illecite fra gli studenti della tua età.

Il Progetto è stato promosso dal Consiglio Svedese per l'informazione su alcol e sostanze illecite (C.A.N.), ed è supportato dal gruppo di cooperazione per il contrasto dell'uso, abuso e traffico di sostanze illecite del Consiglio d'Europa (Gruppo Pompidou).

Questo è il decimo studio di una serie iniziata nel 1995.

In Italia l'indagine è condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (C.N.R.) e promossa dal Ministero della Solidarietà Sociale.

I risultati saranno presentati in un Rapporto Nazionale che non includerà nessun risultato riferibile a singole classi o a singoli Istituti scolastici. La tua classe è stata selezionata in modo casuale per prendere parte a questo studio.

Tu sei uno dei circa 80.000 studenti in Italia che parteciperanno allo studio.

Il questionario è anonimo in quanto non dovrai mai inserire il tuo nome e le informazioni che ti verranno richieste non permetteranno di identificarti. Quando avrai completato il questionario sei pregato di consegnarlo all'insegnante che provvederà a mettere, il tuo e quello dei tuoi compagni di classe, 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 attentamente e sinceramente. Ricordati che le tue risposte rimarranno completamente anonime.

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.

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.

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

Grazie per la tua collaborazione.

Ora puoi cominciare. Buon lavoro!



**PRIMA DI INIZIARE LEGGI ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI SUL FRONTESPIZIO**

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

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

**A0. Scrivi in stampatello il nome del comune dove abiti**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**A1. Di che sesso sei?**

1  Maschio      2  Femmina

**A2. Riporta nella casella la 3<sup>a</sup> lettera del tuo nome**

**A3. Quando sei nato?**

Anno 19

Giorno

(Esempio: se sei nato il 5 gennaio 1990

scrivi 90 nelle prime due caselle, 05 nella terza e nella quarta)

**A4. 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) 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 hobbies (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 soldi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**A5. Durante gli ultimi 30 giorni, quanti giorni di scuola hai perso?**

	Nessuno	1 giorno	2 giorni	3-4 giorni	5-6 giorni	7 o più
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

**A6. Quale dei punteggi 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)

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

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

**A8. Cosa fai di solito quando sei a casa? (Segna tutte le caselle appropriate)**

- 1  Faccio la spesa
- 2  Accudisco sorelle/fratelli più piccoli
- 3  Accudisco animali domestici
- 4  Cucino
- 5  Pulisco la casa/camera
- 6  Lavo il bucato
- 7  Lavo i piatti
- 8  Curo il giardino di famiglia
- 9  Accudisco gli animali in campagna
- 10  Assisto gli anziani della mia famiglia
- 11  Porto via i rifiuti
- 12  Di solito non faccio alcun lavoro in casa

**A9. Quante ore passi, in media, a guardare la TV o DVD in un giorno infrasettimanale?**

- 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

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?**

- 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 +
<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, se ti è capitato di farlo...**

**B3a. ...negli ultimi 12 mesi?**

- 1  Mai  
 2  Meno di 1 sigaretta alla settimana  
 3  Meno di una sigaretta al giorno  
 4  1-5 sigarette al giorno  
 5  6-10 sigarette al giorno  
 6  11-20 sigarette al giorno  
 7  Più di 20 sigarette al giorno

**B3b. ...negli ultimi 30 giorni?**

- 1  Mai  
 2  Meno di 1 sigaretta alla settimana  
 3  Meno di una sigaretta al giorno  
 4  1-5 sigarette al giorno  
 5  6-10 sigarette al giorno  
 6  11-20 sigarette al giorno  
 7  Più di 20 sigarette al giorno

**B4. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti cose (se le hai fatte)? (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 16 anni	a 16 anni o più	Mai
a) Fumare la prima sigaretta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Le prossime domande riguardano le **BEVANDE ALCOLICHE** - compreso birra, soft drinks (cocktails), vino e liquori.

**C1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti ciascuna 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) Birra (escluso quella analcolica) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Soft drinks (bibita con contenuto di alcol all'incirca del 5%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail, aperitivo alcolico, ...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**C2. In quante occasioni hai bevuto bevande alcoliche (se lo hai fatto)?**

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

**C3. Ripensa agli ULTIMI 30 GIORNI. In quante occasioni hai bevuto qualcuna delle bevande elencate (se lo hai fatto)? (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 (escluso quella analcolica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Soft drinks (bibita con contenuto di alcol all'incirca del 5%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail, aperitivo alcolico, ...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

