



STILI DI VITA E COMPORTAMENTI ALLA GUIDA

Il questionario che ti presentiamo ha la finalità di conoscere i cambiamenti degli stili di vita delle persone tra i 14 e i 19 anni che abitano in Toscana.

Questa ricerca nasce con l'obiettivo di indagare i comportamenti legati alla guida, e, a fronte degli eventi degli ultimi anni, il nostro interesse è stato diretto verso l'approfondimento delle abitudini di vita dei giovani e delle giovani in Toscana.

Data la rilevanza di questi temi chiediamo la tua collaborazione per poter conoscere i tuoi stili di vita.

Il questionario raccoglie le tue risposte, ma non ti identifica in nessun modo, né in maniera diretta né indiretta. Per saperne di più puoi leggere le informazioni sul trattamento dei dati nell'Informativa messa a disposizione da ARS Toscana.

Rispondi alle domande con sincerità e nel modo più preciso possibile.

Per qualsiasi dubbio puoi rivolgerti alla **CHAT** che troverai in basso a destra, risponderemo a eventuali dubbi sulle domande del questionario.

Ti ringraziamo fin da adesso per la tua cortese collaborazione.

Studio realizzato nell'ambito del progetto EDIT
(Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana)

INFORMAZIONI GENERALI

- 1 Tipo di scuola** (*indica il tuo corso di studio*): _____
- 2 Sesso biologico:** Maschio Femmina
- 3 Età** (*in anni compiuti*)
- 13 anni
 - 14 anni
 - 15 anni
 - 16 anni
 - 17 anni
 - 18 anni
 - 19 anni
 - 20 anni
 - 21 anni o più
- 4 Comune di residenza:** (*se abiti fuori dalla Toscana seleziona l'ultima opzione "Non in Toscana"*)
- Abbadia San Salvatore (SI)
 - Abetone Cutigliano (PT)
 - Agliana (PT)
 - Altopascio (LU)
 - Anghiari (AR)
 - Arcidosso (GR)
 - Arezzo (AR)
 - Asciano (SI)
 - Aulla (MS)
 - Bagni di Lucca (LU)
 - Bagno a Ripoli (FI)
 - Bagnone (MS)
 - Barberino di Mugello (FI)
 - Barberino Tavarnelle (FI)
 - Barga (LU)
 - Bibbiena (AR)
 - Bibbona (LI)
 - Bientina (PI)
 - Borgo a Mozzano (LU)
 - Borgo San Lorenzo (FI)
 - Bucine (AR)
 - Buggiano (PT)
 - Buonconvento (SI)
 - Buti (PI)
 - Calci (PI)
 - Calcinaia (PI)
 - Calenzano (FI)
 - Camaione (LU)
 - Campagnatico (GR)
 - Campi Bisenzio (FI)
 - Campiglia Marittima (LI)
 - Campo nell'Elba (LI)
 - Camporgiano (LU)
 - Cantagallo (PO)
 - Capalbio (GR)
 - Capannoli (PI)
 - Capannori (LU)
 - Capoliveri (LI)
 - Capolona (AR)

- Capraia e Limite (FI)
- Capraia Isola (LI)
- Caprese Michelangelo (AR)
- Careggine (LU)
- Carmignano (PO)
- Carrara (MS)
- Casale Marittimo (PI)
- Casciana Terme Lari (PI)
- Cascina (PI)
- Casola in Lunigiana (MS)
- Casole d'Elsa (SI)
- Castagneto Carducci (LI)
- Castel del Piano (GR)
- Castel Focognano (AR)
- Castel San Niccolò (AR)
- Castelfiorentino (FI)
- Castelfranco di Sotto (PI)
- Castelfranco Piandiscò (AR)
- Castell'Azzara (GR)
- Castellina in Chianti (SI)
- Castellina Marittima (PI)
- Castelnuovo Berardenga (SI)
- Castelnuovo di Garfagnana (LU)
- Castelnuovo di Val di Cecina (PI)
- Castiglion Fibocchi (AR)
- Castiglion Fiorentino (AR)
- Castiglione d'Orcia (SI)
- Castiglione della Pescaia (GR)
- Castiglione di Garfagnana (LU)
- Cavriglia (AR)
- Cecina (LI)
- Cerreto Guidi (FI)
- Certaldo (FI)
- Cetona (SI)
- Chianciano Terme (SI)
- Chianni (PI)
- Chiesina Uzzanese (PT)
- Chitignano (AR)
- Chiusdino (SI)
- Chiusi (SI)
- Chiusi della Verna (AR)
- Cinigiano (GR)
- Civitella in Val di Chiana (AR)
- Civitella Paganico (GR)
- Colle di Val d'Elsa (SI)
- Collesalveti (LI)
- Comano (MS)
- Coreglia Antelminelli (LU)
- Cortona (AR)
- Crespina Lorenzana (PI)
- Dicomano (FI)
- Empoli (FI)
- Fabbriche di Vergemoli (LU)
- Fauglia (PI)
- Fiesole (FI)
- Figline e Incisa Valdarno (FI)
- Filattiera (MS)
- Firenze (FI)

