

# A

Le domande cominciano con la raccolta di alcune **INFORMAZIONI GENERALI** su di te, e sulle attività che eventualmente svolgi.

**A1. Di che sesso sei**

1  Maschio

2  Femmina

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

(\*)

**A3. Quando sei nato?**

Anno

(\*)

**A4. Quali lingue si parlano nella tua famiglia di origine?**

(Segna tutte le caselle appropriate)

Italiana

Spagnola/  
Portoghese

Inglese/  
Tedesca

Francese

Slava

Cinese

Araba

Indiana/  
Filippina

Senegalese/  
Ghanese/  
Nigeriana

Albanese

Altra lingua

**A5. Diresti che abiti in una zona...** (Segna una sola casella)

Urbana  
(Città)

1

Semi-Urbana  
(Periferia, Sobborgo, ecc.)

2

Semi-Rurale  
(Paese)

3

Rurale  
(Campagna, Montagna, ecc.)

4

**A6. 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

## A7. Durante gli ULTIMI 30 GIORNI, quanti giorni di scuola hai perso?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## A8. Quale dei seguenti giudizi descrive meglio il tuo andamento scolastico nell'ultimo quadrimestre?

Ottimo	Buono	Medio (più che sufficiente, sufficiente, appena sufficiente)	Basso (insufficiente, molto insufficiente, pessimo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

## A9. 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

# B

Passiamo ora ad alcune informazioni riguardanti la tua  
**ATTIVITÀ FISICA e/o SPORTIVA.**

## B1. Nella tua vita hai mai fatto esercizio fisico?

(sport, camminate, ginnastica a scuola)

- No, vai alla domanda **B7** 
- Sì, prosegui...

## B2. Ripensa all'ultimo anno. Con quale frequenza hai fatto attività fisica? (Segna una sola casella)

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

### B3. Come definiresti lo sforzo che richiede la tua attività fisica?

(Segna una sola casella)

Lieve

1

Moderato

2

Intenso

3

### B4. A quale livello pratichi 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

### B5. Che tipo di attività pratichi? (Segna tutte le caselle appropriate)

Individuale

Di squadra/di gruppo

### B6. Che cosa pensano i tuoi genitori della tua attività sportiva?

(Segna una sola casella)

Pensano che lo sport mi impegni troppo

1

Pensano che dovrei fare di più

2

Non si interessano alla mia attività/risultati

3

Sono soddisfatti

4

Non lo so

5

### B7. Indica la tua altezza ed il tuo peso

Altezza cm.

--	--	--

Peso Kg.

--	--	--

# C

Le domande che seguono riguardano il **CONSUMO di TABACCO**, l'utilizzo di **SIGARETTE ELETTRONICHE** e di **SIGARETTE SENZA COMBUSTIONE**.

### C1. Quante volte nella tua VITA hai fumato sigarette? (Segna una sola casella)

Numero di occasioni

0

1

1-2

2

3-5

3

6-9

4

10-19

5

20-39

6

40 o più

7

### C2. Con quale frequenza hai fumato sigarette negli ULTIMI 12 MESI?

(Segna una sola casella)

Mai

1

Meno di 1 sigaretta alla settimana

2

Meno di 1 sigaretta al giorno

3

1-5 sigarette al giorno

4

6-10 sigarette al giorno

5

11-20 sigarette al giorno

6

Più di 20 sigarette al giorno

7

### C3. Con quale frequenza hai fumato sigarette negli ULTIMI 30 GIORNI?

(Segna una sola casella)

Mai

1

Meno di 1 sigaretta alla settimana

2

Meno di 1 sigaretta al giorno

3

1-5 sigarette al giorno

4

6-10 sigarette al giorno

5

11-20 sigarette al giorno

6

Più di 20 sigarette al giorno

7

## C4. 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 più	Mai
a) Fumare la prima sigaretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare sigarette ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

## C5. Hai mai usato sigarette elettroniche? (Segna una sola casella)

No	Sì, ma più di 12 mesi fa	Sì, negli ultimi 12 mesi	Sì, negli ultimi 30 giorni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

## C6. 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 più	Mai
a) Fumare la prima sigaretta elettronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare la sigaretta elettronica ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

## C7. Perché hai provato per la PRIMA VOLTA le sigarette elettroniche?

(Segna una sola casella)

Per smettere di fumare sigarette	Curiosità	Perché me la offrirono i miei amici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

## C8. Quale tipo di ricarica utilizzi di solito per la tua sigaretta elettronica? (Segna tutte le caselle appropriate)

Nicotina	Aroma	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C9. Hai mai usato "pipa ad acqua", tabacco da sniffo/fiuto, sigaretta senza combustione (IQOS)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Sì, ma più di 12 mesi fa	Sì, negli ultimi 12 mesi	Sì, negli ultimi 30 giorni
a) Pipa ad acqua (shisha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tabacco da sniffo/fiuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sigaretta senza combustione (IQOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## C10. Secondo te, fumare sigarette in Italia è vietato ai...

(Segna una sola casella)

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

**D**

Le prossime domande riguardano gli **ALCOLICI**:  
birra; alcolici premixati (drink leggeri: bibita confezionata in bottiglia con premix di alcol al 5%); vino e liquori (cocktail alcolico, whisky, grappa, rum, ecc.).

