



ESPAD® Italia 2017

The European School Survey Project
on Alcohol and Other Drugs

ALCUNE IMPORTANTI ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

La partecipazione allo studio é volontaria. Se pensi, per qualunque motivo, di non voler 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.

Ti chiediamo di rispettare alcune semplici regole, riportate di seguito, per una corretta compilazione:

Utilizza una penna biro con inchiostro NERO o BLU.

Fai una "X" nella casella della risposta che hai scelto, senza uscire dalla casella.

Se ti capita di sbagliare, annerisci l'intera casella e fai una "X" nella casella corretta.

Nelle caselle in cui scriverai numeri o testo, utilizza caratteri tondeggianti e lettere maiuscole

1	2	3	4
---	---	---	---

R	I
---	---

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

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

A1. Di che sesso sei?

1 Maschio 2 Femmina

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

(*)

A3. Quando sei nato?

Anno (*)

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

Italiana <input type="checkbox"/>	Spagnola/ Portoghese <input type="checkbox"/>	Inglese/ Tedesca <input type="checkbox"/>	Francese <input type="checkbox"/>	Slava <input type="checkbox"/>
Cinese <input type="checkbox"/>	Araba <input type="checkbox"/>	Indiana/ Filippina <input type="checkbox"/>	Senegalese/ Ghanese/Nigeriana <input type="checkbox"/>	Albanese <input type="checkbox"/>
				Altra lingua <input type="checkbox"/>

A5. Con quale frequenza ti capita di fare le seguenti cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Poche volte l'anno	1 o 2 volte al mese	Almeno 1 volta a settimana	Quasi ogni giorno
a) Andare in giro con gli amici (al centro commerciale, per strada,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Giocare con il computer e con i videogiochi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Navigare in Internet per svago (chat, in cerca di musica, ...).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Partecipare attivamente ad attività sportive o andare in palestra...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Leggere libri per piacere (al di fuori di quelli scolastici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uscire la sera (andare in discoteca, al bar, alle feste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Altri hobby (suonare uno strumento, cantare, disegnare, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fare giochi in cui si vincono o si perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

(*) Risposta opzionale

A6. Durante gli ULTIMI 30 GIORNI, quanti giorni di scuola hai perso?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

A7. Quale dei seguenti giudizi descrive meglio il tuo andamento scolastico nell'ultimo quadrimestre?

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

A8. Cosa fai di solito per aiutare in casa? (Segna tutte le caselle appropriate)

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

Le domande che seguono riguardano il FUMO DI SIGARETTE

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

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

B2. Quante volte nella tua VITA hai fumato sigarette?

Numero di occasioni

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

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

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

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

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

B4. Quante volte nella tua VITA hai fumato sigarette ELETTRONICHE?

Numero di occasioni

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

B5. Quando hai fatto per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 o +	Mai
a) Fumare la prima sigaretta	<input type="checkbox"/>										
b) Fumare la prima sigaretta elettronica ..	<input type="checkbox"/>										
c) Fumare sigarette ogni giorno	<input type="checkbox"/>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

B6. Secondo te, fumare sigarette in Italia è vietato ai...

Minori di 14 anni	Minori di 16 anni	Minori di 18 anni	Non è vietato	Non so
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

*Le prossime domande riguardano gli **ALCOLICI**
compresi birra, drink leggeri (bibita confezionata in bottiglia/lattina con
premix di alcol al 5% circa, es. rum-arancia, vodka-limone,...)
vino, liquori e cocktail.*

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

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

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

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

C3. Ripensa agli ultimi 30 giorni. In quante occasioni hai bevuto qualcuna delle bevande elencate? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

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

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

(Segna tutte le caselle appropriate)

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

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

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

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

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

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

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

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

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

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

C16. Secondo te, bere alcolici in Italia è vietato ai...

Minori di 14 anni	Minori di 16 anni	Minori di 18 anni	Non è vietato	Non so
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

Le domande che seguono riguardano la CANNABIS o canapa indiana, i cui prodotti più conosciuti sono MARIJUANA E HASHISH

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

1 No

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

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

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

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

D3. In quante occasioni hai fatto uso di cannabis? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

D4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA cannabis?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

1 No

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

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

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

1 No

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

Meno di
1 volta al mese

1

1-3 volte
al mese

2

1-2 volte
a settimana

3

3-4 volte
a settimana

4

(Quasi)
ogni giorno

5

D7. In quante occasioni hai fatto uso di cannabis sintetica (spice)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

D8. Hai fatto uso di cannabis (marijuana/hashish) negli ULTIMI 12 MESI?

1 Sì 2 No → ...salta alla domanda **D9**

↓
... PROSEGUI !