- Firenzuola (FI)
- Fivizzano (MS)
- Foiano della Chiana (AR)
- Follonica (GR)
- Forte dei Marmi (LU)
- Fosciandora (LU)
- Fosdinovo (MS)
- Fucecchio (FI)
- Gaiole in Chianti (SI)
- Galliciano (LU)
- Gambassi Terme (FI)
- Gavorrano (GR)
- Greve in Chianti (FI)
- Grosseto (GR)
- Guardistallo (PI)
- Impruneta (FI)
- Isola del Giglio (GR)
- Lajatico (PI)
- Lamporecchio (PT)
- Larciano (PT)
- Lastra a Signa (FI)
- Laterina Pergine Valdarno (AR)
- Licciana Nardi (MS)
- Livorno (LI)
- Londa (FI)
- Loro Ciuffenna (AR)
- Lucca (LU)
- Lucignano (AR)
- Magliano in Toscana (GR)
- Manciano (GR)
- Marciana (LI)
- Marciana Marina (LI)
- Marciano della Chiana (AR)
- Marliana (PT)
- Marradi (FI)
- Massa (MS)
- Massa e Cozzile (PT)
- Massa Marittima (GR)
- Massarosa (LU)
- Minucciano (LU)
- Molazzana (LU)
- Monsummano Terme (PT)
- Montaione (FI)
- Montalcino (SI)
- Montale (PT)
- Monte Argentario (GR)
- Monte San Savino (AR)
- Montecarlo (LU)
- Montecatini Terme (PT)
- Montecatini Val di Cecina (PI)
- Montelupo Fiorentino (FI)
- Montemignaio (AR)
- Montemurlo (PO)
- Montepulciano (SI)
- Monterchi (AR)
- Monteriggioni (SI)
- Monteroni d'Arbia (SI)
- Monterotondo Marittimo (GR)

- Montescudaio (PI)
- Montespertoli (FI)
- Montevarchi (AR)
- Monteverdi Marittimo (PI)
- Monticiano (SI)
- Montieri (GR)
- Montignoso (MS)
- Montopoli in Val d'Arno (PI)
- Mulazzo (MS)
- Murlo (SI)
- Orbetello (GR)
- Orciano Pisano (PI)
- Ortignano Raggiolo (AR)
- Palaia (PI)
- Palazzuolo sul Senio (FI)
- Peccioli (PI)
- Pelago (FI)
- Pescaglia (LU)
- Pescia (PT)
- Piancastagnaio (SI)
- Piazza al Serchio (LU)
- Pienza (SI)
- Pietrasanta (LU)
- Pieve a Nievole (PT)
- Pieve Fosciana (LU)
- Pieve Santo Stefano (AR)
- Piombino (LI)
- Pisa (PI)
- Pistoia (PT)
- Pitigliano (GR)
- Podenzana (MS)
- Poggibonsi (SI)
- Poggio a Caiano (PO)
- Pomarance (PI)
- Ponsacco (PI)
- Pontassieve (FI)
- Ponte Buggianese (PT)
- Pontedera (PI)
- Pontremoli (MS)
- Poppi (AR)
- Porcari (LU)
- Porto Azzurro (LI)
- Portoferraio (LI)
- Prato (PO)
- Pratovecchio Stia (AR)
- Quarrata (PT)
- Radda in Chianti (SI)
- Radicofani (SI)
- Radicondoli (SI)
- Rapolano Terme (SI)
- Reggello (FI)
- Rignano sull'Arno (FI)
- Rio (LI)
- Riparbella (PI)
- Roccalbegna (GR)
- Roccastrada (GR)
- Rosignano Marittimo (LI)
- Rufina (FI)

- Sambuca Pistoiese (PT)
- San Casciano dei Bagni (SI)
- San Casciano in Val di Pesa (FI)
- San Gimignano (SI)
- San Giovanni Valdarno (AR)
- San Giuliano Terme (PI)
- San Godenzo (FI)
- San Marcello Piteglio (PT)
- San Miniato (PI)
- San Quirico d'Orcia (SI)
- San Romano in Garfagnana (LU)
- San Vincenzo (LI)
- Sansepolcro (AR)
- Santa Croce sull'Arno (PI)
- Santa Fiora (GR)
- Santa Luce (PI)
- Santa Maria a Monte (PI)
- Sarteano (SI)
- Sassetta (LI)
- Scandicci (FI)
- Scansano (GR)
- Scarlino (GR)
- Scarperia e San Piero (FI)
- Seggiano (GR)
- Semproniano (GR)
- Seravezza (LU)
- Serravalle Pistoiese (PT)
- Sestino (AR)
- Sesto Fiorentino (FI)
- Siena (SI)
- Signa (FI)
- Sillano Giuncugnano (LU)
- Sinalunga (SI)
- Sorano (GR)
- Sovicille (SI)
- Stazzema (LU)
- Subbiano (AR)
- Suvereto (LI)
- Talla (AR)
- Terranuova Bracciolini (AR)
- Terricciola (PI)
- Torrita di Siena (SI)
- Trequanda (SI)
- Tresana (MS)
- Uzzano (PT)
- Vagli Sotto (LU)
- Vaglia (FI)
- Vaiano (PO)
- Vecchiano (PI)
- Vernio (PO)
- Viareggio (LU)
- Vicchio (FI)
- Vicopisano (PI)
- Villa Basilica (LU)
- Villa Collemandina
- Villafranca in Lunigiana (LU)
- Vinci (FI)
- Volterra (PI)

- Zeri (MS)
- Non in Toscana

FAMIGLIA – AMICI – SCUOLA – TEMPO LIBERO

5 Titolo di studio ottenuto da tuo padre e tua madre (indica il titolo di studio più elevato)

	PADRE	MADRE
Nessun titolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenza media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma di scuola media superiore o professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma parauniversitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laurea o laurea breve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ce l'ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Condizione professionale dei tuoi genitori

	PADRE	MADRE
Occupato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disoccupata/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casalinga/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studentessa/Studente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inabile al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ce l'ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 I tuoi genitori sono divorziati/separati?

