

☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐
centro scuola classe codice questionario



QUESTIONARIO su abitudini, usi e altre informazioni sulle sostanze non alimentari



1. Tu sei

1 maschio

2 femmina

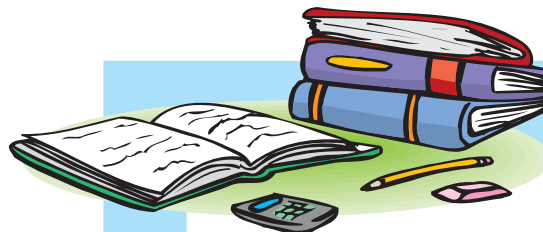
2. In che anno sei nato/a?

Anno 19

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

Segna tutte le caselle appropriate.

- Padre
- Padre acquisito
- Madre
- Madre acquisita
- Fratelli, sorelle naturali e/o acquisiti
- Nonni
- Altri parenti
- Conviventi non parenti



4. Hai fratelli o sorelle, compresi/e fratelli o sorelle acquisiti/e?

Segna tutte le caselle appropriate.

- No
- Si', piu' grandi
- Si', piu' piccoli/e
- Si', gemelli/e

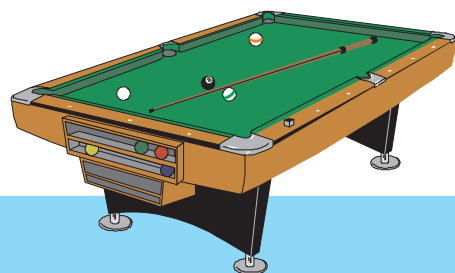
5. Quante volte (se lo hai fatto) hai fumato sigarette?

Segna una casella per ogni riga

	Numero di volte						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o piu'
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

6. Quante sigarette abitualmente fumi in una settimana?

Se non fumi tutte le settimane o se non fumi per nulla, segna lo 0



Numero di sigarette alla settimana					
0	1-2	3-5	6-9	10-19	20 o piu'
<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. Se tu fumassi nel prossimo mese ritieni possibile che ti capitino queste cose?

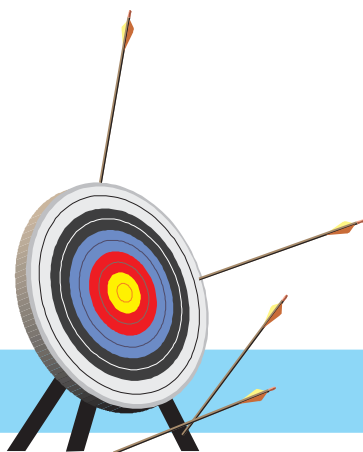
Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Molto probabile	Probabile	Improbabile	Molto improbabile
a) Avere problemi con i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avere problemi con i miei amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Diventare dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avere problemi di soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sentirmi piu' rilassato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Divertirmi di piu'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Essere piu' popolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sentirmi piu' amichevole e alla mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

8. Attualmente, quanto spesso bevi bevande alcoliche come birra, vino o liquori?

Cerca di includere anche quelle volte in cui bevi solo una piccola quantita'.

Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5



9. Quante volte (se lo hai fatto) ti sei ubriacato/a bevendo alcolici?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di volte						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o piu'
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

10. Se bevessi alcolici nel prossimo mese ritieni possibile che ti capitino queste cose?

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Molto probabile	Probabile	Improbabile	Molto improbabile
a) Andare peggio a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avere problemi con i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avere problemi con i miei amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diventare dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Avere problemi di soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sentirmi piu' rilassato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Divertirmi di piu'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Essere piu' popolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Dimenticare i miei problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sentirmi piu' socievole e alla mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