**C4. Quando hai bevuto alcolici per l'ultima volta? (Segna una sola casella)**

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

**C5. Dove ti trovavi l'ULTIMA VOLTA che hai bevuto alcolici? (Segna tutte le caselle appropriate)**

- 1  Non bevo mai alcolici
- 2  A casa mia
- 3  A casa di altri
- 4  Fuori per strada, in un parco, in spiaggia o comunque all'aperto
- 5  Al bar o in un pub
- 6  In discoteca
- 7  Al ristorante
- 8  Altrove

**C6. Ripensa all'ULTIMA GIORNATA in cui hai bevuto alcolici. Quali delle seguenti bevande hai bevuto quel giorno? (Segna tutte le caselle appropriate)**

- 1  Non bevo mai alcolici
- 2  Birra (escluso quella analcolica)
- 3  Soft drinks (bibita con contenuto di alcol all'incirca del 5%)
- 4  Vino
- 5  Liquori (whisky, grappa, rum, cocktail, aperitivo alcolico)

**C6a. 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)

**C6b. Se hai bevuto soft drinks (bibita con un contenuto di alcol all'incirca del 5%) l'ultima volta che hai bevuto alcolici, quanti ne hai bevuti?**

- 1  Non bevo mai soft drinks
- 2  Non ho bevuto soft drinks 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)

**C6c. 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) (>75 cl)

**C6d. Se hai bevuto liquori l'ultima volta che hai bevuto alcolici, quanto ne hai bevuto? (Includi anche i liquori mescolati con altre bevande)**

- 1  Non bevo mai liquori
- 2  Non ho bevuto liquori l'ultima volta che ho bevuto alcolici
- 3  Meno di 2 bicchierini (<7 cl)
- 4  2-3 bicchierini (8-15 cl)
- 5  4-6 bicchierini (16-24 cl)
- 6  Più di 6 bicchierini (>25 cl)

**C7. Per favore, indica su questa scala da 1 a 10 quanto diresti che 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

Per niente Non bevo mai 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

**C8. Ripensa agli ULTIMI 30 GIORNI. Quante volte (se lo hai fatto) hai acquistato birra, soft drinks, 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	20-39	40 o più
a) Birra (escluso quella analcolica) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Soft drinks (bibita con alcol al 5% circa) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky, grappa, rum, aperitivo alcolico, ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

**C9. Ripensa ancora una volta agli ULTIMI 30 GIORNI. Quante volte (se lo hai fatto) hai bevuto birra, soft drinks, 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 più
a) Birra (escluso quella analcolica) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Soft drinks (bibita con alcol al 5% circa) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (whisky, grappa, rum, aperitivo alcolico, ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

**C10. Ripensa di nuovo agli ULTIMI 30 GIORNI. Quante volte hai fatto cinque o più "bevute" di fila (se lo hai fatto)? Per "bevuta" si intende un bicchiere/bottiglia/lattina di birra (circa 50 cl), 2 bicchieri /bottiglie di soft drinks (circa 50 cl), un bicchiere di vino (circa 15cl), un bicchiere di liquore (ca 5 cl) o un cocktail.**

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

**C11. Quante volte (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



**C12. Generalmente, quanti drink ti sono necessari per ubriacarti? (Per "drink" si intende un bicchiere di vino (circa 15 cl), una bottiglia/lattina di birra (50 cl), un bicchierino di liquore (5 cl) o un cocktail)**

Non bevo mai alcolici	Non sono mai stato ubriaco	1-2 drink	3-4 drink	5-6 drink	7-8 drink	9-10 drink	11-12 drink	13 drink o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**C13. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA (se le hai fatte) 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 o più	Mai
a) Bere birra (almeno 1 bicchiere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bere soft drinks (almeno 1bicchiere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bere vino (almeno 1 bicchiere).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bere liquori (almeno 1 bicchiere)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ubriacarti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**C14. Quanto ritieni possibile che a te personalmente 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

**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	Più di 10 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"/>
	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 pò	No
a) Incidenti stradali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Altri incidenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Crimini violenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Problemi familiari.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Problemi di salute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemi nei rapporti interpersonali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemi economici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

*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.*

**C17. Hai mai preso psicofarmaci (farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione, farmaci per le diete, farmaci per dormire e/o rilassarsi, farmaci per l'umore) perché te lo ha detto il dottore?**

No, mai	Sì, per meno di tre settimane	Sì, per tre settimane o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

*Le domande che seguono riguardano **MARIJUANA** e **HASHISH***

**D1. Hai mai avuto la possibilità di provare marijuana o hashish ma non lo hai fatto?**

1  No

2  Sì → **D1a. Quante volte questo è accaduto nella tua vita?**

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

**D2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti marijuana o hashish se lo volessi?**

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

**D3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato marijuana o hashish?  
(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