- SI
- NO
- Non so

8 Come definiresti la qualità dei rapporti con la tua famiglia?

- Molto buoni
- Abbastanza buoni
- Così così
- Poco buoni
- Pessimi
- Non so

9 Come definiresti la qualità dei rapporti con i tuoi coetanei?

- Molto buoni
- Abbastanza buoni
- Così così
- Poco buoni
- Pessimi
- Non so

10 Qual è il tuo rendimento scolastico?

- Molto buono
- Abbastanza buono
- Così così
- Poco buono
- Pessimo
- Non so

11 Nel corso dei tuoi studi hai mai dovuto ripetere almeno un anno?

- SI
- NO
- Non so

12 Di solito, per quanto tempo al giorno usi questi strumenti?

	Non ho lo strumento	Meno di 1 ora al giorno	1-5 ore al giorno	Più di 5 ore al giorno
PC (portatile o fisso) /Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Console (play station, Xbox, Wii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.1 Se utilizzi uno o più strumenti, per quali attività li usi prevalentemente?
(indica le prime tre più frequenti)

- Social Network (Facebook, Whatsapp, Twitter, Instagram, Tinder, ecc)
- Per seguire le lezioni online, studiare o fare ricerche
- Per videogiocare o fare giochi in internet (giochi di ruolo, avventura, ecc.)
- Per ascoltare musica, guardare film o serie tv (Netflix, Prime, Spotify, Youtube, ecc)
- Per scrivere su blog e/o per partecipare a forum
- Per leggere quotidiani on-line
- Altro

12.2 Utilizzi Twitch:

- SI, e ho fatto almeno una donazione a un video che stavo guardando
- SI, ma non ho mai fatto donazioni per l'intrattenimento offerto
- No

13 Nel corso degli ultimi 12 MESI quanti libri hai letto per svago/divertimento?

- Non leggo per divertimento
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- Più di 12
- Non so

COVID-19

14 Sei mai risultata/o positiva/o al virus Sars-Cov2?

- SI
- NO

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 15***

14.1 Se sì, relativamente all'unica o all'ultima volta in cui hai avuto il COVID-19, ti è stato diagnosticato con:

- Tampone rino-faringeo (test molecolare, PCR)
- Test antigenico (tampone rapido)
- Test salivare
- Test sierologico
- Non diagnosticato, ma ho avuto chiari sintomi di COVID-19

14.2 Relativamente all'unica o all'ultima volta in cui hai avuto il COVID-19, quando ti è stato diagnosticato? (Se non ti è stato diagnosticato ma hai avuto chiari sintomi di COVID-19 fai riferimento a quel periodo)

___/___/___ (Data)

14.3 Nella settimana precedente alla positività: (seleziona tutte le situazioni che hai vissuto nella settimana precedente)

- Ho vissuto con una persona positiva
- Ho usato mezzi di trasporto pubblici
- Mi sono spostato fuori dalla Regione Toscana
- Ho frequentato ristoranti e bar affollati, per almeno 15 minuti
- Ho frequentato discoteche e feste
- Ho praticato sport in presenza di altre persone al chiuso
- Ho praticato sport in gruppo all'aperto
- Ho partecipato ad attività di associazioni/organizzazioni/gruppi al chiuso (es. scuole di teatro, musica, canto, pittura...)
- Ho partecipato ad attività di associazioni/organizzazioni/gruppi all'aperto (es. scuole di teatro, musica, canto, pittura...)
- Ho frequentato case di amici/amiche o parenti
- Ho ricevuto visite di amici/amiche o parenti a casa
- Ho frequentato centri commerciali o negozi
- Ho frequentato luoghi culturali (musei, teatri, ecc.)
- Ho assistito a spettacoli o esposizioni al chiuso (cinema, teatri, sale concerti, musei, ecc.)
- Ho assistito a spettacoli o esposizioni all'aperto
- Ho partecipato come spettatore o spettatrice a eventi sportivi al chiuso
- Ho partecipato come spettatore o spettatrice a eventi sportivi all'aperto in mezzo ad altre persone
- Ho frequentato ospedale/ ambulatorio/ clinica/ RSA per visite mediche o per accompagnare qualcuno
- Ho frequentato la scuola
- Ho frequentato biblioteche o sale lettura
- Ho partecipato a funzioni religiose
- Ho frequentato luoghi come parrucchiere/ barbiere/ centro estetico o simili
- Ho partecipato a feste private/cerimonie/ feste civili o religiose (es. battesimi, matrimoni, feste di compleanno/laurea, etc.)

