

A

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

A1. Di che sesso sei1 ☐ **Maschio**2 ☐ **Femmina****A2. Quando sei nato?**

Anno

--	--	--	--

(*)

Giorno

--	--

A3. 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**☐**A4. 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

B

Passiamo ora ad alcune informazioni riguardanti le tue
ATTIVITÀ E ANDAMENTO SCOLASTICO.

B1. 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) 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"/>
c) 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"/>
d) Altri hobby (suonare uno strumento, cantare, disegnare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 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

B2. 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

B3. Quale dei seguenti giudizi descrive meglio il tuo andamento scolastico nell'ultimo quadrimestre? (Segna una sola casella)

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

B4. Cosa fai di solito per aiutare in casa? (Segna tutte le caselle appropriate)

Accudisco sorelle/fratelli più piccoli	Accudisco animali domestici	Aiuto nelle faccende domestiche (Faccio la spesa, cucino, pulisco, ecc.)	Assisto gli anziani della mia famiglia	Di solito non faccio alcun lavoro in casa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

C2. Con quale frequenza hai fumato sigarette negli ULTIMI 12 MESI? (Segna una sola casella)

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

C3. Con quale frequenza hai fumato sigarette negli ULTIMI 30 GIORNI? (Segna una sola casella)

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

C4. Su 10 sigarette che fumi, quante sono "rollate" cioè fatte a mano a partire dal tabacco?

(Segna una sola casella)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C5. Su 10 sigarette che fumi, quante sono "scroccate", cioè chieste da te ad amici, parenti, sconosciuti?

(Segna una sola casella)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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	<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

C7. Anche se non hai mai fumato sigarette, ci interessa conoscere la tua risposta alle domande che seguono:

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Decisamente sì	Probabilmente sì	Probabilmente no	Decisamente no	Preferisco non rispondere	Non so
a) Sei mai stato curioso di fumare una sigaretta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pensi che proverai presto a fumare una sigaretta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pensi che fumerai una sigaretta nell'anno prossimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pensi che in futuro potresti sperimentare le sigarette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Se uno dei tuoi migliori amici ti offrisse una sigaretta, la fumeresti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

C8. Hai mai usato sigarette elettroniche? (Segna tutte le caselle appropriate)

No

☐

Sì, più di
12 mesi fa

☐

Sì, negli ultimi
12 mesi

☐

Sì, negli ultimi
30 giorni

☐

C9. 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) Usare 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) Usare sigarette elettroniche 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

C10. Perché hai provato per la PRIMA VOLTA le sigarette elettroniche?

(Segna una sola casella)

Non uso le sigarette elettroniche

☐

1

Per smettere di fumare sigarette

☐

2

Curiosità

☐

3

Perché me l'hanno offerta gli amici

☐

4

C11. Hai mai usato qualcuno dei seguenti dispositivi per “svapare”?

(Segna tutte le caselle appropriate)

	No	Sì, più di 12 mesi fa	Sì, negli ultimi 12 mesi	Sì, negli ultimi 30 giorni
a) E-cig con serbatoio a ricarica manuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) E-cig con cartucce precaricate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) E-cig usa e getta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pod mod con ricarica USB (JUUL, Suorin, Spryte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Box mod personalizzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C12. Nella ricarica del tuo dispositivo elettronico ti è capitato di utilizzare...

(Segna tutte le caselle appropriate)

Nicotina
(liquido o sali)

☐

Aromi

☐

CBD

☐

Contenuto sconosciuto /
Non so

☐

C13. Hai mai usato “pipa ad acqua”, tabacco da sniffo/fiuto, sigaretta senza combustione?

(Segna tutte le caselle appropriate)

	No	Sì, 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nicotine Pouches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C14. Secondo te, fumare sigarette 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

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. Quali sono i luoghi dove ti trovi solitamente quando bevi?

(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

☐

D4. Anche se non hai mai bevuto alcolici, ci interessa conoscere la tua risposta alle domande che seguono:

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Decisamente sì	Probabilmente sì	Probabilmente no	Decisamente no	Preferisco non rispondere	Non so
a) Pensi che berrai bevande alcoliche nell'anno prossimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Se uno dei tuoi amici ti offrisse una bevanda alcolica, la berresti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sei mai stato curioso di bere alcolici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

D5. 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

D6. Per favore, indica su questa scala da 1 a 10 la tua impressione su quanto eri ubriaco l'ULTIMA VOLTA che ti sei ubriacato.

(Segna una sola casella, se non hai avuto alcun effetto segna "1")

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

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.

(Segna una sola casella)

Numero di volte

Mai ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3-5 ☐ 6-9 ☐ 10 o più ☐

1 2 3 4 5 6

D8. 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.

(Segna una sola casella)

Non bevo mai alcolici ☐ Non sono mai stato ubriaco ☐ 1-2 drink ☐ 3-4 drink ☐ 5-6 drink ☐ 7-8 drink ☐ 9-10 drink ☐ 11-12 drink ☐ 13 drink o più ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

D9. 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

D10. 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

D11. 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
i cui prodotti più conosciuti sono 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

E1.1. Quante volte ti è accaduto? (Segna una sola casella)

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?

(Segna una sola casella)

Impossibile	Difficile	Facile	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

E3. In quante occasioni 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?

(Segna una sola casella)

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 posti dove potresti facilmente trovare cannabis?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → **E5.1. Quali?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada,
in un parco,
in spiaggia, o
luoghi all'aperto

☐

A scuola

☐

A casa di
amici

☐

In
discoteca
al bar,...

☐

Da uno
spacciatore

☐

Via
Internet

☐

Manifestazioni
pubbliche
(rave party,
concerti, fiere, ...)