D8a. Ti sono capitate le seguenti situazioni negli ULTIMI 12 MESI?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

D9. Hai mai preso psicofarmaci (farmaci per l'umore, farmaci per dormire e/o rilassarsi, farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione, ...) 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 alcune sostanze PSICOSTIMOLANTI

E1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

E2. In quante occasioni hai fatto uso di amfetamine?
(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

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

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

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

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

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

E6. In quante occasioni hai fatto uso di metamfetamine (per es. MET, shaboo, ice, ecc.)? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

E7. Quante volte nella tua VITA hai fatto uso delle seguenti sostanze?
(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) Spanglers.....	<input type="checkbox"/>						
b) Altri catinoni sintetici (es. mefedrone, ecc.)	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

E8. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA psicostimolanti?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

1 No

2 Sì → **E9a. In quali dei seguenti posti?** (Segna tutte le caselle appropriate)

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

*Le domande che seguono riguardano le NUOVE SOSTANZE psicoattive
(in inglese chiamate NPS)*

E10. Nuove sostanze (NPS) che imitano gli effetti delle droghe illecite (come cannabis, ecstasy o allucinogeni) possono talvolta essere disponibili. Sono chiamate a volte “smart drug” e possono avere aspetti differenti, per es. miscele di erbe, polveri, cristalli o pasticche.

Hai mai usato queste sostanze?

1 No, non le ho usate

2 Non so / Non sono sicuro

3 Sì → **E10a. Ti è capitato di averle usate negli ULTIMI 12 MESI?**

1 No

2 Sì → **E10b. In che forma/aspetto si presentavano?**

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

*Le domande che seguono riguardano i FARMACI assunti
SENZA PRESCRIZIONE MEDICA*

F1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti, senza prescrizione medica, una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

F2. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

F3. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dimagrire?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

F4. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dormire e /o rilassarsi? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

F5. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per l'umore?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

F6. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per il dolore?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

F7. Nella tua VITA hai mai fatto uso dei seguenti farmaci per sballare?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Sì, 1 volta o più	Sì, sempre
a) Farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Farmaci per dimagrire.....	<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"/>
d) Farmaci per l'umore.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Farmaci per il dolore.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

F8. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA psicofarmaci?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

F9. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare psicofarmaci, se lo volessi?

1 No

2 Sì → **F9a. In quali dei seguenti posti?** (Segna tutte le caselle appropriate)

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

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

G1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

G2. In quante occasioni hai fatto uso di cocaina? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

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

G4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA cocaina e/o crack?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

G5. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare cocaina e/o crack, se lo volessi?

1 No

2 Sì → **G5a. In quali dei seguenti posti?** (Segna tutte le caselle appropriate)

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

Le domande che seguono riguardano gli ALLUCINOGENI

H1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

H2. In quante occasioni hai fatto uso di LSD? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

H3. In quante occasioni hai fatto uso di funghi allucinogeni?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

H4. In quante occasioni hai fatto uso di ketamina?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

H5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina)?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

H6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina), se lo volessi?

1 No

2 Sì → **H6a. In quali dei seguenti posti?** (Segna tutte le caselle appropriate)

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

Le domande che seguono riguardano l'EROINA

M1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti eroina, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

M2. In quante occasioni hai fatto uso di eroina (esclusa quella da fumare)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

M3. In quante occasioni hai fumato eroina? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

M4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA eroina?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

M5. Nella tua VITA, quali modalità hai utilizzato per assumere eroina?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Sniffata	Iniettata	Fumata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1 No

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

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

M7. Quante volte nella tua VITA hai fatto uso di antidolorifici per sballare (painkillers)? (Segna una sola casella)

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

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

N1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

N4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA ciascuna delle seguenti sostanze? (Segna una sola casella per ogni riga)

	a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 o +	Mai
a) Energy drink	<input type="checkbox"/>										
b) Anabolizzanti e/o testosterone	<input type="checkbox"/>										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Le domande che seguono riguardano ALTRE SOSTANZE

O1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) Inalanti (colla, vernice, etc.).....	<input type="checkbox"/>					
b) Popper	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

O2. Nella tua VITA, in quante occasioni hai fatto uso di qualcuna di queste sostanze? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

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

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

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

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

1 No

2 Sì → **05a. In quante occasioni ti è capitato...?**

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

05b. ... e in che forma si presentavano?

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

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

P1. Nel corso dell'ultimo anno ti è mai capitato di... (Segna una sola casella per ogni riga)

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

P2. 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 -	11-30	31-50	51-70	71-90	91 o +
a) Tabacco.....	<input type="checkbox"/>						
b) Alcolici.....	<input type="checkbox"/>						
c) Cannabis.....	<input type="checkbox"/>						
d) Cocaina.....	<input type="checkbox"/>						
e) Eroina.....	<input type="checkbox"/>						
f) Anabolizzanti.....	<input type="checkbox"/>						
g) Psicofarmaci (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>						
h) Nuove sostanze psicoattive (NPS).....	<input type="checkbox"/>						
i) Altre droghe.....	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

P3. Ti sei mai trovato in alcune delle seguenti situazioni?