14.4 Credi che uno di questi fattori di rischio sia stato rilevante per il contagio?

- SI
- NO

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 15***

14.5 Se sì quale consideri sia stato un fattore di rischio tra quelli selezionati? [appare l'elenco con solo le modalità della 14.3 selezionate]

15 Hai fatto il vaccino contro il coronavirus (almeno la prima dose)?

- SI
- NO

*Se la risposta è **SI** salta la domanda **N° 15.2**
Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 15.2***

15.1 Se sì, il Green Pass ha avuto effetto nella motivazione a vaccinarti?

- SI assolutamente
- NO, lo avevo già fatto prima dell'introduzione del Green Pass
- NO, lo avrei fatto comunque anche senza l'introduzione del Green Pass

*Passa alla domanda **N° 16***

15.2 Se no, perché hai deciso di non vaccinarti?

- Ho paura
- Ho patologie che non me lo consentono
- Sono contrario/a alla vaccinazione
- La mia famiglia mi ha convinto a non farlo
- Altro

16 Quali comportamenti adottati abitualmente (possibili più risposte)

- Faccio sempre un corretto uso della mascherina
- Igienizzo le mie mani più volte al giorno
- Mantengo le distanze consigliate
- Tossisco nel gomito
- Evito gli assembramenti
- Nessuno dei precedenti

17 Hai paura di un nuovo lockdown?

- SI
- NO

18 Fear of COVID-19 Scale. Indica per ogni affermazione il tuo grado di accordo selezionando una delle cinque risposte che riflette come ti senti e ti comporti rispetto al coronavirus-19.

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
Ho molta paura del coronavirus-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi rende inquieto/a (ansioso/a / nervoso/a) pensare al coronavirus-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le mie mani iniziano a sudare quando penso al coronavirus-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho paura di perdere la vita a causa del coronavirus-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando guardo le notizie e le storie sul coronavirus-19 sui social media divento nervosa/o o ansiosa/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non riesco a dormire perché mi preoccupo di contrarre (o avere) il coronavirus-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il mio cuore batte forte o palpita quando penso di poter contrarre il coronavirus-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENESSERE PSICOFISICO

19 Nel corso degli ultimi 30 GIORNI, con che frequenza ti sei sentita/o:

	Mai	Raramente	A volte	Spesso	Sempre	Non risponde
Nervosa/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza speranza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitato/a e irrequieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Così depressa/o che niente riusciva a tirarmi su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come se ogni cosa rappresentasse uno sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se la risposta è sempre **MAI** passa alla domanda N° 20

19.1 Complessivamente, nel corso degli ultimi 30 GIORNI, ti sei sentita/o in questo modo più spesso del solito, come al solito o meno del solito? (Ad esempio, se ti sei sentita/a nervosa/a molto più del solito metti una crocetta nella casella più vicina a nervosa/o)

	Più del solito			Al solito			Meno del solito
Nervosa/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza speranza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitato/a e irrequieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Così depressa/o che niente riusciva a tirarmi su	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come se ogni cosa rappresentasse uno sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.2 Quanti GIORNI, negli ultimi 30, sei stato/a completamente incapace di studiare o portare a termine le normali attività quotidiane a causa dei precedenti stati d'animo?

_____ numero di giorni Non ricordo

19.3 Senza contare quelli che hai indicato nella risposta precedente, per quanti GIORNI, negli ultimi 30, sei stata/o in grado di fare solo metà o meno del normale a causa dei precedenti stati d'animo?

_____ numero di giorni Non ricordo

19.4 Negli ultimi 30 GIORNI, quante volte ti sei rivolto/a a un medico o un altro operatore sanitario a causa dei precedenti stati d'animo?

_____ numero di volte Non ricordo

19.5 Negli ultimi 30 GIORNI, quanto spesso quegli stati d'animo sono stati causati principalmente da problemi di salute fisica?

- Mai
- Raramente
- A volte
- Spesso
- Sempre
- Non so/Non ricordo

20 Hai mai intenzionalmente provocato ferite sul tuo corpo?

- SI
- NO
- Non so

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda N° 26*

21 Quanto anni avevi quando lo hai fatto la prima volta?

- Meno di 12
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- Più di 19

22 Quante volte lo hai fatto nella tua vita?

- 1 volta sola
- Tra le 2 e le 3 volte
- Tra le 4 e le 5 volte
- Tra le 6 e le 10 volte
- Tra le 11 e le 20
- Tra le 21 e le 50
- Più di 50

23 Ti sei ferito/a anche negli ultimi 12 mesi?

- Sì
- No

24 Quali metodi utilizzi o hai utilizzato per ferirti intenzionalmente? (Seleziona tutte quelle vere)

- Bruciarsi con una sigaretta o con un'altra fiamma
- Bruciarsi con un prodotto (es. candeggina)
- Incidersi la pelle
- Graffiarsi o grattarsi violentemente al punto da procurarsi cicatrici
- Mordersi
- Tagliarsi con coltelli, vetri o altro
- Sbattere la testa contro qualcosa
- Picchiare se stesso/a
- Ostacolare la guarigione delle ferite
- Colpirsi
- Strapparsi i capelli
- Non ricordo

25 Uno di questi comportamenti ti ha mai portato a un ricovero in ospedale o a ferite così gravi da richiedere un trattamento medico?