#### D4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) marijuana o hashish?

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

#### D5. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare marijuana o hashish, se lo volessi?

1  No

2  Sì → **D5a. In quali dei seguenti posti? (Segna tutte le caselle appropriate)**

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<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

#### D6. Negli ULTIMI 12 MESI hai usato cannabis?

1  No

2  Sì → **D6a. Ti è mai successo di...? (Segna una sola casella per ogni riga)**

	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Fumare cannabis prima di mezzogiorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare cannabis quando eri solo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avere problemi di memoria fumando cannabis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) I tuoi familiari ti hanno detto che dovevi ridurre/cessarne l'uso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) I tuoi amici ti hanno detto che dovevi ridurre/cessarne l'uso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare a ridurre o cessarne l'uso senza riuscirci.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Avere problemi come discussioni, risse, ecc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

#### D7. Quanto è probabile che, se usi marijuana o hashish, ti possa trovare nelle seguenti situazioni? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Per niente	Improbabile	Forse	Piuttosto probabile	Sicuramente
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 bene una conversazione.....	<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 risulato 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) 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

**D8. Quando ti incontri con i tuoi amici, usate abitualmente cannabis?**1  No2  Sì → **D8a. Quante volte al mese succede?**1  Meno di una volta al mese2  1–3 volte al mese3  1–2 volte alla settimana4  3–4 volte alla settimana5  (Quasi) ogni giorno*Le domande che seguono riguardano alcune **SOSTANZE STIMOLANTI*****E1. Hai mai avuto la possibilità di provare stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ...) ma non lo hai fatto?**1  No2  Sì**E2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)**

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

**E3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato amfetamine? (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

**E4. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato 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

**E5. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato GHB (MDMA)?**  
(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

**E6. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato Netalin?**  
(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

**E7. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) amfetamine?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**E8. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) ecstasy e/o GHB (MDMA)?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**E9. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) Netalin?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

1  No

2  Si → **E10a. In quali dei seguenti posti? (Segna tutte le caselle appropriate)**

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<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 gli **PSICOFARMACI** assunti  
**SENZA PRESCRIZIONE MEDICA**

**F1. Hai mai avuto la possibilità di provare psicofarmaci ma non lo hai fatto?**

1  No                      2  Sì

**F2. 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) Farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Farmaci per le diete .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Farmaci per dormire e/o rilassarsi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Farmaci per l'umore .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**F3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato 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 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

**F4. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato farmaci per le diete? (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

**F5. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato 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 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

**F6. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato 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 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

### F7. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) 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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

### 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)**

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<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 **COCAINA** e **CRACK**

### G1. Hai mai avuto la possibilità di provare cocaina e/o crack ma non lo hai fatto?

1  No

2  Sì

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

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

### G3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato cocaina? (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

### G4. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato crack? (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

**G5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) 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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**G6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare cocaina e/o crack, se lo volessi?**1  No2  Si → **G6a. In quali dei seguenti posti? (Segna tutte le caselle appropriate)**

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<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 gli ALLUCINOGENI***H1. Hai mai avuto la possibilità di provare allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina) ma non lo hai fatto?** 1  No 2  Si**H2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)**

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

**H3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato LSD?  
(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

**H4. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato 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 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



**H5. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato ketamina?  
(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

**H6. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) 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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

1  No

2  Si → **H7a. In quali dei seguenti posti? (Segna tutte le caselle appropriate)**

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<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 le **SMART DRUGS***

**L1. Hai mai avuto la possibilità di provare smart drugs ma non lo hai fatto?**

1  No

2  Si

**L2. 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) Smart drugs (escluso salvia divinorum).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Salvia divinorum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**L3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato smart drugs (escluso salvia divinorum)? (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

**L4. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato salvia divinorum?  
(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

**L5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) smart drugs e/o salvia divinorum?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**L6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare smart drugs, se lo volessi?**

1  No

2  Sì → **L6a. In quali dei seguenti posti? (Segna tutte le caselle appropriate)**

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<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'EROINA*

**M1. Hai mai avuto la possibilità di provare eroina ma non lo hai fatto?**

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 (escluso quella fumata).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eroina fumata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**M3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato eroina (escluso quella fumata)?  
(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

**M4. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato eroina fumata?  
(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

**M5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) 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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

1  No

2  Si → **M6a. In quali dei seguenti posti? (Segna tutte le caselle appropriate)**

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<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 ALTRE SOSTANZE*