☐

A casa
mia

☐

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

1 ☐ No

2 ☐ Sì → **E6.1. Quante volte al mese succede?** (Segna una sola casella)

Meno di 1
volta al mese

☐

1

1-3 volte
al mese

☐

2

1-2 volte a
settimana

☐

3

3-4 volte
a settimana

☐

4

(Quasi)
ogni giorno

☐

5

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)

☐

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

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

2 ☐ Sì → **E8.1. 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, K2, AK47, ...**

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

F1. In quante occasioni hai fatto uso di cannabis sintetica (spice, K2, AK47, ...)?

(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

F2. Quando hai usato per la prima volta cannabis sintetica, 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

F3. Conosci posti dove potresti facilmente trovare cannabis sintetica?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

F3.1. Quali? (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto

☐

A scuola

☐

A casa di amici

☐

In discoteca al bar,...

☐

Da uno spacciatore

☐

Via Internet

☐

Manifestazioni pubbliche (rave party, concerti, fiere, ...)

☐

A casa mia

☐

G

Le domande che seguono riguardano la **CANNABIS LIGHT**, che è chiamata anche **CANNABIS LEGALE** (canapa sativa o hashish ad alto contenuto di CBD – cannabidiolo, in cui la percentuale di THC – tetraidrocannabinolo non è superiore allo 0,5%)

G1. In quante occasioni hai fatto uso di cannabis light?

(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

G2. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA cannabis light?

(Segna una sola casella)

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

G3. Conosci posti dove potresti facilmente trovare cannabis light?

1 ☐ No

2 ☐ Sì



G3.1. Quali? (Segna tutte le caselle appropriate)

Acquistata in un negozio
dedicato (grow shop) o
distributore automatico

☐

Acquistata
presso un
tabacchi

☐

Acquistata su
internet
(shop online)

☐

Tramite amici

☐

La trovo
in casa

☐

Altro

☐

G4. Perché hai provato per la PRIMA VOLTA cannabis light?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Per
smettere di
fumare
cannabis

☐

Curiosità

☐

Per
rilassarmi
e/o dormire
meglio

☐

Perché
acquistarla
non è un
reato

☐

Perché si
trova più
facilmente
della
cannabis

☐

Perché ho
avuto
problemi
legati al
possesso
di cannabis

☐

Perché
la usano
i miei
genitori

☐

Altro

☐

Non ho mai
provato
cannabis
light

☐

H

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

H1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti psicostimolanti?

(Segna una sola casella)

Impossibile

☐

1

Difficile

☐

2

Facile

☐

3

Non so

☐

4

H2. In quante occasioni hai fatto uso di amfetamine?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	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)

	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)

	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)

	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)

	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. In quante occasioni hai fatto uso di catinoni sintetici (es. mefedrone, ecc.)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	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

H8. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA almeno una delle sostanze sopra elencate? (Segna una sola casella)

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 posti dove potresti facilmente trovare psicostimolanti (MD, amfetamine, metamfetamine, ecstasy)?

1 ☐ No

2 ☐ Sì  **H9.1. Quali?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di amici	In discoteca al bar,...	Da 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"/>

I 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)

	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

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J

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.

J1. 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 prescritto il dottore? (Segna una sola casella)

No, mai

☐

1

Sì, per meno di tre settimane

☐

2

Sì, per tre settimane o più

☐

3

K

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**

K1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti farmaci senza prescrizione medica?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Difficile	Facile	Non so
a) Farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione	<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"/>
c) Farmaci per dormire e/o rilassarsi	<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"/>
e) Farmaci per il dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

K2. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione senza prescrizione medica?

(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 farmaci per dimagrire senza prescrizione medica?

(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. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per dormire e /o rilassarsi senza prescrizione medica?

(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

K5. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per l'umore senza prescrizione medica?

(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

K6. In quante occasioni hai fatto uso di farmaci per il dolore senza prescrizione medica?

(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

K7. Per quali ragioni hai fatto uso dei seguenti farmaci senza prescrizione medica?

(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"/>

K8. Conosci posti dove potresti facilmente trovare i farmaci sopra elencati senza prescrizione medica?

1 ☐ No

2 ☐ Sì  **K8.1. Quali?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada, in un parco, in spiaggia, o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di amici	In discoteca al bar,...	Da 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
la COCAINA e il CRACK.

L1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cocaina e/o crack?

(Segna una sola casella)

Impossibile

☐

1

Difficile

☐

2

Facile

☐

3

Non so

☐

4

L2. 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

L3. 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

L4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA cocaina e/o crack?

(Segna una sola casella)

a 9
anni o
meno

☐

1

a 10
anni

☐

2

a 11
anni

☐

3

a 12
anni

☐

4

a 13
anni

☐

5

a 14
anni

☐

6

a 15
anni

☐

7

a 16
anni

☐

8

a 17
anni

☐

9

a 18 anni
o più

☐

10

Mai

☐

11

L5. Conosci posti dove potresti facilmente trovare cocaina e/o crack?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

L5.1. Quali? (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada,
in un parco,
in spiaggia, o
luoghi all'aperto

☐

A scuola

☐

A casa di
amici

☐

In
discoteca
al bar,...

☐

Da uno
spacciatore

☐

Via
Internet

☐

Manifestazioni
pubbliche
(rave party,
concerti, fiere, ...)

☐

A casa
mia

☐

M

Le domande che seguono riguardano gli ALLUCINOGENI.

M1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti una delle seguenti sostanze?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Impossibile	Difficile	Facile	Non so
a) LSD	<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"/>
c) Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

M2. In quante occasioni hai fatto uso di LSD?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	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 funghi allucinogeni?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	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. In quante occasioni hai fatto uso di ketamina?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	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

M5. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina)?