11. Quante volte (se lo hai fatto) hai sniffato una sostanza (colla, benzina, solvente per vernici, ecc.) per sballare?

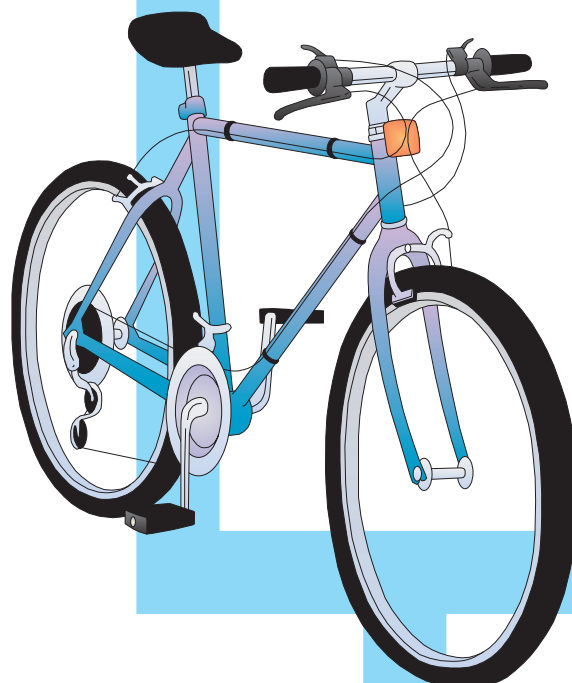
Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di volte						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o piu'
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

12. Hai mai sentito parlare di queste sostanze?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Si	No
a) Tranquillanti o sedativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Marijuana o hashish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Relevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Metadone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) "Funghi magici"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Chetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2



13. Quante volte (se lo hai fatto) hai usato marijuana o hashish? (mai=0)

Segna una sola casella per ogni riga.

	Numero di volte						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o piu'
a) Nella tua vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

14. Hai mai usato una delle seguenti sostanze?

	Negli ultimi 30 giorni		Negli ultimi 12 mesi		Piu' di 12 mesi fa	
	Si	No	Si	No	Si	No
a) Tranquillanti o sedativi (senza prescrizione medica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) LSD o altri allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Relevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Metadone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) "Funghi magici"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Chetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

15. Se usassi marijuana o altre sostanze illegali nel prossimo mese ritieni possibile che ti accadano queste cose?

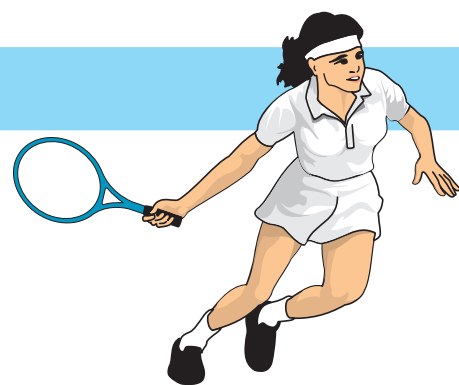
Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Molto probabile	Probabile	Improbabile	Molto improbabile
a) Avere problemi con la polizia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avere problemi a scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avere problemi con i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avere problemi con i miei amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diventare dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Avere problemi di soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sentirmi piu' rilassato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Divertirmi di piu'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Essere piu' popolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sentirmi piu' socievole e alla mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

16. Pensi che ENTRO UN ANNO DA OGGI farai una delle seguenti cose?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Molto probabile	Probabile	Improbabile	Molto improbabile
a) Fumare sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bere alcolici (birra, vino, liquori,..).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ubriacarti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumare marijuana o hashish (erba, spinello).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sniffare una sostanza (colla, ecc) per sballare.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Usare sostanze illegali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4



17. Di seguito sono riportate alcune affermazioni che la gente ha fatto riguardo alle sostanze illegali. Quanto condividi le seguenti affermazioni sulle droghe?

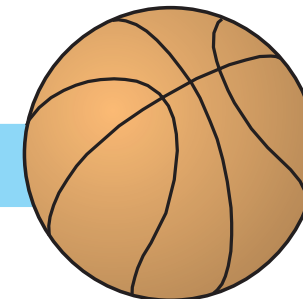
Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Condivido totalmente	Condivido	Non condivido	Non condivido per nulla
a) L'uso di sostanze illegale puo' essere piacevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Un giovane non dovrebbe mai provare le droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Usare droghe e' divertente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Molte cose sono molto piu' rischiose del provare le droghe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Chi prova le droghe alla fine se ne pente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Le leggi sulle droghe dovrebbero essere piu' severe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) L'uso di droga e' uno dei mali peggiori del Paese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Le droghe aiutano le persone a vivere pienamente la vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) La scuola dovrebbe insegnare i reali pericoli dell'uso di droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) La polizia non dovrebbe dar noia ai giovani che provano le droghe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Provare droghe significa perdere il controllo della propria vita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4



18. Per ciascuna delle seguenti affermazioni, indica se la ritieni corretta o no sbarrando la casella relativa.

	Si	No	Non so
a) La nicotina e' la sostanza nelle sigarette che causa il tumore ai polmoni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) E' necessario fumare molte sigarette al giorno per molti anni per diventare dipendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Le donne hanno un tolleranza all'alcol inferiore a quella degli uomini.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ci vuole circa mezz'ora per eliminare dal corpo la quantita' di alcol contenuta in una lattina di birra forte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fumare marijuana non provoca dipendenza fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Un elevato consumo di hashish o marijuana riduce la produzione di ormoni sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3