### D1. In quante occasioni hai bevuto alcolici?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

### D2. 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	3-9	10-19	20 o più
a) Birra (esclusa quella analcolica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alcolici premixati (drink leggeri: bibita confezionata in bottiglia con premix di alcol al 5%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Liquori (cocktail alcolico, whisky, grappa, rum, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### D3. Quando è stato l'ultimo giorno in cui hai bevuto alcolici?

(Segna una sola casella)

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

### D4. 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, ...)
- Altrove

## D5. In quante occasioni ti sei ubriacato (se ti è successo)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## D6. 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")

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

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

## D7. 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    1  2    2  3    3-5  4    6-9  5    10 o più  6

## D8. 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	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## D9. 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  1    Non sono mai stato ubriaco  2    1-2 drink  3    3-4 drink  4    5-6 drink  5    7-8 drink  6    9-10 drink  7    11-12 drink  8    13 drink o più  9

## D10. 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 anni o più	Mai
a) Bere alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ubriacarti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

## D11. 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 più 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

## D12. Secondo te, bere alcolici in Italia è vietato ai...

(Segna una sola casella)

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

# E

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

## E1. Ti è capitato di aver avuto la possibilità di fare uso di cannabis, e poi aver deciso di non assumerla?

1  No

2  Sì

### E1a. Quante volte ti è accaduto?

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

## E2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cannabis, se lo volessi?

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

### E3. In quante occasioni, se ti è successo, hai fatto uso di cannabis?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

### E4. 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 più	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

### E5. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare cannabis, se lo volessi?

1  No

2  Sì → **E5a. 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"/>

### E6. Quando ti incontri con gli amici, fate abitualmente uso di cannabis?

1  No

2  Sì → **E6a. Quante volte al mese succede?**

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

### E7. Se hai fatto uso di cannabis durante gli ULTIMI 12 MESI, quale tipo di cannabis hai usato? (Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho usato cannabis negli ultimi 12 mesi	Resina di cannabis Fumo Hashish	Erba Marijuana	Skunk (Super Marijuana ad alto contenuto di THC)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## E8. Hai fatto uso di cannabis negli ULTIMI 12 MESI?

1  No, non ho usato cannabis negli ultimi 12 mesi.

2  Sì  **E8a. Se hai fatto uso di cannabis durante gli ULTIMI 12 MESI, ti sono capitate le seguenti situazioni?**

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

# F

Le domande che seguono riguardano la CANNABIS SINTETICA conosciuta anche come SPICE.

La SPICE è un prodotto totalmente chimico che si presenta come una miscela di erbe e produce effetti simili a quelli della cannabis.

## F1. Hai mai usato la spice (cannabis sintetica)?

1  No

2  Sì  **F1a. Quante volte ti è accaduto?**

0	1-2 volte	3-9 volte	10-19 volte	20 o più volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

## F2. In quante occasioni hai fatto uso di spice?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	10-19	20 o più
a) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## F3. Prima di rispondere a queste domande conoscevi la differenza tra la spice e la cannabis?

1  No

2  Sì

**F4. Quando hai usato per la prima volta la spice, che rapporto avevi con la cannabis?** (Segna una sola casella)

Non ho mai usato la cannabis

1

Fumavo occasionalmente la cannabis

2

Fumavo regolarmente la cannabis

3

**F5. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare la spice, se lo volessi?**

1  No

2  Sì

**F5a. 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

**G**

**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.**

**G1. 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?** (Segna una sola casella)

No, mai

1

Sì, per meno di tre settimane

2

Sì, per tre settimane o più

3

**H**

**Le domande che seguono riguardano alcune SOSTANZE PSICOSTIMOLANTI (Amfetamine, Ecstasy, GHB, MD, Metamfetamine).**

**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) Amfetamine (eccitanti, stimolanti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ecstasy o altre pasticche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) GHB (ecstasy liquida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Spanglers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) MD (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

## H2. In quante occasioni hai fatto uso di amfetamine?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## H3. In quante occasioni hai fatto uso di ecstasy o altre pasticche?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## H4. In quante occasioni hai fatto uso di GHB (ecstasy liquida)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## H5. In quante occasioni hai fatto uso di MD (MDMA)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## H6. 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	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## H7. Quante volte nella tua VITA hai fatto uso delle seguenti sostanze?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## H8. Quando hai provato, se lo hai fatto, per la PRIMA VOLTA almeno una delle sostanze sopra elencate?

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

## H9. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare psicostimolanti (MD, amfetamine, metamfetamine, ecstasy), se lo volessi?

1  No

2  Sì 

### H9a. 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

## Le domande che seguono riguardano le NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE (NPS).

Si tratta di sostanze sintetiche che imitano gli effetti delle droghe come cannabis, ecstasy o allucinogeni, ma che sono composte di molecole chimiche elaborate in laboratorio. Si presentano sotto forme diverse (pasticche, cristalli, polveri, ecc.), in continua e rapida mutazione e trasformazione nel loro aspetto, nello stato e anche nella composizione molecolare.