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

	Mai	Si, a causa		Si, per altre cause
		dell'alcol	della droga	
a) Litigi o discussioni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zuffe o risse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Incidenti o ferimenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Danneggiamento o perdita di oggetti/vestiti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi genitori.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi amici.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemi nei rapporti con gli insegnanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Essere vittima di rapine o furti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Essere ricoverato in ospedale/Pronto Soccorso per intossicazione da alcol/sostanze.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Essere ricoverato in ospedale/Pronto Soccorso per incidente e ferimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Essere curato da un servizio per le tossicodipendenze SERT.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Esperienze sessuali di cui ti sei pentito il giorno dopo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Essere vittima di molestie sessuali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Esserti procurato una ferita volontariamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Fare incidenti mentre eri alla guida di scooter, auto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Perdere, in giochi o scommesse, più denaro di quanto volevi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Nuotare in acque profonde (piscina, fiume, lago o mare).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Quanti dei tuoi amici pensi che facciano queste cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

P5. Hai fratelli/sorelle maggiori?

1 No

2 Sì —→ **P5a. Qualcuno dei tuoi fratelli/sorelle maggiori fa queste cose?** (Segna una sola casella per ogni riga)

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

P6. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Ti è mai successo di...?

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

P7. Quanto pensi che RISCHINO di danneggiarsi (fisicamente o in altro modo), le PERSONE che fanno le seguenti cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

Questionario SODA*

Il questionario si compone di domande relative all'attività fisica, allo sport e all'uso di sostanze dopanti. Potresti trovare delle domande a cui hai già risposto precedentemente nel questionario ESPAD.

Ti chiediamo di avere pazienza e ti ringraziamo per la collaborazione!

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

DO1. Nella tua vita, hai mai fatto esercizio fisico? (sport, camminate, ginnastica a scuola?)

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO13**

 ... **PROSEGUI !** 

DO2. Ripensa all'ultimo anno. Con quale frequenza hai fatto attività fisica?

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

DO3. Quando ti alleni o fai esercizio fisico, qual è la durata media della sessione?

Meno di 30 minuti	Fino a 1 ora	Fino a 2 ore	Più di 2 ore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO4. Come definiresti lo sforzo che richiede la tua attività fisica?

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

DO5. Dove svolgi la tua attività fisica? (Segna tutte le caselle appropriate)

In luoghi
all'aperto

Al
chiuso

DO6. A quale livello pratici prevalentemente il tuo esercizio fisico?

(Segna una sola casella)

Amatoriale,
quando capita

1

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

2

**DO7. Nell'ultimo anno hai partecipato a competizioni/
concorsi/audizioni?**

1 No

2 Sì → **DO7a. A quale livello?** (Segna una sola casella)

Di società

1

Provinciale / Regionale

2

Nazionale

3

Europeo / Internazionale

4

DO8. Che tipo di attività pratici? (Segna tutte le caselle appropriate)

Individuale

Di squadra / di gruppo

**DO8a. Se INDIVIDUALE, quanto ritieni essere importanti per te
questi aspetti?** (Segna una sola casella per ogni riga)

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) Senso di responsabilità <i>preferirei uscire con gli amici, ma non posso saltare l'allenamento.....</i>	<input type="checkbox"/>				
b) Disciplina <i>devo portare a termine la tabella di allenamento che mi è stata affidata.</i>	<input type="checkbox"/>				
c) Competizione con me stesso ed i miei limiti <i>oggi correrò più veloce del mio record personale.....</i>	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

**DO8b. Se DI SQUADRA, quanto ritieni essere importanti per te
questi aspetti?** (Segna una sola casella per ogni riga)

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) Collaborazione con i compagni di squadra <i>capacità di aiutarsi reciprocamente e di "fare squadra".....</i>	<input type="checkbox"/>				
b) Senso di appartenenza al gruppo <i>sono orgoglioso di giocare in 'quella' squadra.....</i>	<input type="checkbox"/>				
c) Spirito di competizione <i>fra i miei compagni sono sicuramente il migliore!.....</i>	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

DO9. Di seguito sono elencati in ordine alfabetico i principali sport/
discipline. Indica tutti quelli che pratichi abitualmente, segnando
tutte le caselle appropriate. (Se non trovi il tuo sport nella lista segna l'opzione Altro)