(Segna una sola casella)

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

M6. Conosci posti dove potresti facilmente trovare allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina)?

1 ☐ No

2 ☐ Sì  **M6.1. Quali?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada,
in un parco,
in spiaggia, o
luoghi all'aperto

☐

A scuola

☐

A casa di
amici

☐

In
discoteca
al bar,...

☐

Da uno
spacciatore

☐

Via
Internet

☐

Manifestazioni
pubbliche
(rave party,
concerti, fiere, ...)

☐

A casa
mia

☐

N

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

N1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti eroina e/o oppiacei/oppioidi? (Segna una sola casella)

Impossibile

☐

1

Difficile

☐

2

Facile

☐

3

Non so

☐

4

N2. 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

N3. 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

N4. Quando hai provato per la PRIMA VOLTA eroina e/o oppiacei/oppioidi? (Segna una sola casella)

a 9
anni o
meno

☐

1

a 10
anni

☐

2

a 11
anni

☐

3

a 12
anni

☐

4

a 13
anni

☐

5

a 14
anni

☐

6

a 15
anni

☐

7

a 16
anni

☐

8

a 17
anni

☐

9

a 18 anni
o più

☐

10

Mai

☐

11

N5. Nella tua VITA, quali modalità hai utilizzato per assumere eroina?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho mai usato eroina

☐

Sniffata

☐

Iniettata

☐

Fumata

☐

N6. Conosci posti dove potresti facilmente trovare eroina e/o altri oppiacei/oppioidi?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → **N6.1. Quali?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Fuori per strada,
in un parco,
in spiaggia, o
luoghi all'aperto

☐

A scuola

☐

A casa di
amici

☐

In
discoteca
al bar,...

☐

Da uno
spacciatore

☐

Via
Internet

☐

Manifestazioni
pubbliche
(rave party,
concerti, fiere, ...)

☐

A casa
mia

☐

N7. Nella tua VITA hai fatto uso di antidolorifici per sballare (painkillers)?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → **N7.1. Quante volte è accaduto negli ULTIMI 12 MESI?**
(Segna una sola casella)

Numero di occasioni

0

☐

1

1-2

☐

2

3-9

☐

3

10-19

☐

4

20 o più

☐

5



Le domande che seguono riguardano ENERGY DRINK, INTEGRATORI e ANABOLIZZANTI.

O1. In quante occasioni hai fatto uso di energy drink?

(Segna una sola casella per ogni riga)

Numero di occasioni

0

1-2

3-9

10-19

20 o più

a) Nella tua vita

☐
☐
☐
☐
☐

b) Negli ultimi 12 mesi

☐
☐
☐
☐
☐

c) Negli ultimi 30 giorni

☐
☐
☐
☐
☐

1

2

3

4

5

O2. In quante occasioni hai fatto uso di integratori (proteine, vitamine, sali minerali, prodotti a base di erbe)?

(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

O3. In quante occasioni hai fatto uso di anabolizzanti e/o testosterone?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Numero di occasioni				
	0	1-2	3-9	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

O4. Chi ti ha consigliato di utilizzare energy drink?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho mai utilizzato questa sostanza	L'ho deciso da solo	Allenatore	Medico sportivo	Farmacista	Rivenditore integratore	Genitori familiari	Amici	Altro
<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"/>

O5. Chi ti ha consigliato di utilizzare integratori (proteine, vitamine, sali minerali, prodotti a base di erbe)?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho mai utilizzato questa sostanza	L'ho deciso da solo	Allenatore	Medico sportivo	Farmacista	Rivenditore integratore	Genitori familiari	Amici	Altro
<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"/>

O6. Chi ti ha consigliato di utilizzare anabolizzanti e/o testosterone?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Non ho mai utilizzato questa sostanza	L'ho deciso da solo	Allenatore	Medico sportivo	Farmacista	Rivenditore integratore	Genitori familiari	Amici	Altro
<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"/>

O7. 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) Energy drink	<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"/>
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"/>

P

Le domande che seguono riguardano ALTRE SOSTANZE.

P1. 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) Spanglers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a psicofarmaci per sballare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Alcol insieme ad altri farmaci per sballare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 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

P2. 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) Spanglers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a psicofarmaci per sballare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Alcol insieme ad altri farmaci per sballare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 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

P3. 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) Spanglers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alcol insieme a energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Alcol insieme a cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Alcol insieme a psicofarmaci per sballare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Alcol insieme ad altri farmaci per sballare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 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

P4. Ti è capitato di assumere sostanze psicoattive senza sapere cosa stavi prendendo?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

P4.1. Quante volte?

(Segna una sola casella)

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

P4.2. 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"/>

P4.3. Sapevi che effetti avrebbero avuto su di te?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

P5. Negli ULTIMI 12 MESI, quanti giorni hai:

a) Bevuto più di qualche sorso di birra, vino, o qualsiasi bevanda alcolica? Metti "0", se nessuno

n. di giorni

--	--	--

b) Usato marijuana (cannabis, erba, olio, cera, o hashish, fumata, svapata, inalata o negli alimenti) o marijuana sintetica (come "K2" o "Spice")? Metti "0", se nessuno

n. di giorni

--	--	--

c) Usato qualcos'altro per sballare (come altre droghe illegali, pastiglie, farmaci prescritti o senza ricetta, e qualcosa che si può sniffare, inalare, svapare, o iniettare)? Metti "0", se nessuno.

n. di giorni

--	--	--

P6. Negli ULTIMI 12 MESI, hai mai fatto una di queste cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Sì
a) Sei mai stato su un'auto guidata da qualcuno (te compreso) che era "sballato" o aveva usato alcol o droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ti capita di usare alcol o droghe per rilassarti, sentirti meglio con te stesso o far parte del gruppo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Usi mai alcol o droghe quando sei solo o per conto tuo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ti succede di dimenticare quello che hai fatto sotto effetto di alcol o droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) La tua famiglia o i tuoi amici ti dicono mai che dovresti ridurre l'uso di alcol o droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ti sei mai messo nei guai facendo uso di alcol o droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

Q

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 machine, videolottery, scommesse, giochi con le carte, ecc.