19. Di seguito sono riportate alcune affermazioni sulla tua conoscenza delle sostanze. Quanto le condividi?

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Condivido totalmente	Condivido	Non condivido	Non condivido per nulla
a) Conosco tutto il necessario sulla nicotina ed i suoi effetti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Conosco tutto il necessario sull'alcol ed i suoi effetti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Conosco tutto il necessario sulle altre droghe ed i loro effetti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

20. Quanto pensi che le persone RISCHINO di danneggiare se stesse (fisicamente o in altro modo) se ...

Segna una sola casella per ogni riga.

	Nessun rischio	Rischio lieve	Rischio elevato	Non so
a) fumano sigarette occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) fumano uno o piu' pacchetti di sigarette al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) bevono uno o due drink quasi ogni settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) bevono alcolici ogni giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) provano inalanti (colla, ecc) una o due volte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) provano marijuana o hashish (cannabis, spinello, erba) una o due volte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) fumano marijuana o hashish regolarmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) usano altre droghe occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

21. Qualcuna delle seguenti persone fuma?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Fuma ogni giorno	Fuma qualche volta	Non fuma	Non so	Non ho o non frequento questa persona
a) Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Papa'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Miglior amico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

22. Quando rispondi alle seguenti domande pensa al gruppo di amici con cui trascorri la maggior parte del tuo tempo libero.

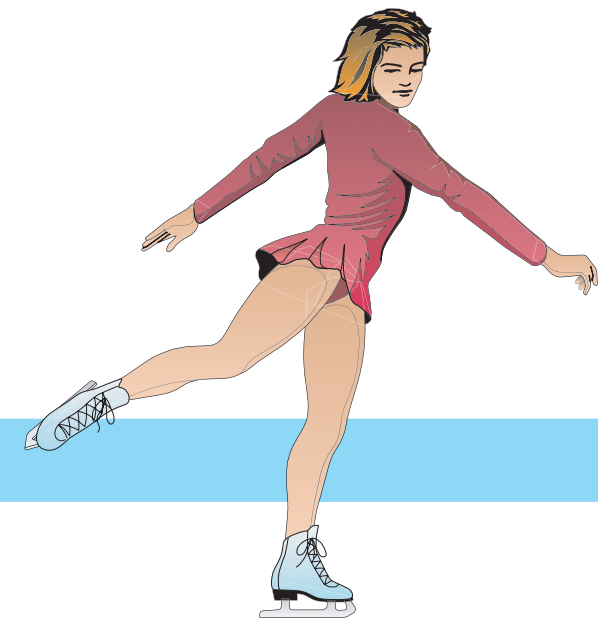
Segna una sola casella per ogni riga.

	Nessuno	Meno della meta'	Circa la meta'	Piu' della meta'	La meta'	Non so
a) A quanti piace la scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Quanti vanno bene a scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Quanti fumano sigarette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Quanti si ubriacano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Quanti usano marijuana o altre droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

23. Qualcuno dei tuoi fratelli o delle tue sorelle ...?

Segna una sola casella per ogni riga.

	Si	No	Non so	Non ho fratelli o sorelle
a) Beve bevande alcoliche (birra, vino, liquori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Si ubriaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fuma marijuana o hashish (spinelli, erba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sniffa sostanze (colla, benzina, solvente per vernici, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Prende altre droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4



24. Le seguenti affermazioni sono adatte alle persone intorno a te?

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Condivido totalmente	Condivido	Non condivido	Non condivido per nulla
a) I miei genitori stabiliscono regole precise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) I miei genitori sanno dove vado la sera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Posso facilmente trovare sostegno in mio padre e/o da mia madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Per me e' molto importante non deludere i miei genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Posso veramente contare sul/sulla mio/a migliore amico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

25. In questa domanda ti chiediamo di dirci se condividi o non condividi ciascuna delle seguenti affermazioni relativamente alla tua famiglia.