- A Atletica leggera, tutte le specialità Altro
 Attività subacquee in apnea
- B Baseball
 Biathlon, Triathlon, Pentathlon
- C Calcio, Calcio a 5
 Canottaggio
 Ciclismo (su strada, pista, mountain bike)
 Culturismo (Body building)
- D Danza classica
 Danza moderna / sportiva, Ballo liscio
- F Fitness (Zumba, Spinning, Step, Circuit training, Attività aerobiche)
 Fitness in acqua (Idrobike, Acquagym, Biathlon, Triathlon)
 Football americano, Rugby
- G Ginnastica artistica / ritmica
 Golf
- H Hockey
- J Jogging, Running
 Judo, Karate, Ju Jitsu, Tai chi
- L Lotta, Pugilato
- N Nuoto, tutte le varianti
- P Pallacanestro
 Pallamano
 Pallanuoto
 Pallavolo, Beachvolley
 Parkour (PK)
 Pattinaggio, tutte le varianti
 Pesistica
 Ping pong
- S Scherma
 Sci / Sport sulla neve
 Sport equestri
- T Tennis
 Tiro a segno / arco / volo
 Tuffi
- V Vela, Windsurf
- Y Yoga / Pilates / Ginnastica posturale



DO10. Quando pratichi il tuo sport abituale, ti alleni da solo?

- 1 No 2 Sì

DO11. Quando pratichi il tuo sport abituale, ti alleni con un allenatore/coach/insegnante?

1 No

2 Sì → **DO11a. Che cosa pensi di lui/lei?** (Segna una sola casella)

- 1 E' troppo severo: vuole controllare ogni mia azione anche fuori dall'ambito sportivo
- 2 E' democratico: lascia che io e i miei compagni esprimiamo opinioni e le discute con noi
- 3 E' disinteressato: mi/ci lascia fare ciò che vogliamo e questo a volte demotiva / crea tensioni

DO12. Che cosa pensano i tuoi genitori della tua attività sportiva?

(Segna una sola casella)

- 1 Pensano che lo sport mi impegni troppo
- 2 Pensano che dovrei fare di più
- 3 Non si interessano alla mia attività/risultati
- 4 Sono soddisfatti
- 5 Non lo so

*Le domande che seguono riguardano il **DOPING***

*Per **doping** si intende la somministrazione o l'assunzione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti*

DO13. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di utilizzare sostanze dopanti?

1 No

2 Sì → **DO13a. Chi ti ha consigliato di utilizzarle?**

(Segna tutte le caselle appropriate)

L'ho deciso da solo

Allenatore

Medico sportivo

Altri sportivi

Farmacista

Rivenditore di integratori

Genitori e/o altri familiari

Amici

Altro

DO14. Pensi che potresti facilmente procurarti sostanze dopanti?

1 No

2 Sì → **DO14a. In quali dei seguenti posti...?**

(Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada	A scuola	Via Internet	A casa mia	In palestra	In un negozio di integratori	In farmacia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

DO14b. ...e chi potrebbe aiutarti...?

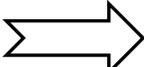
(Segna tutte le caselle appropriate)

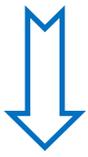
Amico	Allenatore	Medico sportivo	Altri sportivi	Gestore di una palestra	Rivenditore di integratori
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Farmacista	Genitori e/o altri familiari	Spacciatore	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DO15. Quanto sarebbe possibile procurarti le seguenti sostanze dopanti se lo volessi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Non so	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile
a) Steroidi anabolizzanti	<input type="checkbox"/>					
b) Eritropoietina (EPO)	<input type="checkbox"/>					
c) Narcotici (eroina, altri oppioidi)	<input type="checkbox"/>					
d) Diuretici	<input type="checkbox"/>					
e) Ormoni (GH, GHRH, LH)	<input type="checkbox"/>					
f) Modulatori metabolici (insuline)	<input type="checkbox"/>					
g) Cannabinoidi naturali o di sintesi	<input type="checkbox"/>					
h) Farmaci per promuovere la concentrazione	<input type="checkbox"/>					
i) Cocaina e/o altre sostanze/farmaci stimolanti	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

DO16. Hai mai fatto uso di steroidi anabolizzanti?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO17**

 ... **PROSEGUI !** 

DO16a. Quando hai provato per la prima volta steroidi anabolizzanti?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO16b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto steroidi anabolizzanti? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO16c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

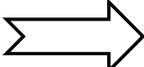
DO16d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO16e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO17. Hai mai fatto uso di eritropoietina (EPO)?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO18**

 ... **PROSEGUI !** 

DO17a. Quando hai provato per la prima volta eritropoietina (EPO)?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO17b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto eritropoietina (EPO)? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO17c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza l'hai assunta? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

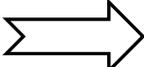
DO17d. Qual è il motivo principale per cui l'hai assunta? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO17e. Quale modalità hai utilizzato per assumerla? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO18. Hai mai fatto uso di narcotici (eroina, altri oppioidi)?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO19**

 ... **PROSEGUI !** 

DO18a. Quando hai provato per la prima volta narcotici (eroina, altri oppioidi)?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO18b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto narcotici (eroina, altri oppioidi)? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO18c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

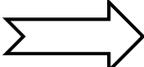
DO18d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