Q1. Hai mai giocato d'azzardo? (Gratta e Vinci, Lotto, Superenalotto, Totocalcio, slot machine, videolottery, scommesse, giochi con le carte, ecc.)

- 1 ☐ No, **vai alla domanda Q16** ➡
- 2 ☐ Sì, prosegui...

Q2. Quante volte hai giocato d'azzardo negli ULTIMI 12 MESI?

(Segna una sola casella)

Non ho fatto giochi d'azzardo

☐

1

1 volta al mese o meno

☐

2

2-4 volte al mese

☐

3

2-3 volte a settimana

☐

4

4-5 volte a settimana

☐

5

6 o più volte a settimana

☐

6

Q3. Quanto tempo hai trascorso a giocare d'azzardo in una giornata tipo negli ULTIMI 12 MESI? (Segna una sola casella)

Non ho fatto giochi d'azzardo

☐

1

Meno di 30 minuti

☐

2

Fra 30 minuti e 1 ora

☐

3

Fra 1 ora e 2 ore

☐

4

Fra 2 ore e 3 ore

☐

5

3 ore o più

☐

6

Q4. Quante volte hai giocato d'azzardo per più di 2 ore di fila (in una sola occasione) negli ULTIMI 12 MESI?

(Segna una sola casella)

Mai

☐

1

1-5 volte

☐

2

6-19 volte

☐

3

20 o più volte

☐

4

Q5. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni hai fatto i seguenti giochi d'azzardo?

(Segna una sola casella per ogni riga)	Non ho mai giocato	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	2-3 volte a settimana	4-5 volte a settimana	6 o più volte a settimana
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 / Eurojackpot	<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 machine, 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) Scommesse virtuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altri giochi (poker, burraco, roulette, dadi, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Altri giochi a distanza (Betting exchange, Playsix, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

Q6. 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 scommessa	Sale Bingo	Casinò (escluso on-line)	Circoli ricreativi	Bar / tabacchi, pub	Sale gioco	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 su siti web o app

Q7. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai partecipato a GIOCHI D'AZZARDO ON-LINE?

(Segna una sola casella)

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

Q8. 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"/>
Scommesse Virtuali	Bingo	Slot machine 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"/>	<input type="checkbox"/>
			Altri giochi a distanza (Betting exchange, Playsix, ...)	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q9. 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"/>

Q10. 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"/>

Q11. 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 quello che puoi fare in luoghi fisici (bar, sale scommesse, ...) detto ON-SITE, sia quello che puoi fare ON-LINE.

Q12. Negli ULTIMI 12 MESI quanto spesso sei ritornato a giocare d'azzardo per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?

(Segna una sola casella)

Mai
☐
1

A volte
☐
2

La maggior parte delle volte
☐
3

Sempre
☐
4

Q13. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI e segna una risposta per ogni domanda. (Segna una sola casella per ogni riga)

	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"/>
j) Hai mai fatto assenze a scuola per andare a giocare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) 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

Q14. Secondo te negli ULTIMI 12 MESI con il gioco d'azzardo, complessivamente, sei rimasto in pari, sei andato "in rosso" o sei "in attivo"? (Segna una sola casella)

In pari
☐
1

In rosso
☐
2

In attivo
☐
3

Q14.1. Se sei andato "IN ROSSO", secondo te, di quanto in tutto?

(Segna una sola casella)

Meno di 50 euro
☐
1

Tra 50-100 euro
☐
2

Tra 100-200 euro
☐
3

Tra 200-500 euro
☐
4

Oltre 500 euro
☐
5

Q14.2. Se sei andato "IN ATTIVO", secondo te, di quanto in tutto?

(Segna una sola casella)

Meno di 50 euro
☐
1

Tra 50-100 euro
☐
2

Tra 100-200 euro
☐
3

Tra 200-500 euro
☐
4

Oltre 500 euro
☐
5

Q15. Negli ULTIMI 30 GIORNI, quanto hai speso per fare giochi d'azzardo?

(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

Q16. 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

Non so

☐
5

Q16.1. ... 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
virtuali e/o su altri
eventi

☐

Bingo

☐

Slot machine
Videolottery

☐

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

☐

Altri giochi
(Roulette, dadi, Betting
exchange, Playsix, ...)

☐

Q17. 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

Non so

☐
5

Q17.1. ... 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
virtuali e/o su altri
eventi

☐

Bingo

☐

Slot machine
Videolottery

☐

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

☐

Altri giochi
(Roulette, dadi, Betting
exchange, Playsix, ...)