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Condivido totalmente	Condivido	Non condivido	Non condivido per nulla
a) Nella mia famiglia ci aiutiamo e sosteniamo l'un l'altro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nella mia famiglia non parliamo dei nostri problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) In famiglia non litighiamo spesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nella mia famiglia i doveri di ciascuno sono chiaramente definiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nella mia famiglia puoi farla franca facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Nella mia famiglia siamo pieni di vita e di buon umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Nella mia famiglia e' importante che ciascuno esprima la sua opinione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Nella mia famiglia non perdiamo quasi mai la calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Nella mia famiglia vi e' una punizione severa per chi viola le regole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Nella mia famiglia possiamo fare cio' che vogliamo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Nella mia famiglia facciamo sempre tutto insieme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Nella mia famiglia vi sono molte discussioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Nella mia famiglia non ci picchiamo mai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Nella mia famiglia la regola e' "il lavoro prima del gioco".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Nella mia famiglia quando sbagliamo non veniamo puniti o rimproverati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Stiamo veramente bene insieme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Non parliamo agli altri dei nostri problemi personali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Nella mia famiglia non ci criticiamo spesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) I componenti della mia famiglia hanno le idee chiare su cosa e' giusto e cosa e' sbagliato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Nella mia famiglia andiamo e veniamo come vogliamo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

26. Se tu volessi bere alcolici (o se gia' lo fai), pensi che i tuoi genitori te lo permetterebbero?

Segna una sola casella.

Mi consentirebbero (permettono) di bere alcolici	Non mi consentirebbero (non mi permettono) di bere alcolici a casa	Non mi consentirebbero (non mi permettono) di bere alcolici per nulla	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4



27. Se tu volessi fumare (o se gia' lo fai), pensi che i tuoi genitori te lo permetterebbero?

Segna una sola casella.

Mi consentirebbero (permettono) di fumare	Non mi consentirebbero (non mi permettono) di fumare a casa	Non mi consentirebbero (non mi permettono) di fumare per nulla	Non so
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

28. Come sono stati i tuoi voti a scuola rispetto a quelli dei tuoi compagni nell'ultimo anno scolastico?

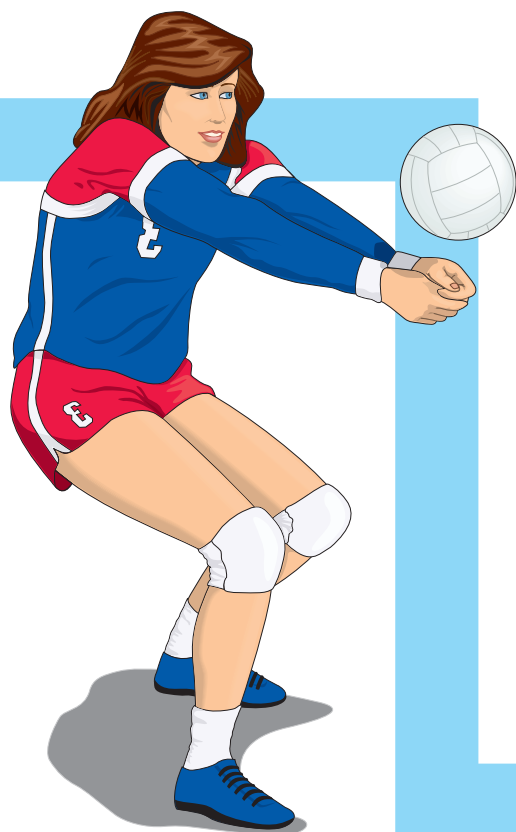
Estremamente migliori	Migliori	Uguali	Peggiori
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

29. Secondo te avrai migliorato i tuoi voti alla fine di quest'anno scolastico?

1 <input type="checkbox"/>	Si
2 <input type="checkbox"/>	Probabilmente si
3 <input type="checkbox"/>	Probabilmente no
4 <input type="checkbox"/>	No

30. Cosa pensi della scuola in questo momento?

- 1 Mi piace molto
- 2 Mi piace un po'
- 3 Non mi piace molto
- 4 Non mi piace molto



31. Quanto condividi le seguenti affermazioni riguardo alla tua scuola?

Segna una sola casella per ogni riga

- | | Condivido
totalmente | Condivido | Non condivido | Non condivido
per nulla |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Gli studenti della mia classe si divertono a stare insieme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) La maggior parte degli studenti della mia classe sono gentili e disponibili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Gli altri studenti mi accettano per come sono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Mi importa molto come vado a scuola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ho molto rispetto per quello che mi dicono gli insegnanti..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

32. Hai avuto qualcuno dei seguenti problemi negli ultimi 12 mesi?

Segna tutte le caselle appropriate per ogni riga.