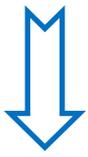
Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO18e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO19. Hai mai fatto uso di diuretici?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO20**

 ... **PROSEGUI !** 

DO19a. Quando hai provato per la prima volta diuretici?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO19b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto diuretici? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO19c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

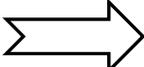
DO19d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO19e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO20. Hai mai fatto uso di ormoni (GH, GHLH, LH)?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO21**

 ... **PROSEGUI !**



DO20a. Quando hai provato per la prima volta ormoni (GH, GHLH, LH)?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO20b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto ormoni (GH, GHLH, LH)? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO20c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

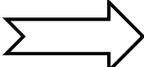
DO20d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

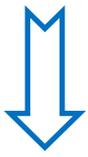
Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO20e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO21. Hai mai fatto uso di modulatori metabolici (insuline)?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO22**

 ... **PROSEGUI !** 

DO21a. Quando hai provato per la prima volta modulatori metabolici (insuline)?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO21b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto modulatori metabolici (insuline)? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO21c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

DO21d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO21e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO22. Hai mai fatto uso di cannabinoidi naturali o di sintesi?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO23**

 ... **PROSEGUI !** 

DO22a. Quando hai provato per la prima volta cannabinoidi naturali o di sintesi?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO22b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto cannabinoidi naturali o di sintesi? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO22c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

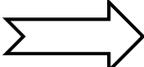
DO22d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO22e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO23. Hai mai fatto uso di farmaci per la concentrazione?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO24**

 ... **PROSEGUI !** 

DO23a. Quando hai provato per la prima volta farmaci per la concentrazione?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO23b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto farmaci per la concentrazione? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO23c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

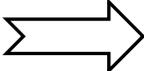
DO23d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO23e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO24. Hai mai fatto uso di cocaina e/o altre sostanze/farmaci stimolanti?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO25**

 ... **PROSEGUI !** 

DO24a. Quando hai provato per la prima volta cocaina e/o altre sostanze/farmaci stimolanti?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO24b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto cocaina e/o altre sostanze/farmaci stimolanti?

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO24c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

DO24d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO24e. Quale modalità hai utilizzato per assumerli? (Segna una sola casella)

Per bocca	Iniettata (per endovena/ intramuscolo/ sottocutanea)	Fumata	Sniffata/ inalata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO25. Da quando pratichi sport, quante volte sei stato sottoposto ad un controllo antidoping? (Segna una sola casella)

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

*Le domande che seguono riguardano gli **INTEGRATORI**.*

Per integratori alimentari si intendono tutti quei prodotti che possono completare l'apporto di alcuni nutrienti. Tali prodotti sono acquistabili nelle erboristerie, supermercati, farmacie (prodotti da banco), parafarmacie, su internet e si possono assumere in forma di pillole, capsule, barrette o come bevande o gel.

DO26. Ti è capitato di aver usato integratori?

1 No

2 Sì → **DO26a. Chi ti ha consigliato di utilizzarli?** (Segna le caselle appropriate)

L'ho deciso da solo	Allenatore	Medico sportivo	Altri sportivi	Farmacista
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rivenditore di integratori	Genitori e/o altri familiari	Amici	Altro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DO27. Pensi che potresti facilmente procurarti integratori?

1 No

2 Sì → **DO27a. In quali dei seguenti posti?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada	A scuola	Via Internet	A casa mia	In palestra	Supermercato/erboristeria/negozio di integratori	In farmacia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

DO27b. ...e chi potrebbe aiutarti? (Segna tutte le caselle appropriate)

Amico	Allenatore	Medico sportivo	Altri sportivi	Gestore di una palestra	Rivenditore di integratori	Farmacista	Genitori e/o altri familiari
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

DO28. Quanto sarebbe possibile procurarti i seguenti integratori se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Non so	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile
a) Integratori proteici (aminoacidi a catena ramificata, carnitina, taurina, proteine da albume d'uovo).....	<input type="checkbox"/>					
b) Integratori vitaminici	<input type="checkbox"/>					
c) Sali minerali.....	<input type="checkbox"/>					
d) Prodotti a base di erbe (guaranà, tarassaco, cranberry).....	<input type="checkbox"/>					
e) Maltodestrine (gel di zuccheri a rapido/lento rilascio)	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

DO29. Hai mai fatto uso di integratori proteici (aminoacidi a catena ramificata, carnitina, taurina, proteine da albume, d'uovo)?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO30**

 ... **PROSEGUI !** 

DO29a. Quando hai provato per la prima volta integratori proteici?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO29b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto integratori proteici? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO29c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

DO29d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti?
(Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO30. Hai mai fatto uso di integratori vitaminici?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO31**

 ... **PROSEGUI !**



DO30a. Quando hai provato per la prima volta integratori vitaminici?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO30b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto integratori vitaminici? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

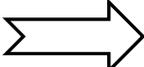
DO30c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

DO30d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO31. Hai mai fatto uso di sali minerali?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO32**

 ... **PROSEGUI !** 

DO31a. Quando hai provato per la prima volta sali minerali?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO31b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto sali minerali? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO31c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

DO31d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO32. Hai mai fatto uso di prodotti a base di erbe (guaranà, tarassaco, cranberry...)?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO33**

 ... **PROSEGUI !** 

DO32a. Quando hai provato per la prima volta prodotti a base di erbe?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO32b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto prodotti a base di erbe? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO32c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza li hai assunti? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

DO32d. Qual è il motivo principale per cui li hai assunti? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

DO33. Hai mai fatto uso di maltodestrine (gel a base di zuccheri a rapido / lento rilascio)?