☐

Q18. Quanto ritieni che rischi di danneggiarti 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 / Eurojackpot	<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 machine, 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) Scommesse virtuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altri giochi (poker, burraco, roulette, dadi, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Altri giochi a distanza (Betting exchange, Playsix, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Q19. Ti è mai stato impedito, da minorenne, di praticare un gioco in denaro perché vietato ai minori?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

Q19.1. Quali dei seguenti giochi? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e Vinci 10 e Lotto Win for Life	Lotto Super- enalotto	Totocalcio Totogol Scommesse sportive	Scommesse virtuali e/o su altri eventi	Bingo	Slot machine Videolottery	Poker texano altri giochi con le carte (Poker, bridge)	Altri giochi (Roulette, dadi, Betting exchange, Playsix, ...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q19.2. In quali contesti? (Segna tutte le caselle appropriate)

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

Q20. Quali dei seguenti gruppi di giochi d'azzardo secondo te sono vietati ai minori di 18 anni? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e Vinci 10 e Lotto Win for Life	Lotto Super- enalotto	Totocalcio Totogol Scommesse sportive	Scommesse virtuali e/o su altri eventi	Bingo	Slot machine Videolottery	Poker texano altri giochi con le carte (Poker, bridge)	Altri giochi (Roulette, dadi, Betting exchange, Playsix, ...)	Nessun gioco
<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"/>

Q21. 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

Q22. Sei a conoscenza se il Comune in cui abiti abbia approvato regole per limitare il gioco d'azzardo?

1 ☐ No

2 ☐ Sì



Q22.1. Quali delle seguenti? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Limitazione degli orari di accesso alle slot machine/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

Q23. Secondo te, in quali di questi gruppi di giochi conta anche l'abilità del giocatore? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e Vinci
10 e Lotto
Win for Life

☐

Lotto
Superenalotto

☐

Totocalcio
Totogol
Scommesse
sportive

☐

Scommesse
virtuali

☐

Scommesse
su altri
eventi

☐

Bingo

☐

Slot machine
Videolottery

☐

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

☐

Altri giochi
(Roulette, dadi,
Betting exchange,
Playsix, ...)

☐

In nessun
gioco

☐

Q24. Secondo te c'è qualcuno che riesce a diventare ricco giocando d'azzardo? (Segna una sola casella)

No, è impossibile

☐

1

Sì, è raro,
ma è possibile che
qualcuno
molto bravo ci riesca

☐

2

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

☐

3

Sì, entrambe
le precedenti

☐

4

R

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

R1. 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 a Internet in chat (WhatsApp, Telegram,...) e social-network (Instagram, TikTok, Facebook,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sto collegato a 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 a Internet per guardare film, serie tv, video in streaming, ascoltare musica, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sto collegato a Internet in siti per adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sto collegato ad App per incontri	<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 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"/>
g) 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

R2. 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 a 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

R3. Per quanto tempo al giorno usi questi strumenti per connetterti a 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

R4. Conosci qualcuno/a che è stato/a vittima di cyberbullismo?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

R4.1. 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"/>

R4.2. Hai assistito in modo diretto all'evento?

(Segna una sola casella)

1 ☐ No

2 ☐ Sì

R5. Ti è successo di essere stato/a vittima di cyberbullismo?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

R5.1. 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"/>

R6. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Ti sono capitate alcune di queste esperienze?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Raramente	Spesso
a) Ho ricevuto messaggi di testo e/o mail offensivi (indirizzati solo a me)	<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"/>
c) Ho ricevuto video/foto offensivi (indirizzati solo a me)	<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"/>
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"/>
f) Ho ricevuto insulti in una chat di gruppo	<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"/>
h) Sono stato escluso/bloccato da gruppi on-line (chat, forum, gruppi social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

R7. Hai preso parte a episodi di cyberbullismo verso altri/e ragazzi/e?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → **R7.1. 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

☐

R8. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Quante volte hai preso parte a episodi di cyberbullismo verso altri/e ragazzi/e?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Mai	Raramente	Spesso
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 a 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 a 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

R9. 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 → **R9.1. Chi te ne ha parlato?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Conoscenti

☐

Amici

☐

Parenti

☐

Sconosciuti

☐

R10. Ti è stato proposto di partecipare a questo tipo di “prove/sfide”?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → **R10.1. Chi te l’ha proposto?** (Segna tutte le caselle appropriate)

Conoscenti

☐

Amici

☐

Parenti

☐

Sconosciuti

☐

R10.2. ...hai deciso di parteciparvi? (Segna una sola casella)

1 ☐ No

2 ☐ Sì

R11. Conosci qualcuno che ha partecipato a “prove/sfide”?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → R11.1. Chi gliel'ha proposto? (Segna tutte le caselle appropriate)

Conoscenti

☐

Amici

☐

Parenti

☐

Sconosciuti

☐

R12. Ti è mai successo di essere bloccato in maniera repentina e improvvisa senza una motivazione da una persona (*ghostato*) e di non riuscire più a interagire attraverso chiamate/messaggi?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → R12.1. Con chi ti è capitato? (Segna tutte le caselle appropriate)

Il/La mio/a
partner/ragazzo/a

☐

Un/a mio/a
amico/a

☐

Un/a
conoscente

☐

Un/a parente

☐

R12.2. Che tipo di rapporto avevi con questa persona?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Fisico

☐

Virtuale

☐

R13. Ti è mai successo di bloccare in maniera repentina e improvvisa una persona (*ghostare*) senza dare spiegazioni e di evitare le sue chiamate/messaggi?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → R13.1. Con chi ti è capitato? (Segna tutte le caselle appropriate)

Il/La mio/a
partner/ragazzo/a

☐

Un/a mio/a
amico/a

☐

Un/a
conoscente

☐

Un/a parente

☐

R13.2. Che tipo di rapporto avevi con questa persona?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Fisico

☐

Virtuale

☐

R14. Quando sei insieme ai tuoi amici e/o parenti, guardi spesso il telefono?

1 ☐ No

2 ☐ Sì → R14.1. Quanto tempo passi in media guardando il telefono mentre qualcuno ti sta parlando (amici/parenti)?

Meno della metà
del tempo

☐

1

La metà del
tempo

☐

2

Più della metà del
tempo

☐

3

R15. I tuoi amici/parenti si lamentano del fatto che stai troppo al telefono?