## I1. Hai usato NPS?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
a) Nella vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## I2. In che forma/aspetto si presentavano?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Pasticche

Liquido

Polvere

Cristalli  
da fumare

Miscela  
di erbe

Altra  
forma

Non le ho  
usate

**J**

Le domande che seguono riguardano i **FARMACI PSICOATTIVI** (tra i quali psicofarmaci e farmaci per la terapia del dolore, generalmente prescritti dal medico) assunti **SENZA PRESCRIZIONE MEDICA (SPM)**

### J1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti farmaci SPM se lo volessi?

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

### J2. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci SPM per l'iperattività e/o l'attenzione?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### J3. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci SPM per dimagrire?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### J4. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci SPM per dormire e /o rilassarsi

(Segna una sola casella per ogni riga)	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## J5. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci SPM per l'umore?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## J6. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci SPM per il dolore?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## J7. Per quali ragioni hai fatto uso dei seguenti farmaci SPM?

(Segna tutte le caselle appropriate)

	Non ho mai utilizzato queste sostanze	Per aumentare le prestazioni sportive / fisiche	Per andare meglio a scuola (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Per sballare, andare su di giri	Perché non stavo bene con me stesso	Altro
a) Farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Farmaci per dimagrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Farmaci per dormire e/o rilassarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Farmaci per l'umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Farmaci per il dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## J8. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare i farmaci sopra elencati, se lo volessi?

1  No

2  Sì  **J8a. 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"/>

**K**

Le domande che seguono riguardano  
la COCAINA e il CRACK.

### K1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

### K2. In quante occasioni hai fatto uso di cocaina?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

### K3. In quante occasioni hai fatto uso di crack?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

### K4. 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 più	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

### K5. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare cocaina e/o crack, se lo volessi?

1  No

2  Sì → **K5a. 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"/>

# L

## Le domande che seguono riguardano gli ALLUCINOGENI.

### L1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze, se lo volessi?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile	Non so
a) LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Funghi allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

### L2. In quante occasioni hai fatto uso di LSD?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### L3. In quante occasioni hai fatto uso di funghi allucinogeni?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### L4. In quante occasioni hai fatto uso di ketamina?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	10-19	20 o più
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### L5. 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 più	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11



## L6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina), se lo volessi?

1  No

2  Sì  **L6a. In quali dei seguenti posti?**

(Segna tutte le caselle appropriate)

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

# M

Le domande che seguono riguardano l'uso di **EROINA** o di **OPPIACEI/OPPIOIDI**

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

(Segna una sola casella)

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

## M2. In quante occasioni hai fatto uso di eroina?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## M3. In quante occasioni hai fatto uso di oppiacei/oppioidi?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## M4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA eroina?

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

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

(Segna tutte le caselle appropriate)

<b>Non ho mai usato eroina</b>	<b>Sniffata</b>	<b>Iniettata</b>	<b>Fumata</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## M6. Conosci dei posti in cui pensi che potresti facilmente trovare eroina e/o altri oppiacei/oppioidi se lo volessi?

1  No

2  Sì  **M6a. In quali dei seguenti posti?**

(Segna tutte le caselle appropriate)

<b>Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto</b>	<b>A scuola</b>	<b>A casa di un amico</b>	<b>In discoteca al bar,...</b>	<b>A casa di uno spacciatore</b>	<b>Via Internet</b>	<b>Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti, fiere, ...)</b>	<b>A casa mia</b>
<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. Nella tua VITA hai fatto uso di antidolorifici per sballare (painkillers)? (Segna una sola casella)

<b>0</b>	<b>1-2</b>	<b>Numero di occasioni 3-9</b>	<b>10-19</b>	<b>20 o più</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

# N

Le domande che seguono riguardano le **BEVANDE ENERGETICHE, INTEGRATORI ed ANABOLIZZANTI.**

## N1. In quante occasioni hai fatto uso di energy drink?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## N2. In quante occasioni hai fatto uso di integratori (proteine, vitamine, sali minerali, prodotti a base di erbe)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

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

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

## N4. Chi ti ha consigliato di utilizzarle?

(Segna tutte le caselle appropriate)	L'ho deciso da solo	Allenatore	Medico sportivo	Farmacista	Rivenditore integratore	Genitori familiari	Amici	Altro
a) Energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Integratori (proteine, vitamine, sali minerali, prodotti a base di erbe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anabolizzanti e/o testosterone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N5. Per quali ragioni hai assunto le seguenti sostanze?

(Segna tutte le caselle appropriate)	Non ho mai utilizzato queste sostanze	Per aumentare le prestazioni sportive / fisiche	Per andare meglio a scuola (concentrazione, verifiche, esami)	Per migliorare l'aspetto fisico	Per sballare, andare su di giri	Perché non stavo bene con me stesso	Altro
a) Farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Farmaci per dimagrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Farmaci per dormire e/o rilassarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Farmaci per l'umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Farmaci per il dolore	<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 ALTRE SOSTANZE.