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **DO34**

 ... **PROSEGUI !**



DO33a. Quando hai provato per la prima volta maltodestrine?

a 9 anni o meno	a 10 anni	a 11 anni	a 12 anni	a 13 anni	a 14 anni	a 15 anni	a 16 anni	a 17 anni	a 18 anni o +	Mai
<input type="checkbox"/>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

DO33b. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale cadenza hai assunto maltodestrine? (Segna una sola casella)

Solo una volta nell'anno	A cicli ripetuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

DO33c. Ripensa agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza le hai assunte? (Segna una sola casella)

Mai	Per 1 settimana	Per 2-3 settimane	Per 1 mese	Per 2-4 mesi	Per 5-6 mesi	Senza mai interrompere
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

DO33d. Qual è il motivo principale per cui le hai assunte? (Segna una sola casella)

Per aumentare le prestazioni sportive	Per aumentare le capacità cognitive (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Le domande che seguono riguardano la tua **OPINIONE** rispetto al **DOPING**

DO34. Pensi che i messaggi e le immagini trasmessi dai media possano influenzare l'assunzione di sostanze dopanti?

1 No 2 Sì

DO35. Avendone a disposizione, pensi che assumeresti sostanze dopanti per essere più accettato dai tuoi coetanei/dai genitori e/o per evitare la frustrazione del fallimento?

1 No 2 Sì

DO36. Credi che potrebbero averti dato a tua insaputa sostanze dopanti?

1 No 2 Sì

DO37. Credi che potrebbero averti dato a tua insaputa integratori?

1 No 2 Sì

DO38. Sai che usare sostanze dopanti è illegale?

1 No 2 Sì

DO39. Pensi che, piuttosto che promuovere le campagne antidoping, sarebbe più coerente liberalizzare il doping?

1 No 2 Sì

DO40. Pensi che l'informazione fornita da allenatori/amici/compagni di squadra/media/medici sulle sostanze dopanti sia...

Molto buona

1

Buona

2

Sufficiente

3

Scarsa

4

Insufficiente

5

DO41. Quanto sei d'accordo sul fatto che i tuoi compagni assumano sostanze per aumentare le loro capacità di studio/sportive o per migliorare il proprio aspetto?

Molto in disaccordo	Piuttosto in disaccordo	Incerto	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

DO42. In particolare, in relazione allo sport, sei d'accordo con le affermazioni seguenti? (Segna una sola casella per ogni riga)

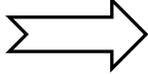
	Molto in disaccordo	Piuttosto in disaccordo	Incerto	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
a) Il doping è necessario per essere competitivi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gli atleti spesso perdono tempo a causa di infortuni, i farmaci dopanti possono aiutare a recuperare più in fretta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Si enfatizzano troppo i rischi legati al doping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Il doping è una parte inevitabile dello sport agonistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Non c'è alcuna differenza tra usare sostanze dopanti e attrezzature in materiali tecnici (es. costumi per il nuoto): tutti sono utilizzati per migliorare le prestazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Legalizzare le sostanze dopanti per migliorare le prestazioni sarebbe un vantaggio per lo sport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

DO43. Quanto pensi che rischino di danneggiarsi fisicamente e in altro modo le persone che fanno uso delle seguenti sostanze? (Segna una casella per ogni riga)

	Non so	Rischio elevato	Rischio moderato	Rischio minimo	Nessun rischio
a) Steroidi anabolizzanti	<input type="checkbox"/>				
b) Eritropoietina (EPO)	<input type="checkbox"/>				
c) Narcotici (eroina, altri oppioidi)	<input type="checkbox"/>				
d) Diuretici	<input type="checkbox"/>				
e) Ormoni (GH, GHRH, LH).....	<input type="checkbox"/>				
f) Modulatori metabolici (insuline).....	<input type="checkbox"/>				
g) Cannabinoidi naturali o di sintesi	<input type="checkbox"/>				
h) Farmaci per promuovere la concentrazione.....	<input type="checkbox"/>				
i) Cocaina e/o altre sostanze/farmaci stimolanti	<input type="checkbox"/>				
j) Integratori proteici (aminoacidi a catena ramificata, carnitina, ecc.)	<input type="checkbox"/>				
k) Integratori vitaminici	<input type="checkbox"/>				
l) Sali minerali.....	<input type="checkbox"/>				
m) Prodotti a base di erbe (guaranà, tarassaco, cranberry)	<input type="checkbox"/>				
n) Maltodestrine (gel di zuccheri a rapido/lento rilascio)	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