- SI
- NO

26 Sei mai stato da una/o psicologa/o o una/o psichiatra nel corso della tua vita?

- SI e ci vado tutt'ora *salta la domanda N° 28*
- SI, ma non ci vado più
- NO
- Non ricordo
- Non risponde

27 Se sì, ti è stata prescritto: *(Seleziona tutte quelle vere)*

- Terapia farmacologica
- Colloqui psicologici
- Non ricordo

28 In questo momento desidereresti andare da una/o psicologa/o e/o una/o psichiatra?

- SI
- NO
- Non so

29 Pensando agli ultimi 7 GIORNI, quante ore dormi in media per notte? n° ore _____

29.1 Come giudichi la qualità del tuo sonno?

- Profondo/ristoratore
- Leggero/rilassante
- Disturbato/con risvegli notturni

ABITUDINE AL GIOCO

30 Nel corso della tua VITA, hai mai giocato o scommesso per soldi *(es. gratta e vinci, snai, totocalcio, cavalli, poker machine, ecc.)?*

- SI
- NO
- Non so/Non ricordo

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 31

30.1 Se SI, che tipo di giochi o scommesse hai fatto?

TIPO DI GIOCO	FREQUENZA DI GIOCO						LUOGO/MODALITA'
	Mai	Meno di 1 volta al mese	2-3 volte al mese	1-2 volte sett	3-5 volte sett	Tutti i giorni o quasi	
Lotto/SuperEnalotto							<input type="checkbox"/> Ricevitorie <input type="checkbox"/> On line
Lotto istantaneo							<input type="checkbox"/> Ricevitorie <input type="checkbox"/> On line
Scommesse sportive legali e non <i>(calcio, basket, tennis, big race)</i>							<input type="checkbox"/> Ricevitorie/sale da gioco <input type="checkbox"/> On line
Scommesse su altri eventi							<input type="checkbox"/> Ricevitorie/sale da gioco <input type="checkbox"/> On line

Totocalcio, Totogol e simili							<input type="checkbox"/> Ricevitorie <input type="checkbox"/> On line
Gratta e Vinci							<input type="checkbox"/> Ricevitorie/Bar <input type="checkbox"/> On line
Bingo, tombola							<input type="checkbox"/> Sale da gioco <input type="checkbox"/> Circoli ricreativi
Slot machine, New Slot, video poker, altre...							<input type="checkbox"/> Sale da gioco/ricevitorie/bar <input type="checkbox"/> On line
Poker texano (Texas hold'em)							<input type="checkbox"/> Sale da gioco <input type="checkbox"/> ricevitorie <input type="checkbox"/> On line
Biliardo o altro gioco di abilità							<input type="checkbox"/> In case private <input type="checkbox"/> Sale da gioco
Altri giochi con le carte <i>(poker, burraco, bridge)</i>							<input type="checkbox"/> In case private <input type="checkbox"/> Sale da gioco/circoli ricreativi <input type="checkbox"/> On line
Altri giochi (roulette, dadi, altro)							<input type="checkbox"/> In case private <input type="checkbox"/> Sale da gioco/circoli ricreativi <input type="checkbox"/> On line

30.2 Negli ultimi 30 GIORNI, quanto hai speso per fare giochi in cui si vincono/perdono soldi (in euro)?

- 0
- 10 o meno
- 11-30
- 31-50
- 51-70
- 71-90
- 91 o più

30.3 Ti è mai capitato di dover tenere nascosta l'entità di denaro che spendi per il gioco alle persone che ti stanno più vicine (familiari, amici, ecc...)?

- SI
- NO
- Non ricordo

30.4 Hai mai sentito l'impulso di giocare somme sempre maggiori di denaro?

- SI
- NO
- Non ricordo

FUMO DI SIGARETTE

31 Nel corso della tua VITA, hai mai PROVATO a fumare sigarette?

- SI
- NO
- Non so

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 32***

31.1 Se sì, ATTUALMENTE fumi sigarette?

- NO, ma per un periodo le fumavo
- NO, non ho mai fumato con regolarità
- SI, ma soltanto in occasioni particolari
- SI, chiedo qualche tiro/sigaretta agli amici
- SI, le compro regolarmente
- Non so

*Se **NON** le compri regolarmente passa alla domanda N° 32*

31.2 Se fumi con una certa regolarità, quante sigarette fumi al GIORNO?

- Meno di 1
- da 1 a 5
- da 6 a 10
- da 11 a 15
- da 16 a 20
- da 21 a 25
- da 26 a 30
- Più di 30
- Non so

31.3 A quanti anni hai cominciato a fumare con una certa REGOLARITA'?

- Prima dei 12 anni
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni
- 20 anni
- 21 anni o più
- Non so

32 Nel corso degli ultimi 30 GIORNI, hai visto qualcuno fumare all'interno dell'edificio scolastico o nelle aree all'aperto di pertinenza della scuola?