**N1. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) inalanti (colla, ecc.)?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**N2. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) anabolizzanti e/o testosterone?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**N3. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) l'ormone della crescita (ormone somatotropo)?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**N4. 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, ecc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Anabolizzanti e/o testosterone .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ormone della crescita .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**N5. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato inalanti (colla, ecc.)? (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

**N6. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato 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 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

**N7. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato l'ormone della crescita (ormone somatotropo)? (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

*Le domande che seguono riguardano l'uso di **ALCOL MISTO** ad **ALTRE SOSTANZE** e di **DROGHE INIETTATE CON LA SIRINGA***

**P1. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) alcol insieme a pasticche?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**P2. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA (se lo hai fatto) droghe che si iniettano con la siringa?**

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 o +	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**P3. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato alcol insieme a pasticche?  
(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

**P4. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato droghe che si iniettano con la siringa? (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

**P5. In quante occasioni (se ce ne sono state) hai usato alcol insieme a marijuana e/o hashish? (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

*Le domande che seguono riguardano il **CONSUMO DI SOSTANZE***

**Q1. 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  Marijuana o hashish
- 4  Cocaina e/o crack
- 5  Stimolanti (ecstasy, GHB, ecc.)
- 6  Allucinogeni (LSD, ketamina, ecc.)
- 7  Anabolizzanti e/o testosterone
- 8  Ormone della crescita
- 9  Altre sostanze (smart drugs, salvia divinorum, ecc.)
- 10  Non so che cosa era

**Q2. Per quale ragione/i hai provato questa droga? (Segna tutte le caselle appropriate)**

- 1  Non ho mai provato alcuna droga  
 2  Volevo sballare  
 3  Non volevo rimanere escluso dal gruppo  
 4  Non avevo niente da fare  
 5  Ero curioso  
 6  Volevo dimenticare I miei problemi  
 7  Non ricordo  
 8  Altro

**Q3. Come ti sei procurato questa sostanza? (Segna una sola casella)**

- 1  Non mi sono mai procurato una sostanza illecita  
 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 da uno sconosciuto  
 11  L'ho presa a casa senza il permesso dei genitori  
 12  Mi è stata data da uno dei miei genitori  
 13  Nessuna di queste risposte

**Q4. 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 più
a) Tabacco .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alcolici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cannabis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cocaina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eroina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Anabolizzanti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ormone della crescita..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Altre sostanze illecite ..	<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

**Q5. Nel corso dell'ultimo anno ti è mai capitato di... (Segna una sola casella per ogni riga)**

	Mai	1-2 volte	3-9 volte	Più di 10 volte
a) Guidare dopo aver usato 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 usato droghe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

**Q6. Ti sei mai trovato in alcune delle seguenti situazioni?  
(Segna tutte le caselle appropriate per ogni riga)**

	Mai	Si a causa dell'alcol	Si a causa della droga	Si per altre cause
a) Litigi o discussioni .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zuffe o risse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Incidenti o ferimenti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Perdita di soldi o di oggetti di valore .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Danni a cose o a vestiti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi genitori .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi amici .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Problemi nei rapporti con gli insegnanti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Essere vittima di rapine o furti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Essere curato da un servizio per le tossicodipendenze SERT .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Esperienze sessuali di cui ti sei pentito il giorno dopo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Fare incidenti mentre eri alla guida di uno scooter, auto, .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

**Q7. 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, soft drinks, vino, liquori) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ubriacarsi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumare marijuana o hashish .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fare uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare uso di stimolanti (ecstasy) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fare uso di inalanti (colla, ecc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fare uso di eroina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fare uso di cocaina e/o crack .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fare uso di allucinogeni .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fare uso di anabolizzanti e/o ormone della crescita .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Fare uso di altre sostanze illecite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**Q8. Pensi che fare uso di droghe influenzi i seguenti eventi?**

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

**Q9. Hai fratelli/sorelle maggiori?**1  No2  Si → **Q9a. Qualcuno dei tuoi fratelli/sorelle maggiori fa queste cose?**  
(Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Non so	Si
a) Fuma sigarette.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Beve alcolici (birra, soft drinks, vino, liquori).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Si è ubriacato .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fuma marijuana o hashish. ....	<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).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fa uso di inalanti (colla, ecc.).....	<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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Fa uso di anabolizzanti e/o ormone della crescita .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Fa uso di altre sostanze illecite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