- 1 ☐ No
2 ☐ Sì

R16. Ti è capitato di sentirti nervoso quando non avevi con te il telefono?

- 1 ☐ No
2 ☐ Sì

S

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

S1. Quante volte nella tua VITA, hai giocato ai videogame?

(Segna una sola casella)

Mai

☐

1

1-5 volte

☐

2

6-19 volte

☐


3

20 o più volte

☐

4

S2. Hai mai giocato ai videogame negli ULTIMI 12 MESI?

- 1 ☐ No, vai alla domanda **T1** 

- 2 ☐ Sì  **S2.1. ...a quali tipi di videogame di solito giochi?**
(Segna tutte le caselle appropriate)

	Strategia	Simulazione	Avventura	Sportivi/ Calcio	Di ruolo	Azione	Multiplayer /Role playing game	Non gioco
a) ...OFF-LINE	<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) ...ON-LINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Cosa utilizzi di solito per giocare ai videogame?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Smartphone

☐

Tablet

☐

PC fisso o
portatile

☐

TV

☐

Console

☐

Non gioco

☐

S4. Dove ti trovi di solito quando giochi ai videogame?

(Segna tutte le caselle appropriate)

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

S5. Quanto tempo in media dedichi a ogni sessione di gioco senza interruzioni?

(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

S6. 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)?

(Segna una sola casella)

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

S6.1. ...come hai pagato?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Carte gioco prepagate	Carta personale di debito/credito	Carta dei genitori e/o altri di debito/credito	Credito del cellulare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. 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


S8. Quanto sei d'accordo o in disaccordo con le seguenti affermazioni sui VIDEOGAME?

(Segna una sola casella per ogni riga)

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

S9. Rispetto agli ULTIMI 12 MESI, hai mai trovato una LOOT BOX?

Le LOOT BOX sono delle scatole premio che potrebbero contenere vantaggi per continuare il videogioco, come delle armature o altro che comunque rappresenta un valore per chi lo ottiene.

1 ☐ No, vai alla domanda T1 

2 ☐ Sì  S9.1. Hai aperto una Loot Box?

1 ☐ No 2 ☐ Sì

S9.2. Hai dedicato del tempo per ottenere una Loot Box?

1 ☐ No 2 ☐ Sì

S9.3. Hai acquistato una Loot Box o una "chiave" per sbloccarne una?

1 ☐ No 2 ☐ Sì

S9.4. Quanto spendi mensilmente per l'acquisto di Loot Box o di chiavi per aprirle? (Segna una sola casella)

Meno di 5 euro	Tra i 6-10 euro	Tra gli 11-20 euro	Tra i 21-50 euro	Più di 50 euro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

S10. Negli ULTIMI 12 MESI, ti è capitato di avere i seguenti pensieri o comportamenti relativi all'uso delle LOOT BOX?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Totalmente d'accordo	Parzialmente d'accordo	Né in accordo, né in disaccordo	Parzialmente in disaccordo	Totalmente in disaccordo
a) La forte emozione che provo quando apro una Loot Box mi invoglia ad acquistarne altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mi capita di giocare più a lungo di quanto intenda fare, in modo da ottenere nuove Loot Box	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ho rimandato altri impegni o i compiti per poter ottenere o acquistare nuove Loot Box	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dopo aver aperto una Loot Box, sento spesso il bisogno di aprirne un'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ho acquistato altre Loot Box dopo che non ero riuscito/a ad ottenere oggetti utili/di valore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

T

Ritiro sociale.

T1. Conosci qualcuno che si è ritirato/a da scuola in questo anno scolastico?

1 ☐ No

2 ☐ Sì



T1.1. Perché lo ha fatto? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Problemi di natura fisica
- ☐ Problemi di natura psicologica
- ☐ Problemi familiari
- ☐ Problemi relazionali con gli insegnanti o il personale scolastico
- ☐ Cambio di classe o di istituto scolastico
- ☐ Trasferimento in un'altra città
- ☐ È stato/a bullizzato/a o cyberbullizzato/a
- ☐ Non aveva voglia di andare a scuola
- ☐ Non andava bene a scuola/aveva un rendimento scolastico insufficiente
- ☐ Altri motivi
- ☐ Non lo so

Hikikomori è un ragazzo o una ragazza che evita il coinvolgimento sociale, ha lasciato la scuola, non frequenta praticamente più alcun amico e passa tantissimo tempo davanti a un monitor, isolato nella propria camera o abitazione.

T2. Conosci qualcuno che può essere definito un Hikikomori?

1 ☐ No

2 ☐ Sì



T2.1. Chi è? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Io
- ☐ Un mio amico/compagno di scuola
- ☐ Un mio amico/conoscente fuori da scuola
- ☐ Un mio amico/conoscente sul web
- ☐ Un familiare
- ☐ Un conoscente/amico/familiare dei miei amici o familiari

T3. Nell'arco della tua vita, senza considerare il lockdown dovuto all'emergenza sanitaria da COVID-19, ti è mai capitato di non uscire di casa per un tempo significativo, senza andare a scuola e/o frequentare amici e/o conoscenti?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ No, ma avrei voluto
- 3 ☐ Sì

Vai alla domanda **T4**



T3.1. Per quanto tempo sei rimasto volontariamente isolato?

- ☐ Meno di una settimana
- ☐ 1-2 settimane
- ☐ 1-2 mesi
- ☐ 3 mesi
- ☐ 6 mesi o più

T3.2. Durante questo periodo, per quale/i motivo/i ti sei isolato?

(Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Problemi di natura fisica
- ☐ Problemi di natura psicologica
- ☐ Problemi relazionali con gli amici o con il/la fidanzato/a
- ☐ Problemi familiari
- ☐ Problemi relazionali con gli insegnanti o il personale scolastico
- ☐ Cambio di classe o di istituto scolastico
- ☐ Trasferimento in un'altra città
- ☐ Non avevo voglia di andare a scuola
- ☐ Non andavo bene a scuola/avevo un rendimento scolastico insufficiente
- ☐ Non avevo voglia di vedere nessuno
- ☐ Altri motivi

T3.3. Nel periodo in cui sei rimasto isolato, come hai impegnato maggiormente il tuo tempo? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Giocando on-line
- ☐ Sui social
- ☐ Ascoltando musica
- ☐ Mangiando tanto
- ☐ Leggendo
- ☐ Guardando la televisione
- ☐ Dormendo molto
- ☐ Facendo uso di sostanze psicoattive
- ☐ Altro

T3.4. Nel periodo in cui sei rimasto isolato, hai mantenuto qualche contatto con amici e/o conoscenti?

- ¹ ☐ No
- ² ☐ Sì

T3.4.a Se hai risposto Sì. Quali delle seguenti modalità hai utilizzato? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Chiamate/video-chiamate
- ☐ E-mail
- ☐ Social network (es. Whatsapp, Facebook, Instagram, TikTok, Tumblr, Twitch)
- ☐ Giochi on-line di gruppo
- ☐ Incontri faccia a faccia

T3.4.b. Se hai risposto No. Quale/i delle seguenti motivazioni rispecchia/no maggiormente la tua scelta? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Preferisco svolgere attività solitarie piuttosto che di gruppo
- ☐ Non mi interessa socializzare con le altre persone
- ☐ Mi crea ansia socializzare con altre persone
- ☐ Mi sento escluso/non capito da amici e/o conoscenti
- ☐ Non ho quasi nessun amico stretto
- ☐ Sono solo
- ☐ Altro

T3.5. Nel periodo in cui sei rimasto isolato, come hanno reagito i tuoi genitori? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Non l'hanno saputo
- ☐ Ho finto di essere malato
- ☐ Hanno accettato la cosa senza porsi domande
- ☐ Si sono arrabbiati e mi hanno punito
- ☐ Si sono preoccupati e hanno contattato la scuola
- ☐ Si sono preoccupati e hanno chiamato il medico
- ☐ Altro



T3.6. Come hanno reagito i tuoi insegnanti alla luce delle tue assenze? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Pensavano fossi malato
- ☐ Non se ne sono preoccupati
- ☐ Se ne sono preoccupati e hanno contattato i miei genitori
- ☐ Se ne sono preoccupati, mi hanno telefonato o contattato sui social
- ☐ Ho ricevuto una comunicazione ufficiale da parte della scuola
- ☐ Altro

T4. Durante la settimana, escludendo quando vai a scuola, quanto spesso lasci la tua stanza e/o esci di casa (es. andare in giro con gli amici, praticare attività sportiva, bisogni personali)? Per favore rispondi facendo riferimento solo ai periodi in cui NON ci sono state restrizioni dovute alla pandemia COVID-19 (Segna una sola casella)

- ☐ 1 Non lascio mai la mia stanza
- ☐ 2 1 o meno giorni a settimana
- ☐ 3 2-3 giorni a settimana
- ☐ 4 4 o più giorni a settimana

T5. Come descriveresti il tuo rapporto con i compagni? (Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Ho un buon rapporto con tutti
 - ☐ Con alcuni mi trovo meglio, con altri peggio
 - ☐ Non ho legato particolarmente con nessuno dei miei compagni
 - ☐ Mi sento escluso
 - ☐ Provo a fare amicizia ma non ci riesco
 - ☐ Non amo frequentare nessuno
 - ☐ Vengo deriso / giudicato negativamente
 - ☐ Subisco atti di bullismo
-  **Vai alla domanda U1**
-  **Vai alla domanda T5.1**

T5.1 Quali sono le tue caratteristiche che sono oggetto di scherno/derisione/bullismo da parte dei tuoi compagni?

(Segna tutte le caselle appropriate)

- ☐ Il mio aspetto fisico
- ☐ Il mio peso
- ☐ Il mio modo di vestirmi
- ☐ Il mio comportamento
- ☐ La mia timidezza
- ☐ I miei interessi/hobby
- ☐ Il mio rendimento scolastico
- ☐ Altro

U

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

U1. 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

U2. 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 tradizionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cannabis light	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cannabis sintetica (spice, K2, AK47, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Psicofarmaci senza prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) 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"/>
j) 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

U3. 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

U4. Hai mai preso parte a comportamenti violenti insieme a un gruppo di amici o conoscenti? (es. risse, furti, picchiare qualcuno)

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Sì, una volta
- 3 ☐ Sì, più di una volta

U4.1 Ai danni di chi/che cosa?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Altri amici	Conoscenti	Compagni di scuola	Sconosciuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adulti	Beni pubblici o privati	Luoghi pubblici (negozi, bar, ...)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

U5. 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 tabacco/sigarette tradizionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Usare sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bere alcolici (birra, drink leggeri, vino, liquori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ubriacarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fumare cannabis	<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

U6. Hai fratelli/sorelle maggiori?