- SI
- NO
- Non so/Non ricordo

33 Hai mai utilizzato la sigaretta ELETTRONICA?

- SI
- NO

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda N° 36*

34 Se sì, negli ultimi 30 GIORNI, quanti giorni hai usato la sigaretta ELETTRONICA?

- 0 giorni
- 1-2 giorni
- 3-5 giorni
- 6-9 giorni
- 10-19 giorni
- 20-29 giorni
- Tutti i giorni

35 Pensando al tuo utilizzo della sigaretta ELETTRONICA, in quale delle seguenti affermazioni ti riconosci maggiormente? (selezionare una sola risposta)

- ho solo provato a fumare la sigaretta elettronica, non la ho mai usata
- ho iniziato a fumare usando la sigaretta elettronica e poi sono passato alla sigaretta tradizionale
- ho fumato la sigaretta elettronica per un periodo, ma ora non la uso più e non fumo neanche le sigarette tradizionali
- ho iniziato a fumare la sigaretta elettronica mentre fumavo già le sigarette tradizionali
- fumavo le sigarette tradizionali ed ora fumo solo quella elettronica

BEVANDE ALCOLICHE

36 Nella tua VITA, hai mai bevuto le seguenti bevande? (Indica una risposta per ogni bevanda)

	SI	NO	Non risponde
Vino (<i>bicchieri</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birra (<i>lattine/boccali</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aperitivi / spumanti (<i>bicchieri</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superalcolici (<i>bicchierini</i>) e long drinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se non hai MAI bevuto nessun tipo di bevanda alcolica passa alla domanda N° 40

37 Nel corso degli ultimi 12 MESI, ti è capitato di ubriacarti almeno una volta?

- SI
- NO
- Non ricordo
- Non risponde

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 38

37.1 Se la risposta è SI, in questi ultimi 12 MESI, quante volte ti è capitato?

- 1
- 2
- da 3 a 5
- da 6 a 9
- 10 o più
- Non ricordo

38 In questi ultimi 12 MESI, ti è capitato di aver bevuto 5 o più bicchieri (di vino), bicchierini (di liquori) o lattine (di birra) o long drinks in un'unica occasione?

- SI
- NO
- Non ricordo
- Non risponde

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 39

38.1 Se la risposta è SI, quante volte ti è capitato?

- 1
- 2
- da 3 a 5
- da 6 a 9
- 10 o più
- Non ricordo

39 Adesso ripensa ai 7 GIORNI appena trascorsi, se hai consumato alcol, in che quantità hai bevuto una delle seguenti bevande? (ad esempio, se oggi è mercoledì, cerca di ricostruire il tuo consumo fino a mercoledì della settimana passata)

BEVANDA	L U N E D Ì	M A R T E D Ì	M E R C O L E D Ì	G I O V E D Ì	V E N E R D Ì	S A B A T O	D O M E N I C A
Vino (bicchieri)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo
Birra (lattine/boccali)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo
Aperitivi / spumanti (bicchieri)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo
Superalcolici (bicchierini) e long drinks	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Non ricordo

40 Adesso, pensa a chi VIVE IN CASA con te, ci puoi indicare se beve alcolici o se fuma?

	BEVANDE ALCOLICHE			FUMO DI SIGARETTA		
	SI	NO	Non so	SI	NO	Non so
PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOSTANZE PSICOTROPE

41 Hai mai usato, almeno una volta, le seguenti sostanze? (indica una risposta per ogni sostanza)

SOSTANZE	MAI	ULTIMI 30 GIORNI	ULTIMI 12 MESI	NELLA TUA VITA
Cannabis (<i>Hashish, Marijuana,</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB (ecstasy liquida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spanglers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MD (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metamfetamine (MET, Shaboo, ice, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabinoidi sintetici (Spice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalanti volatili (<i>popper, colla</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NPS (Nuove sostanze psicoattive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integratori (proteine, vitamine, Sali minerali, prodotti a base di erbe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolizzanti e/o testosterone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicofarmaci senza prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se la risposta è **NO** per tutte le sostanze passa alla domanda **N° 44**

41.1 Negli ultimi 30 GIORNI, in quante occasioni hai usato una delle seguenti sostanze? [appaiono solo le sostanze selezionate nella domanda 41]

SOSTANZE	0	1-2	3-9	10-19	20 o più	Non ricordo
Cannabis (<i>Hashish, Marijuana,</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB (ecstasy liquida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spanglers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MD (MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Metamfetamine (MET, Shaboo, ice, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabinoidi sintetici (Spice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalanti volatili (popper, colla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NPS (Nuove sostanze psicoattive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energy drink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Anabolizzanti e/o testosterone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicofarmaci senza prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41.2 Negli ultimi 30 GIORNI, quanto hai speso per ACQUISTARE la/e sostanza/e (in euro)?