## O1. 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	3-9	10-19	20 o più
a) Inalanti (sostanze volatili: benzine, colle, vernici, gas, diluenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a pillole (farmaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a psicofarmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Droghe che si iniettano con la siringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## O2. 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	3-9	10-19	20 o più
a) Inalanti (sostanze volatili: benzine, colle, vernici, gas, diluenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a pillole (farmaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a psicofarmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Droghe che si iniettano con la siringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## O3. 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	3-9	10-19	20 o più
a) Inalanti (sostanze volatili: benzine, colle, vernici, gas, diluenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Salvia divinorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a pillole (farmaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a psicofarmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Droghe che si iniettano con la siringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## O4. Ti è capitato di assumere sostanze psicoattive senza sapere cosa stavi prendendo?

1  No

2  Sì → **O4a. Quante volte ti è capitato di usarle?**

(Segna una sola casella)

Mai	1-5 volte	6-19 volte	20 o più volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

## O4b. In che forma/aspetto si presentavano?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Pasticche	Liquido	Polvere	Cristalli da fumare	Miscela di erbe	Altra forma	Non le ho usate
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## O4c. Sapevi che effetti avrebbero avuto su di te?


1  No    2  Sì

# P

Le domande che seguono riguardano tutti quei giochi con cui si possono vincere e/o perdere soldi: GIOCHI D'AZZARDO.

Esempi di giochi d'azzardo sono il Gratta e Vinci, Lotto, Superenalotto, Totocalcio, slot machines, videolottery, scommesse, giochi con le carte, ecc.

## P1. Hai mai giocato d'azzardo? (Gratta e Vinci, Lotto, Superenalotto, Totocalcio, slot machines, videolottery, scommesse, giochi con le carte, ecc.)

- 1  No, **vai alla domanda P16** 
- 2  Sì, prosegui...

## P2. Quante volte hai giocato d'azzardo negli ULTIMI 12 MESI?

(Segna una sola casella)

- |                                      |                               |                          |                              |                              |                                  |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>Non ho fatto giochi d'azzardo</b> | <b>1 volta al mese o meno</b> | <b>2-4 volte al mese</b> | <b>2-3 volte a settimana</b> | <b>4-5 volte a settimana</b> | <b>6 o più volte a settimana</b> |
| <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>         |
| 1                                    | 2                             | 3                        | 4                            | 5                            | 6                                |

## P3. Quanto tempo hai trascorso a giocare d'azzardo (se lo hai fatto) in una giornata tipo negli ULTIMI 12 MESI? (Segna una sola casella)

- |                                      |                          |                              |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Non ho fatto giochi d'azzardo</b> | <b>Meno di 30 minuti</b> | <b>Fra 30 minuti e 1 ora</b> | <b>Fra 1 ora e 2 ore</b> | <b>Fra 2 ore e 3 ore</b> | <b>3 ore o più</b>       |
| <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1                                    | 2                        | 3                            | 4                        | 5                        | 6                        |

## P4. Quante volte hai giocato d'azzardo (se lo hai fatto) per più di 2 ore di fila (in una sola occasione) negli ULTIMI 12 MESI?

(Segna una sola casella)

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Mai</b>               | <b>1-5 volte</b>         | <b>6-19 volte</b>        | <b>20 o più volte</b>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |

## P5. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni hai fatto i seguenti giochi d'azzardo?

(Segna una sola casella per ogni riga)	<b>Non ho mai giocato</b>	<b>1 volta al mese o meno</b>	<b>2-4 volte al mese</b>	<b>2-3 volte a settimana</b>	<b>4-5 volte a settimana</b>	<b>6 o più volte a settimana</b>
a) Gratta e Vinci	<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"/>
c) Superenalotto	<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"/>
e) Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Slot machines, videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Scommesse calcistiche (Totocalcio, Totogol,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Scommesse su altri sport (ippica, tennis, big race)	<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"/>
j) Poker texano (Texas hold'em)	<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"/>
l) Altri giochi (roulette, dadi,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

**P6. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quali luoghi hai giocato d'azzardo (escludendo i giochi ON-LINE)?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho fatto giochi d'azzardo	Sale scommesse	Sale Bingo	Casinò (escluso on-line)	Circoli ricreativi	Bar / tabacchi, pub	Sale giochi	A casa mia o di amici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pensa ora ai giochi d'azzardo ON-LINE: scommesse sportive o su altri eventi, slot machines e videolottery, poker texano, giochi di casinò che si possono fare connettendosi a Internet attraverso computer, tablet, smartphone, console o altro**

**P7. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai partecipato a GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE?**

Numero di occasioni				
0	1-2	3-9	10-19	20 o più
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

**P8. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. A quali giochi d'azzardo ON-LINE hai giocato?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho fatto giochi d'azzardo	Gratta e Vinci 10 e lotto Win for Life	Lotto Superenalotto	Totocalcio Totogol Scommesse sportive	Scommesse su altri eventi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bingo	Slot machines Videolottery	Poker texano (Texas hold'em) altri giochi con le carte (Poker, burraco, bridge,...)	Altri giochi di casinò virtuali (Roulette, dadi,...)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P9. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quali modalità ON-LINE hai scelto per giocare d'azzardo?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho fatto giochi d'azzardo	Smartphone	Tablet	Computer fisso o portatile	TV	Console per giochi elettronici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P10. Dove ti trovi di solito quando giochi d'azzardo ON-LINE?**

(Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho fatto giochi d'azzardo	A scuola	A casa mia	A casa di amici	In luoghi pubblici chiusi (sale giochi, bar)	In luoghi pubblici aperti (piazza, parco)	Sui mezzi di trasporto (tram, autobus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P11. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quali account hai utilizzato per fare giochi d'azzardo ON-LINE?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho fatto giochi d'azzardo	Il mio personale	Quello di mio padre / madre	Quello di mio fratello/sorella maggiorenni	Quello di un maggiorenne (altri parenti, amici)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adesso torna a pensare al gioco d'azzardo in generale, sia esso svolto in ricevitoria, in una sala scommesse e/o Bingo, in edicola o al bar (giochi d'azzardo ON-SITE), sia esso svolto ON-LINE.