Le domande che seguono riguardano le ABITUDINI AL GIOCO

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

1 Sì 2 No  ...salta alla domanda **Q14**

 ... **PROSEGUI !** 

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

Non ho mai giocato	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	2-3 volte a settimana	4-5 volte a settimana	6 o più volte a settimana
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

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

Non ho fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi	Meno di 30 minuti	Fra 30 minuti e 1 ora	Fra 1 ora e 2 ore	Fra 2 ore e 3 ore	3 ore o più
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

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

Non ho fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi	Mai	Meno di 1 volta al mese	Ogni mese	Ogni settimana	Ogni giorno o quasi ogni giorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

Q5. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni hai fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	0 volte	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	2-3 volte al mese	1-2 volte a settimana	3-6 volte a settimana	Tutti i giorni
a) Gratta e vinci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 10 e lotto / Win for Life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Totocalcio / Totogol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Slot machines, videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altri giochi (roulette, dadi,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

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

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

Q7. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai partecipato a giochi ONLINE in cui si vincono/perdono soldi?

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

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

Nessun gioco negli ultimi 12 mesi	Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio / totogol, scommesse sportive (calcio, tennis, big race), scommesse su altri eventi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Slot machines, videolottery	Poker texano (texas hold'em), altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, casinò virtuali)	Altri giochi (roulette, dadi,...)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q9. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quali modalità ONLINE hai scelto per giocare? (Segna tutte le caselle appropriate)

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

Q10. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quanto spesso sei ritornato a giocare per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?

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

Q11. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI e segna una risposta per ogni domanda.

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

Q12. Secondo te nell'ULTIMO ANNO con il gioco, complessivamente, sei rimasto in pari, sei andato "in rosso" o sei "in attivo"..?

In pari	In rosso	In attivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

Q12a . Se sei andato "IN ROSSO", secondo te, di quanto in tutto?

Meno di 50 euro	Tra 50-100 euro	Tra 100-200 euro	Tra 200-500 euro	Oltre 500 euro
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

Q12b . Se sei andato "IN ATTIVO", secondo te, di quanto in tutto?

Meno di 50 euro	Tra 50-100 euro	Tra 100-200 euro	Tra 200-500 euro	Oltre 500 euro
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

Q13. Negli ULTIMI 30 GIORNI, quanto hai speso per fare giochi in cui si vincono/perdono soldi?

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

Q14. Vicino a scuola o a casa tua, ci sono luoghi in cui potresti facilmente fare giochi in cui si vincono / perdono soldi?

1 No 2 Sì

Q15. Quanto dista a piedi da casa tua il luogo più vicino dove potresti giocare?

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

Q16. ... e quali giochi potresti fare in quel luogo? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio/totogol, scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte	Bingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q17. Quanto dista a piedi dalla tua scuola il luogo più vicino dove potresti giocare?

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

Q18. ...e quali giochi potresti fare in quel luogo? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio/totogol, scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte	Bingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q19. Quanto ritieni che rischi di danneggiarsi economicamente una persona che acceda spesso ai seguenti giochi? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) Gratta e vinci	<input type="checkbox"/>				
b) Lotto.....	<input type="checkbox"/>				
c) Superenalotto.....	<input type="checkbox"/>				
d) 10 e lotto / Win for Life.....	<input type="checkbox"/>				
e) Totocalcio / Totogol	<input type="checkbox"/>				
f) Bingo	<input type="checkbox"/>				
g) Slot machines, videolottery	<input type="checkbox"/>				
h) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race).....	<input type="checkbox"/>				
i) Scommesse su altri eventi.....	<input type="checkbox"/>				
j) Poker texano (Texas hold'em).....	<input type="checkbox"/>				
k) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge).....	<input type="checkbox"/>				
l) Altri giochi con le carte (roulette, dadi,...).....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

Q20. Quali dei seguenti gruppi di giochi in cui si vincono/perdono soldi secondo te sono vietati ai minori di 18 anni? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio/totogol, scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte	Bingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q21. Secondo te, fare giochi ONLINE in cui si vincono/perdono soldi in Italia è vietato ai...

Minori di 14 anni 1	Minori di 16 anni 2	Minori di 18 anni 3	Non è vietato 4	Non so 5
<input type="checkbox"/>				

Q22. Ti è mai stato impedito, da minorenni, di praticare un gioco in denaro perché vietato ai minori?