**Q10. 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 bevande alcoliche (birra, vino, liquori).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bere uno o due bicchieri di bevande alcoliche, diverse volte la settimana .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ubriacarsi una volta la settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare marijuana e/o hashish una o due volte la settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fumare marijuana e/o hashish occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fumare marijuana e/o hashish regolarmente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Provare allucinogeni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Provare eroina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Usare psicofarmaci (senza prescrizione medica) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Provare stimolanti (ecstasy) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Provare cocaina e/o crack .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Usare anabolizzanti e/o ormone della crescita .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4



**Q11. 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	Grande rischio	Rischio moderato	Rischio minimo	Nessun rischio
a) Fumare sigarette occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare uno o più pacchetti di sigarette al giorno .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bere 1 o 2 bicchieri di alcolici quasi ogni giorno .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bere 4 o 5 bicchieri di alcolici quasi ogni giorno .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bere 5 o più bicchieri di 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 una o due volte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fumare marijuana o hashish occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fumare marijuana o hashish regolarmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Provare amfetamine una o due volte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Usare amfetamine regolarmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Provare stimolanti (ecstasy) una o due volte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Usare stimolanti (ecstasy) regolarmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Provare cocaina e/o crack una o due volte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Usare cocaina e/o crack regolarmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Provare allucinogeni una o due volte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Usare allucinogeni regolarmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Provare eroina una o due volte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Usare eroina regolarmente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Provare anabolizzanti e/o ormone della crescita .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Usare anabolizzanti e/o ormone della crescita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Provare droghe che si iniettano una o due volte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Usare droghe che si iniettano regolarmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

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

*Se sei cresciuto con genitori adottivi o fai parte di una famiglia allargata, formata da una successiva unione, o se, per esempio, hai sia il padre naturale che il patrigno, rispondi riferendoti a chi è stato 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

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

- |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                           |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Tantissimo<br>al di sopra | Molto<br>al di sopra     | Al di sopra              | Circa<br>lo stesso       | Al di sotto              | Molto<br>al di sotto     | Tantissimo<br>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)**

- |                          |                          |                                   |                          |                                   |                                |                          |                          |                             |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Vivo<br>da solo          | Padre                    | Partner/marito<br>di mia<br>madre | Madre                    | Partner/moglie<br>di mio<br>padre | Fratello/i<br>e/o<br>sorella/e | Nonno/i                  | Altro<br>parente/i       | Convivente/i<br>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"/>    |
| 1                        | 2                        | 3                                 | 4                        | 5                                 | 6                              | 7                        | 8                        | 9                           |

**R6. In genere quanto sei soddisfatto del ...?**

- |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                              |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
|                                   | Molto<br>sodd.           | Soddisfatto              | Né sodd.<br>né<br>insodd | Non<br>tanto<br>sodd.    | Per<br>niente<br>sodd.   | Non c'è<br>questa<br>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                            |

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

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

**R8. Se tu avessi usato marijuana o hashish, pensi che l'avresti detto in questo questionario?**

- |                                 |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ho già detto<br>di averli usati | Sicuramente<br>sì        | Probabilmente<br>sì      | Probabilmente<br>no      | Sicuramente<br>no        |
| <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1                               | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |

**R9. Se tu volessi fumare sigarette (o se già lo fai), pensi che tuo padre e tua madre ti permetterebbero di farlo? (Segna una sola casella per ogni riga)**

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

**R10. In che misura sono valide per te le seguenti affermazioni?  
(Segna una sola casella per ogni riga)**

	Quasi sempre	Spesso	Qualche volta	Di rado	Quasi mai
a) I miei genitori fissano regole sul mio comportamento a casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) I miei genitori fissano regole sul mio comportamento fuori casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mio padre e/o madre sanno con chi sono la sera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mio padre e/o madre sanno dove sono la sera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mi sento accolto e amato da mia madre e/o 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 padre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Mia madre e/o padre mi prestano 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 padre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mi sento accolto e amato 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

**R11. 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) Usare marijuana e/o hashish.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Usare stimolanti (ecstasy).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Usare cocaina e/o crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Usare anabolizzanti e/o ormone della crescita....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Usare altre sostanze (eroina, allucinogeni,...)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**R12. 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) Usare marijuana e/o hashish.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Usare stimolanti (ecstasy).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Usare cocaina e/o crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Usare anabolizzanti e/o ormone della crescita....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Usare altre sostanze (eroina, allucinogeni,...)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**R13. In genere quanto sei soddisfatto di ...? (Segna una sola casella per ogni riga)**

	Molto soddisfatto	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

**R14. Quanto spendi di solito alla settimana per le tue esigenze personali, senza il controllo dei tuoi genitori?**

--	--	--	--

Euro

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

### S1. Indica la tua altezza ed il tuo peso

Altezza cm.		Peso Kg.	
-------------	--	----------	--

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

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

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