**P12.** Negli ULTIMI 12 MESI quanto spesso sei ritornato a giocare d'azzardo per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?

- Mai  A volte  La maggior parte delle volte  Sempre
- 1 2 3 4

**P13.** Ripensa agli ULTIMI 12 MESI e segna una risposta per ogni domanda.

	No	Sì
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

**P14.** Secondo te negli ULTIMI 12 MESI con il gioco d'azzardo, complessivamente, sei rimasto in pari, sei andato "in rosso" o sei "in attivo"?

- In pari  In rosso  In attivo
- 1 2 3

**P14a.** Se sei andato "IN ROSSO", secondo te, di quanto in tutto?

(Segna una sola casella)

- Meno di 50 euro  Tra 50-100 euro  Tra 100-200 euro  Tra 200-500 euro  Oltre 500 euro
- 1 2 3 4 5

**P14b.** Se sei andato "IN ATTIVO", secondo te, di quanto in tutto?

(Segna una sola casella)

- Meno di 50 euro  Tra 50-100 euro  Tra 100-200 euro  Tra 200-500 euro  Oltre 500 euro
- 1 2 3 4 5

## P15. Negli ULTIMI 30 GIORNI, quanto hai speso per fare giochi d'azzardo?

(Segna una sola casella)

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Importo in Euro						
	0	10 o meno	11-30	31-50	51-70	71-90	91 o più
a) Gioco d'azzardo ON-SITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gioco d'azzardo ON-LINE	<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

## P16. Quanto dista a piedi da casa tua il luogo più vicino dove potresti giocare d'azzardo? (Segna una sola casella)

Non ce ne sono

1

Meno di 5 minuti

2

5-10 minuti

3

Più di 10 minuti

4

## P17. ... e quali giochi potresti fare in quel luogo? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e Vinci  
10 e lotto  
Win for Life

Lotto  
Super-  
Enalotto

Totocalcio  
Totogol  
Scommesse  
Sportive

Scommesse  
su altri  
eventi

Bingo

Slot  
machines  
Videolottery

Poker  
texano  
altri giochi  
con le carte  
(Poker, bridge)

Altri giochi  
di casinò  
virtuali  
(Roulette, dadi)

## P18. Quanto dista a piedi dalla tua scuola il luogo più vicino dove potresti giocare d'azzardo? (Segna una sola casella)

Non ce ne sono

1

Meno di 5 minuti

2

5-10 minuti

3

Più di 10 minuti

4

## P19. ...e quali giochi potresti fare in quel luogo? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e Vinci  
10 e lotto  
Win for Life

Lotto  
Super-  
Enalotto

Totocalcio  
Totogol  
Scommesse  
Sportive

Scommesse  
su altri  
eventi

Bingo

Slot  
machines  
Videolottery

Poker  
texano  
altri giochi  
con le carte  
(Poker, bridge)

Altri giochi  
di casinò  
virtuali  
(Roulette, dadi)

## P20. Quanto ritieni che rischi di danneggiarsi economicamente una persona che acceda spesso ai seguenti giochi d'azzardo?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
a) Gratta e Vinci	<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"/>
c) Superenalotto	<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"/>
e) Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Slot machines, videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Scommesse calcistiche (Totocalcio, Totogol,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Scommesse su altri sport (ippica, tennis, big race)	<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"/>
j) Poker texano (Texas hold'em)	<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"/>
l) Altri giochi (roulette, dadi,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5



**P21. Ti è mai stato impedito, da minorenne, di praticare un gioco in denaro perché vietato ai minori?**

1  No

2  Sì

**P21a. Quali dei seguenti giochi?** (Segna tutte le caselle appropriate)

<b>Gratta e Vinci 10 e lotto Win for Life</b>	<b>Lotto Super- Enalotto</b>	<b>Totocalcio Totogol Scommesse Sportive</b>	<b>Scommesse su altri eventi</b>	<b>Bingo</b>	<b>Slot machines Videolottery</b>	<b>Poker texano altri giochi con le carte (Poker, bridge)</b>	<b>Altri giochi di casinò virtuali (Roulette, dadi)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P21b. In quali contesti?** (Segna tutte le caselle appropriate)

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

**P22. Quali dei seguenti gruppi di giochi d'azzardo secondo te sono vietati ai minori di 18 anni?** (Segna tutte le caselle appropriate)