1 No

2 Sì → **Q22a. Quali dei seguenti giochi?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio/totogol, scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte	Bingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q22b. In quali contesti? (Segna tutte le caselle appropriate)

Bar/tabacchi, esercizi pubblici	Luoghi del gioco (sale bingo, sale gioco)	Luoghi privati (a casa mia, di amici)	Gioco online
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q23. Sei a conoscenza se il Comune in cui abiti abbia approvato regole per limitare il gioco d'azzardo?

1 No

2 Sì → **Q23a. Quali delle seguenti?** (Segna tutte le caselle appropriate)

- Limitazione degli orari di accesso alle slot machines/videolottery
- Controllo della distanza delle scuole dai luoghi in cui si gioca d'azzardo
- Incentivi per i commercianti che rinuncino a offrire giochi d'azzardo
- Penalizzazioni per i commercianti che offrono giochi d'azzardo

Q24. Secondo te, in quali di questi gruppi di giochi conta anche l'abilità del giocatore? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/Super- enalotto	Totocalcio/totogol, scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte	Bingo	In nessuno di questi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q25. Secondo te c'è qualcuno che riesce a diventare ricco giocando d'azzardo? (Segna tutte le caselle appropriate)

- No, è impossibile
- Si, è raro ma è possibile qualcuno molto bravo ci riesce
- Si, è raro ma è possibile qualcuno molto fortunato ci riesce

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

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

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

(*)

--	--

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

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

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

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

(*) Risposta opzionale

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

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

R5. Quali di queste persone vivono in casa con te? (Segna tutte le caselle appropriate)

Vivo da solo	Padre	Partner/marito di mia madre	Madre	Partner/moglie di mio padre	Fratello/i e/o sorella/e	Nonna/o e/o Nonni	Altro parente/i	Convivente/i non parenti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

R9. In genere quanto sei soddisfatto di ...? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

T2. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI... (Segna una sola casella per ogni riga)

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

T3. Quante volte al giorno usi questi strumenti per connetterti ad Internet? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

T4. Quante ore passi, in media, in un giorno infrasettimanale a svolgere le seguenti attività? (Segna una sola casella per ogni riga)

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

T5. Quanto sei d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni sui giochi su computer, tablet, console, smartphone o altri strumenti elettronici? (Segna una sola casella per ogni riga)

	Totalmente d'accordo	Parzialmente d'accordo	Non so	Parzialmente in disaccordo	Totale disaccordo
a) Credo di passare troppo tempo a giocare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Divento di cattivo umore quando non posso giocare...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) I miei genitori dicono che passo troppo tempo a giocare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

*Le domande che seguono riguardano il **CYBERBULLISMO**, una forma di bullismo che prevede l'utilizzo di e-mail, SMS, chat, social-network, cellulari o altre forme di informazione tecnologica allo scopo di intimidire qualcuno.*

U1. Conosci qualcuno che è stato vittima di cyberbullismo?

1 No

2 Sì —→ **U1a. E' stato vittima di...** (Segna tutte le caselle appropriate)

Compagni di scuola	Compagni di sport	Altri amici	Altri conoscenti	Non lo so
<input type="checkbox"/>				

U2. Tu sei stato vittima di cyberbullismo?

1 No

2 Sì —→ **U2a. Sei stato vittima da parte di...** (Segna tutte le caselle appropriate)

Compagni di scuola	Compagni di sport	Altri amici	Altri conoscenti	Non lo so
<input type="checkbox"/>				

U2b. Quante volte sei stato vittima nell'ultimo anno?

Mai	Solo 1 o 2 volte	Qualche volta	Circa 1 volta alla settimana	Diverse volte alla settimana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

U3. Che tipo di esperienza hai avuto? (Segna tutte le caselle appropriate)

Mi sono arrivati brutti msg di testo indirizzati solo a me	Foto/video offensivi sul cell	Attraverso cattive e brutte email	Ho ricevuto insulti sul web/ social network	Ho ricevuto insulti in una chat di gruppo	Altro	Non sono mai stato vittima di cyberbullismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U4. Hai mai preso parte ad episodi di cyberbullismo?

1 No

2 Sì —→ **U4a. Insieme a chi?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Compagni di scuola	Compagni di sport	Altri amici	Altri conoscenti	Non lo so
<input type="checkbox"/>				

U4b. Quante volte hai preso parte ad episodi di cyberbullismo verso altri ragazzi/e nell'ultimo anno?

Mai	Solo 1 o 2 volte	Qualche volta	Circa 1 volta alla settimana	Diverse volte alla settimana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

U5. A che tipo di comportamento hai preso parte? (Segna tutte le caselle appropriate)

Inviare brutti msg di testo ad una persona	Foto/video offensivi sul cell	Spedire cattive e brutte email	Insultare/ deridere qualcuno sul web/soc.network	Insultare/ deridere qualcuno in una chat di gruppo	Altro	Non ho mai preso parte a comportamenti di cyberbullismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>