- | | Mai | Si, a causa
dell'uso
di alcol | Si, a causa
dell'uso
di droga | Si, per
ragioni
diverse
dall'uso di
alcol o droga |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| a) Lite o discussione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Rissa o scontro fisico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Incidente o lesione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Perdita di denaro o altri valori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Danno ad oggetti o vestiti di tua proprieta' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Difficolta' di relazione con i (tuoi) genitori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Difficolta' di relazione con i (tuoi) amici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Difficolta' di relazione con i (tuoi) insegnanti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Scarsi risultati a scuola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Subito rapina o furto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Ricovero in ospedale o al pronto soccorso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

33. Vi sono molti modi per prendere una decisione. Quali dei seguenti rispecchiano il tuo comportamento?

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

- | | Condivido
totalmente | Condivido | Non condivido | Non condivido
per nulla |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Quando ho deciso di fare qualcosa, la porto sempre a termine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Spesso prendo delle decisioni senza pensare alle conseguenze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Considero tutte le possibilita' prima di decidere qualcosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Spesso rimpiango le decisioni che prendo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Quando prendo una decisione non importa cio' che pensano i miei amici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

34. Immagina te stesso in ognuna delle situazioni descritte di seguito. Alcune possono esserti molto familiari, altre meno, così da renderti meno sicuro/a nella risposta. E' sufficiente che tu faccia del tuo meglio.

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

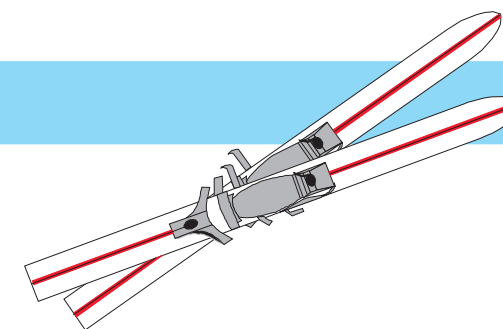
	Molto probabile	Probabile	Improbabile	Molto improbabile
A) Tu e il/la tuo/a migliore amico/a siete ad una festa dove incontrate gente nuova, e sentite di volerla veramente conoscere meglio. Qualcuno vi propone di fumare insieme dell'hashish. Il/la tuo/a amico/a accetta. Tu accetti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Tu e lo/a stesso/a amico/a state studiando duramente per un importante interrogazione il giorno seguente. Entrambi vi sentite stressati e avete bisogno di rilassarvi. Il/la tuo/a amico/a suggerisce che una sigaretta potrebbe aiutarvi e te ne offre una. Accetti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Il giorno dopo, entrambi passate l'interrogazione e sentite che e' giunto il momento di festeggiare. Avete ancora qualche euro e il negozio e' vicino. Compreresti degli alcolici (birra, vino) per festeggiare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4



35. Quanto concordi con le seguenti descrizioni di te stesso/a?

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Condivido totalmente	Condivido	Non condivido	Non condivido per nulla
a) Sento di avere molte buone qualita'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Riesco a fare le cose bene come la maggior parte delle persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A volte penso di non valere nulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La maggior parte dei ragazzi e delle ragazze della mia eta' sono piu' carini/e di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sono abbastanza bravo/a nello sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mi sento molto imbarazzato/a quando devo parlare in classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Per i miei genitori e' importante che io sia felice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Mi preoccupa un sacco per cose stupide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Spesso mi sento nervoso per nulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ho sufficienti interessi e hobby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4



36. Di seguito sono riportate alcune affermazioni sul modo di rapportarsi con gli altri.

Segna la risposta piu' vicina alla tua opinione.

	Condivido totalmente	Condivido	Non condivido	Non condivido per nulla
a) Quando qualcuno cerca di farti sentire piccolo/a, dovrete fare lo stesso con lui/lei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ha senso far sapere alla gente che sei arrabbiato/a con loro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) L'unico modo di comportarsi con i prepotenti e' fargli sapere chi e' che comanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) C'e' sempre un modo per affrontare i problemi senza dover litigare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) E' molto meglio perdere le staffe che spiegare le cose con calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

37. Immagina di voler fare le seguenti cose. Pensi che siano facili o difficili?

Segna una sola casella per ogni riga

Vorrei:

	Molto facile	Facile	Difficile	Molto difficile
a) Dire qualcosa di carino ad un/a amico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Chiedere un favore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dimostrare a qualcuno/a che mi piace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dire "no" quando qualcuno mi chiede di fare qualcosa che non voglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Chiedere aiuto quando ho dei problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Aiutare qualcuno che ne ha bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