<b>Gratta e Vinci 10 e lotto Win for Life</b>	<b>Lotto Super- Enalotto</b>	<b>Totocalcio Totogol Scommesse Sportive</b>	<b>Scommesse su altri eventi</b>	<b>Bingo</b>	<b>Slot machines Videolottery</b>	<b>Poker texano altri giochi con le carte (Poker, bridge)</b>	<b>Altri giochi di casinò virtuali (Roulette, dadi)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P23. Secondo te, fare giochi d'azzardo ON-LINE in Italia è vietato ai...**

(Segna una sola casella)

**Minori di 14 anni**

1

**Minori di 16 anni**

2

**Minori di 18 anni**

3

**Non è vietato**

4

**Non so**

5

**P24. Sei a conoscenza se il Comune in cui abiti abbia approvato regole per limitare il gioco d'azzardo?**

1  No

2  Sì

**P24a. 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

**P25. Secondo te, in quali di questi gruppi di giochi conta anche l'abilità del giocatore?** (Segna tutte le caselle appropriate)

<b>Gratta e Vinci 10 e lotto Win for Life</b>	<b>Lotto Super- Enalotto</b>	<b>Totocalcio Totogol Scommesse Sportive</b>	<b>Scommesse su altri eventi</b>	<b>Bingo</b>	<b>Slot machines Videolottery</b>	<b>Poker texano altri giochi con le carte (Poker, bridge)</b>	<b>Altri giochi di casinò virtuali (Roulette, dadi)</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## P26. 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 che qualcuno  
molto bravo ci riesca

Si, è raro,  
ma è possibile che qualcuno  
molto fortunato ci riesca



Le domande che seguono approfondiscono alcuni aspetti del tuo rapporto con INTERNET.

### Q1. Quante ore passi, in media, in un giorno di scuola a svolgere le seguenti attività?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuna	Meno di 1 ora	Fra 1 e 2 ore	Fra 2 e 4 ore	Fra 4 e 6 ore	Più di 6 ore
a) Sto collegato ad Internet in chat, messenger, social-network	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sto collegato ad Internet per fare ricerche, leggere quotidiani, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sto collegato ad Internet per scaricare film, musica, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sto collegato su Internet a siti per adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Gioco in Internet a giochi di abilità, texas hold'em, sudoku, biliardo, solitario, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gioco in Internet a giochi di ruolo o di avventura, giochi ambientati in mondi virtuali (di guerra, di strategia, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

### Q2. 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 on-line più tempo di quello che volevi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai trascurato i compiti per passare più tempo on-line?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai ricevuto rimproveri da parte dei tuoi genitori o amici per il tempo trascorso on-line?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hai perso ore di sonno perché sei rimasto sveglio fino a tardi collegato in internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ti è capitato di sentirti nervoso quando non eri collegato, mentre poi sei stato benissimo una volta on-line?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ti è capitato di aver scelto di stare on-line anziché uscire con gli amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

### Q3. 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

### Q4. Conosci qualcuno che è stato/a vittima di cyberbullismo?

1  No

2  Sì → **Q4a. Da parte di chi?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Da parte mia	Di alcuni compagni di scuola	Di alcuni compagni di sport	Di alcuni miei amici	Di alcuni miei conoscenti	Di persone sconosciute	Non lo so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Q5. Ti è successo di essere stato/a vittima di cyberbullismo?

1  No

2  Sì → **Q5a. Da parte di chi?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Da parte di adulti	Di alcuni compagni di scuola	Di alcuni compagni di sport	Di alcuni miei amici	Di alcuni miei conoscenti	Di persone sconosciute	Non lo so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Q6. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Ti sono capitate alcune di queste esperienze?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-4 volte	5-10 volte	11 o più volte
a) Ho ricevuto messaggi di testo e/o mail offensivi (indirizzati solo a me)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sono stato minacciato/infastidito/deriso via internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ho ricevuto video/foto offensivi (indirizzati solo a me)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ho ricevuto insulti/minacce su web/social network/forum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) A mia insaputa, hanno fatto girare in Internet alcune mie foto e/o video che non volevo fossero pubbliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ho ricevuto insulti in una chat di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) A mia insaputa, hanno inviato in una chat di gruppo alcune mie foto e/o video che non volevo fossero pubbliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sono stato escluso/bloccato da gruppi on-line (chat, forum, gruppi social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## Q7. Hai preso parte ad episodi di cyberbullismo verso altri ragazzi/e?

1  No

2  Sì  **Q7a. Insieme a chi?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Ad alcuni  
compagni  
di scuola

Ad alcuni  
compagni  
di sport

Ad alcuni  
miei  
amici

Ad alcuni  
miei  
conoscenti

Ad altre  
persone che  
non conoscevo

## Q8. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quante volte hai preso parte ad episodi di cyberbullismo verso altri ragazzi/e (almeno una volta al mese o più volte al mese)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	1-2 volte	3 o più volte
a) Inviare messaggi di testo e/o mail offensivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Minacciare/infastidire/deridere via internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Inviare video/foto offensivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Inviare insulti/minacce su web/social network/forum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Far girare in Internet foto e video ad insaputa del/la protagonista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Inviare insulti in una chat di gruppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Inviare in una chat di gruppo foto e/o video ad insaputa del/la protagonista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Escludere/bloccare qualcuno da gruppi on-line (chat, forum, gruppi social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

3

## Q9. Per entrare a far parte di un gruppo, hai mai sentito parlare di “prove/sfide” che bisogna dimostrare di aver saputo affrontare, pubblicandole su Internet?