- 0
- 10 o meno
- 11-30
- 31-50
- 51-70
- 71-90
- 91 o più

42 Nel corso della tua VITA, qual è stata la prima sostanza che hai usato? (indica soltanto la prima) [appaiono solo le sostanze selezionate nella domanda 41]

- Cannabis (Hashish, Marijuana,)
- Cocaina
- Crack
- Amfetamine
- Funghi allucinogeni
- LSD
- Ketamina
- Ecstasy
- GHB (ecstasy liquida)
- Spanglers
- MD (MDMA)
- Metamfetamine (MET, Shaboo, ice, ecc)
- Cannabinoidi sintetici (Spice)
- Oppiacei
- Inalanti volatili (popper, colla)
- Eroina
- NPS (Nuove sostanze psicoattive)
- Energy drink
- Integratori (proteine, vitamine, Sali minerali, prodotti a base di erbe)
- Anabolizzanti e/o testosterone
- Psicofarmaci senza prescrizione medica
- Non ricordo

43 Quanti anni avevi quando l'hai usata la PRIMA volta? [appaiono solo le sostanze selezionate nella domanda 41]

- Meno di 9 anni
- 9 anni
- 10 anni
- 11 anni

- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni o più
- Non ricordo

44 Ti sei mai trovato/a in una delle seguenti situazioni? (sono possibili più risposte)

	No, mai	Sì, a causa delle sostanze stupefacenti	Sì, a cause degli alcolici	Sì, per altre cause
Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finire al Pronto soccorso o essere ricoverata/o in ospedale per intossicazione o per aver esagerato nel consumo di sostanze e/o alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUIDA

45 Hai la PATENTE (ciclomotore/minicar/scooter/ motocicletta, auto)?

- SÌ
- NO

passa alla domanda N° 46

45.1 Se la risposta è Sì, che tipo di patente hai? (sono possibili più risposte)

- AM (Patentino)
- A1
- A2
- A3
- B1
- B
- Altro

46 Con quale frequenza guidi un mezzo tra ciclomotore/minicar/scooter/motocicletta/ auto:

- Tutti i giorni o quasi
- Qualche giorno la settimana
- Una volta a settimana o meno
- Mai o quasi mai *passa alla domanda N° 47*
- Non so
- Non risponde

46.1 Quale mezzo guidi prevalentemente?

- Minicar fino a 50 cc
- Minicar oltre 50 cc
- Ciclomotore/Scooter fino a 50 cc
- Ciclomotore/Scooter oltre 50 cc
- Motocicletta oltre 50 cc
- Auto
- Altro
- Non ricordo

47 Nel corso della tua VITA, hai avuto incidenti stradali mentre eri alla guida di un mezzo (ciclomotore/minicar/scooter/motocicletta/auto)?

- SÌ
- NO
- Non ricordo

passa alla domanda N° 48

47.1 Se la risposta è sì, quante volte?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

47.2 Il più recente, quando si è verificato?

- Durante l'ultimo anno
- Da 1 a 3 anni fa
- Oltre 4 anni fa
- Non ricordo

47.3 Durante questi incidenti stavi utilizzando? (sono possibili più risposte)

- Smartphone
- Tablet
- Navigatore
- Autoradio
- Altro
- No, nessuno
- Non ricordo

47.4 Quante volte, a seguito di questi incidenti, hai dovuto ricorrere al Pronto Soccorso ma senza essere ricoverato?

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

47.5 Quante volte, a seguito di questi incidenti, sei stato ricoverato in ospedale?

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più

48 Nel corso degli ultimi 12 MESI, ti è capitato DURANTE la guida di:

	Mai	Raramente (meno di una volta al mese)	Qualche volta (almeno una volta al mese)	Spesso (almeno una volta a settimana)	Sempre (tutti i giorni)	Non ricordo
Conversare usando lo smartphone senza auricolari o kit viva voce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aver utilizzato:						
Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navigatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoradio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro dispositivo elettronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumare una sigaretta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangiare e/o bere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conversare/interagire con il/la passeggero/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascoltare musica ad alto volume (auricolari su mezzi a 2 ruote o volume alto in auto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avere un "colpo di sonno"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49 Nel corso degli ultimi 12 MESI, ti è capitato di GUIDARE:

	Mai	Raramente (meno di una volta al mese)	Qualche volta (almeno una volta al mese)	Spesso (almeno una volta a settimana)	Sempre (tutti i giorni)	Non ricordo
In situazioni di particolare stanchezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In situazioni di particolare ritardo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dopo aver bevuto troppo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dopo aver assunto sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50 Nel corso degli ultimi 12 MESI, ti è capitato di:

	Mai	Raramente (meno di una volta al mese)	Qualche volta (almeno una volta al mese)	Spesso (almeno una volta a settimana)	Sempre (tutti i giorni)	Non ricordo
Salire su un'auto o una moto guidata da chi aveva bevuto un po' troppo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salire su un'auto o una moto guidata da chi aveva usato sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BULLISMO E CYBERBULLISMO

51 Nel corso degli ultimi 12 MESI, hai mai subito prepotenze da parte di un/a tuo/a coetaneo/a?

- SI
 NO
 Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 53***

51.1 Se sì:

- Di persona, fisicamente (offline) *salta le domande **N° 52 e 52.1***
 Online *passa alla domanda **N° 52***
 Entrambe

51.2 Negli ultimi 12 MESI hai subito prepotenze di persona, fisicamente (offline), che tipo di prepotenza hai SUBITO e in quale luogo?

	Fuori dalla scuola	All'interno della scuola	Nel luogo in cui mi ritrovo con gli amici	Altro	Mai subito questa prepotenza
Prese in giro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scherzi pesanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclusione dalle compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offese e insulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minacce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furti di oggetti di scarso valore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estorsione di denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressioni fisiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51.3 Nel corso degli ultimi 30 GIORNI, quante volte le hai subite?