1 ☐ No

2 ☐ Sì

U6.1. Qualcuno dei tuoi fratelli/sorelle maggiori fa queste cose?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Non so	Sì
a) Fuma tabacco/sigarette tradizionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Usa sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Beve alcolici (birra, drink leggeri, vino, liquori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Si ubriaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fuma cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fa uso di altre sostanze illecite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fa giochi in cui si vincono o si perdono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

U7. 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 tabacco/sigarette tradizionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Usare sigarette elettroniche	<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 psicofarmaci senza prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Fare uso di psicofarmaci con prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fare uso di altre sostanze illecite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 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

U8. 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 a 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 a 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 a 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

U9. 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

U10. ... 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 cannabis sintetica (spice, K2, AK47, ...)	<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/oppiacei/oppioidi	<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

U11. 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

U11.1. Attività di prevenzione dei comportamenti a rischio/promozione del benessere relative a...

(Segna tutte le caselle appropriate)

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

V

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.

V1. Qual è il LIVELLO MASSIMO DI SCOLARITÀ raggiunto dai tuoi genitori?

(Segna una sola casella per ogni genitore)

	Padre	Madre
Nessun titolo di studio o licenza di scuola elementare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Licenza di scuola media (o avviamento professionale) / Diploma di istruzione secondaria di I grado	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Diploma di scuola media superiore / Diploma di istruzione secondaria di II grado	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Diploma universitario, diploma post-secondario, Laurea o Post-Laurea (dottorato, master, specializzazione)	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Non so	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆

(*) Risposta opzionale

V2. I tuoi genitori lavorano?

(Segna una sola casella per ogni genitore)

	Padre	Madre
Sì, è un lavoratore dipendente a tempo pieno	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Sì, è un lavoratore dipendente part-time	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Sì, è un lavoratore autonomo (libero professionista, artigiano, ...)	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Sì, è casalingo/a	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Sì, altro	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
No, è disoccupato/a ed è in cerca di una nuova occupazione	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆
No, si è ritirato dal lavoro (pensione)	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇
No, non può lavorare (inabile al lavoro)	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈
Non so	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉
Non posso rispondere a questa domanda	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁₀

V3. Come valuti 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

V4. 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/a parente	Convivente/i Non parente/i
<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"/>

V5. 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 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

V6. 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

V7. 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

V8. 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

V9. 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) Prendo 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

V10. 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

Z

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

Z1. Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni hai svolto attività fisica VIGOROSA per almeno 10 minuti continuativi?

(per attività vigorosa si intende uno sforzo fisico intenso durante il quale respiri con un ritmo molto più elevato del normale, sudi e non si riesci a parlare: sport, pedalare in bicicletta a velocità sostenuta, camminare a passo intenso, etc).

(Segna una sola casella)

Mai	1 giorno	2 giorni	3 giorni	4 giorni	5 giorni	6 giorni	7 giorni
<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

Z2. In uno di questi giorni, per quanto tempo hai svolto attività fisica VIGOROSA continuativamente? (Segna una sola casella)

10-29 min	30-49 min	50-79 min	80-109 min	110-139 min	140-169 min	>170 minuti
<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

Z3. Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni hai svolto attività fisica MODERATA per almeno 10 minuti continuativi?

(per attività moderata si intende uno sforzo fisico che ti fa respirare con un ritmo un po' più elevato del normale, che ti consente di parlare ma non a voce alta: sport, pedalare in bicicletta a velocità media, camminare a passo moderato, etc).

(Segna una sola casella)

Mai	1 giorno	2 giorni	3 giorni	4 giorni	5 giorni	6 giorni	7 giorni
<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

Z4. In uno di questi giorni, per quanto tempo hai svolto attività fisica MODERATA continuativamente? (Segna una sola casella)

10-29 min	30-49 min	50-79 min	80-109 min	110-139 min	140-169 min	>170 minuti
<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

Z5. Negli ultimi 7 giorni, in quanti giorni hai CAMMINATO a passo lento per almeno 10 minuti ininterrotti? (Segna una sola casella)

Mai	1 giorno	2 giorni	3 giorni	4 giorni	5 giorni	6 giorni	7 giorni
<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

Z6. In uno di questi giorni, per quanto tempo hai camminato continuativamente a passo lento? (Segna una sola casella)

10-29 min	30-49 min	50-79 min	80-109 min	110-139 min	140-169 min	>170 minuti
<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

Z7. Negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai trascorso seduto almeno 10 minuti continuativi?

Includi il tempo trascorso sui mezzi di trasporto (treno, autobus, automobile o un tram) esclusa la bicicletta, seduto nel banco a scuola, sul divano o alla scrivania a casa, etc. (Segna una sola casella)

Mai	1 giorno	2 giorni	3 giorni	4 giorni	5 giorni	6 giorni	7 giorni
<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

Z8. In uno di questi giorni, per quanto tempo sei rimasto seduto continuativamente? (Segna una sola casella)

10-29 min	30-49 min	50-79 min	80-109 min	110-139 min	140-169 min	>170 minuti
<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

Z9. Che tipo di attività sportiva/e pratichi e a quale livello?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Non pratico sport

☐

Individuale

Di squadra/di gruppo

Amatoriale

(Quando capita)

☐
☐

Agonistico/Professionistico

(sono tesserato da una Società/Associazione sportiva)

☐
☐

Z10. Indica la tua altezza ed il tuo peso

Altezza cm.

--	--	--

Peso Kg.

--	--	--

Z11. Di seguito ti chiediamo di rispondere a 5 semplici domande che riguardano alcuni aspetti delle tue abitudini alimentari.

Scegli una sola opzione per riga e ricorda che non ci sono risposte giuste o sbagliate. (Segna una sola casella per ogni riga)

	No	Sì
a) Sei soddisfatto/a delle tue abitudini alimentari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mangi mai di nascosto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Il tuo peso influenza il modo in cui ti senti riguardo a te stesso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Qualche membro della tua famiglia ha sofferto di disturbi alimentari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Soffri attualmente o hai mai sofferto in passato di disturbi alimentari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

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.