1  No

2  Sì  **Q9a. Chi te ne ha parlato?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Conoscenti

Amici

Parenti

Sconosciuti

## Q10. Ti è stato proposto di partecipare a questo tipo di “prove/sfide”?

1  No

2  Sì  **Q10a. Chi te l'ha proposto?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Conoscenti

Amici

Parenti

Sconosciuti

### Q10b. ...hai deciso di parteciparvi? (Segna una sola casella)

1  No

2  Sì

### Q10c. ...quali canali hai usato? (Segna tutte le caselle appropriate)

Social Network

Instant Messenger

## Q11. Conosci qualcuno che ha partecipato a “prove/sfide”?

1  No

2  Sì  **Q11a. Chi gliel'ha proposto?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Conoscenti

1

Amici

2

Parenti

3

Sconosciuti

4

# R

Ci interessa ora raccogliere alcune informazioni riguardanti la tua esperienza con i VIDEOGAME e/o giochi (come multiplayer, giochi di ruolo, di strategia, di abilità, di azione, puzzle, ecc.).

Nelle domande che seguono useremo il termine “videogame” riferendoci quindi a giochi che in genere si fanno da soli, con o contro altri giocatori, utilizzando, anche senza essere connessi ad internet, il pc, il tablet, lo smartphone, una console o altre modalità.

## R1. Quante volte nella tua VITA, hai giocato ai videogame?

Mai

1

1-5 volte

2


6-19 volte

3

20 o più volte

4

## R2. Hai mai giocato ai videogame negli ULTIMI 12 MESI?

1  No, vai alla domanda **S1** 

2  Sì, prosegui...

## R3. Pensa agli ULTIMI 30 GIORNI. Quante ore al giorno in media giochi ai videogame?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Non ho giocato	Meno di 30 min.	Fra 30 minuti e 1 ora	Fra 1 e 2 ore	Fra 2 e 4 ore	Fra 4 e 6 ore	Più di 6 ore
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<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

## R4. Cosa utilizzi di solito per giocare ai videogame?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Smartphone

Tablet

PC fisso o portatile

TV

Console

Non gioco

## R5. Dove ti trovi di solito quando giochi ai videogame?

(Segna tutte le caselle appropriate)

<b>A scuola</b>	<b>A casa mia</b>	<b>A casa di amici</b>	<b>In luoghi pubblici chiusi</b> (sale giochi, internet point, bar...)	<b>In luoghi pubblici aperti</b> (piazza, parco...)	<b>Sui mezzi di trasporto</b> (tram, autobus, treno, auto...)	<b>Non gioco</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## R6. Quanto tempo in media dedichi a ogni sessione di gioco senza interruzioni?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	<b>Non ho giocato</b>	<b>Meno di 30 min.</b>	<b>Fra 30 minuti e 1 ora</b>	<b>Fra 1 e 2 ore</b>	<b>Fra 2 e 4 ore</b>	<b>Fra 4 e 6 ore</b>	<b>Più di 6 ore</b>
a) Nei giorni in cui vai a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nei giorni in cui non vai a scuola	<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

## R7. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI, in media quanto hai speso al mese su Internet per acquistare e/o aggiornare videogame o per poter continuare a giocare (ad es. comprare delle "vite" e/o per passare a livelli successivi)?

<b>Non ho giocato</b>	<b>0 euro</b>	<b>Meno di 5 euro</b>	<b>Tra i 6-10 euro</b>	<b>Tra gli 11-20 euro</b>	<b>Tra i 21-50 euro</b>	<b>Più di 50 euro</b>
<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

## R8. 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)

	<b>Totalmente d'accordo</b>	<b>Parzialmente d'accordo</b>	<b>Parzialmente in disaccordo</b>	<b>Totale disaccordo</b>	<b>Non so</b>
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

**S**

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

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

(\*)

**S1. Riporta a fianco le prime 2 lettere del nome di tua madre**

**S2. Qual'è il LIVELLO MASSIMO DI SCOLARITÀ raggiunto da tuoi genitori?**

(Segna una sola casella per ogni genitore)	Padre	Madre
Ha completato le elementari o meno	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Ha fatto qualche classe delle medie inferiori	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Ha completato le medie inferiori	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Ha fatto qualche classe delle medie superiori	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Ha completato le medie superiori o ha fatto qualche anno di università	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Ha completato l'università	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Non so	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

**S3. I tuoi genitori lavorano?**

(Segna una sola casella per ogni genitore)	Padre	Madre
Sì, è un lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Sì, è un lavoratore autonomo (libero professionista, artigiano, ...)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Sì, è casalingo/a	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Sì, altro	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
No, è disoccupato/a ed è in cerca di una nuova occupazione	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
No, si è ritirato dal lavoro (pensione)	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
No, non può lavorare	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Non so	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

**S4. Come sta economicamente la tua famiglia rispetto alle altre famiglie italiane?** (Segna una sola casella)

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

(\*) Risposta opzionale

## S5. 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	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"/>

## S6. In generale quanto sei soddisfatto del ...?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Né sodd né insoddisf.	Non tanto soddisfatto	Per niente soddisfatto	Non c'è questa persona
a) Rapporto con tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rapporto con tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rapporto con i tuoi amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

## S7. I tuoi genitori sanno dove trascorri il sabato sera?

(Segna una sola casella)

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

## S8. Se tu avessi fatto uso di cannabis, pensi che l'avresti detto in questo questionario?

(Segna una sola casella)

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

## S9. In genere quanto sei soddisfatto di ...?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Molto soddisfatto	Soddisfatto	Né soddisfatto né insoddisf.	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

## S10. In che misura sono valide per te le seguenti affermazioni?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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



## S11. Quanto spendi di solito alla settimana per le tue esigenze personali, senza il controllo dei tuoi genitori? (Segna una sola casella)

0€	1-9€	10-19€	20-29€	30-44€	45-54€	55-99€	100€ o più
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8

# T

Le domande che seguono riguardano altri aspetti relativi al consumo di **SOSTANZE** e al **GIOCO D'AZZARDO**.

## T1. 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 più
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

## T2. Ripensa agli ULTIMI 30 GIORNI, quanto hai speso per l'acquisto delle sostanze elencate?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Importo in Euro						
	0	10 o meno	11-30	31-50	51-70	71-90	91 o più
a) Tabacco/sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Spice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Farmaci Psicotici (senza prescrizione medica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Nuove sostanze psicoattive (NPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Altre droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

## T3. Ti sei mai trovato in alcune delle seguenti situazioni?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Sì, una volta	Sì, più di una volta
a) Zuffe o risse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Problemi nei rapporti con gli insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Essere vittima di rapine o furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fare incidenti mentre eri alla guida di scooter, auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

## T4. 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/sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bere alcolici (birra, drink leggeri, vino, liquori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ubriacarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumare cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fare uso di altre sostanze illecite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare giochi in cui si vincono/perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## T5. Hai fratelli/sorelle maggiori?

1  No

2  Sì → **T5a. Qualcuno dei tuoi fratelli/sorelle maggiori fa queste cose?**

(Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Non so	Sì
a) Fuma sigarette/sigarette elettroniche	<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 altre sostanze illecite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fa giochi in cui si vincono o si perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

## T6. Pensi che uno o entrambi i tuoi genitori abbiano fatto alcune di queste esperienze?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Nessuno dei due	Solo Padre	Solo Madre	Entrambi	Non so
a) Fumare sigarette/sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ubriacarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumare cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fare uso di psicofarmaci senza prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fare uso di psicofarmaci con prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare uso di altre sostanze illecite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fare giochi in cui si vincono/perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## T7. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Ti è mai successo di...?

(Segna una sola casella per ogni riga)	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) Danneggiare beni pubblici o privati di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Vendere oggetti rubati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Assistere ad una scena di violenza filmata da qualcuno con un cellulare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Filmare con il tuo cellulare una scena di violenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

## T8. Quanto pensi che RISCHINO di danneggiarsi fisicamente o in altro modo, le PERSONE che fanno le seguenti cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Non so	Rischio elevato	Rischio moderato	Rischio minimo	Nessun rischio
a) Fumare sigarette occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare 10 o più sigarette al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bere 1 o 2 bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori), diverse volte la settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bere 1 o 2 bicchieri di alcolici quasi ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ubriacarsi una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bere 5 o più drink alcolici di fila durante ogni fine settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

3

4

5

## T9. ... proseguendo, 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 cannabis occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare cannabis regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Provare spice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Provare allucinogeni (funghi, ketamina, LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Provare eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare uso di psicofarmaci SPM occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Provare stimolanti (ecstasy, amfetamine, GHB, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Provare cocaina e/o crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fare uso di steroidi e/o anabolizzanti occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Provare nuove sostanze psicoattive (NPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Giocare d'azzardo meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Giocare d'azzardo più di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

2

3

4

5

**T10.** Hai partecipato ad attività di prevenzione dei comportamenti a rischio/promozione del benessere (incontri, seminari tenuti a scuola da personale esperto) rispetto a vari temi che hai letto?

1  No

2  Sì

**T10a.** Attività di prevenzione dei comportamenti a rischio/promozione del benessere relative a...

(Segna tutte le caselle appropriate)

<b>Gioco d'azzardo</b>	<b>Uso di sostanze psicoattive / droghe</b>	<b>Uso di tabacco</b>	<b>Utilizzo di Internet</b>	<b>Bullismo o Cyberbullismo</b>	<b>Guida sicura</b>	<b>Altre tematiche</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ora che sei giunto alla fine, ti ringraziamo per aver partecipato a questo studio, e ti chiediamo di dare un voto al questionario che potrà esserci utile per migliorare questa ricerca.

1  **Insufficiente** (troppo corto/lungo, noioso, ripetitivo, ecc.)

2  **Buono** (lunghezza media, indiscreto, non troppo noioso, ecc.)

3  **Ottimo** (lunghezza ottimale, poco noioso, utile, ecc.)

**Grazie!**  
**Per la tua collaborazione.**