- Tutti i giorni o quasi (6-7 giorni a settimana)
 Qualche giorno a settimana (3-5 giorni a settimana)
 1-2 giorni a settimana
 Qualche giorno al mese (2- 3 giorni al mese)
 1 giorno o meno al mese
 Non so

52 Se negli ultimi 12 MESI hai subito prepotenze online, che tipo di episodi sono stati?
(indica una risposta per ciascuna riga)

	No	Tutti i giorni o quasi	Qualche giorno a settimana	1-2 giorni a settimana	Qualche giorno al mese	Non so
Qualcuno mi ha detto cose spiacevoli su internet, via mail o tramite chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno ha detto ad altre persone delle cose spiacevoli o offensive su di me usando internet, social network (Facebook, Instagram, ecc.), mail o chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualcuno mi ha minacciato attraverso messaggi su internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno è entrato illegalmente nel mio account e ha rubato le mie informazioni personali (es. tramite mail o account social network)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno è entrato illegalmente nel mio account ed ha finto di essere me (es. tramite Facebook o Instagram)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno ha diffuso online informazioni personali su di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno con cui avevo condiviso mie foto private a contenuto sessuale/erotico le ha diffuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno ha modificato delle mie foto o video che io avevo pubblicato online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono stato escluso o ignorato dagli altri in un social network o in una chat room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno ha diffuso su internet pettegolezzi su di me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualcuno mi ha attaccato o insultato in un gioco online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52.1 Nel corso degli ultimi 30 GIORNI, quante volte le hai subite?

- Tutti i giorni o quasi (6-7 giorni a settimana)
- Qualche giorno a settimana (3-5 giorni a settimana)
- 1-2 giorni a settimana
- Qualche giorno al mese (2- 3 giorni al mese)
- 1 giorno o meno al mese
- Non so

53 Sei a conoscenza che in Italia esiste una legge che protegge le persone che subiscono episodi di cyberbullismo?

- SI
- NO
- Non so/ Non ricordo

54 Hai mai subito prepotenze di persona, fisicamente (offline) o online per il tuo orientamento sessuale?

- SI
- NO
- Non so/ Non ricordo

55 Hai mai subito prepotenze di persona, fisicamente (offline) o online per la tua identità di genere?

- SI
- NO
- Non so/ Non ricordo

56 Hai mai subito prepotenze di persona, fisicamente (offline) o online per la tua etnia?

- SI
- NO
- Non so/ Non ricordo

57 Nel corso degli ultimi 12 MESI, ti è capitato di assistere alle prepotenze (di persona, fisicamente e/o online) rivolte ad altre persone?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N°58***

57.1 Se sì:

- Di persona, fisicamente (Offline)
- Online
- Entrambe

57.2 Se ti è capitato di assistere alle prepotenze rivolte ad altre persone, come hai reagito? (sono possibili più risposte)

- Sono intervenuta/o per difendere la vittima
- Ho avvertito un'autorità (insegnante, genitore, forze dell'ordine, una persona adulta...)
- Ho continuato a fare le mie cose
- Ho guardato ma non sono intervenuta/o
- Ho riso
- Mi sono unito/a ai prepotenti
- Altro

58 Nel corso degli ultimi 12 MESI, ti è capitato di fare delle prepotenze (di persona, fisicamente e/o online)?

- SI
- NO
- Non so

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 59***

58.1 Se ti è capitato di avere un comportamento da bullo/a, lo hai fatto perché:

- Dimostro di essere più forte degli altri
- Mi piace che gli altri abbiano paura di me
- Finalmente sono io quello/a che comanda
- È il modo più efficace di risolvere le cose
- I miei compagni e le mie compagne si aspettano che io mi comporti così
- Altro

ALIMENTAZIONE

59 Con quale frequenza consumi i seguenti cibi?

59.1 Verdura cruda o cotta

- Più di una volta al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana
- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di una volta a settimana
- Mai o quasi mai
- Non so

59.2 Frutta fresca

- Più di una volta al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana

- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di una volta a settimana
- Mai o quasi mai
- Non so

59.3 Pesce fresco o congelato

- Più di una volta al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana
- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di una volta a settimana
- Mai o quasi mai
- Non so

59.4 Snack dolci e/o salati

- Più di una volta al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana
- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di una volta a settimana
- Mai o quasi mai
- Non so

59.5 Bibite zuccherate (cola, aranciata, tè, succhi di frutta, ecc.)

- Più di una volta al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana
- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di una volta a settimana
- Mai o quasi mai
- Non so

59.6 Quante PORZIONI di frutta e/o verdura consumi ogni giorno?

- 5 o più porzioni
- 4 porzioni
- 3 porzioni
- 2 porzioni
- 1 porzione
- Non consumo frutta e/o verdura ogni giorno
- Non so

60 Quale metodo usi di più per procurarti la merenda dell'intervallo a scuola?

(indica un solo metodo, quello più frequente)

- Porto la merenda da casa
- La acquisto da un venditore all'interno della scuola
- Uso i distributori automatici presenti nella scuola
- La acquisto prima di recarmi a scuola
- Non ho l'abitudine di fare merenda a metà mattina

- 61 Normalmente, ti capita di aggiungere il sale nei cibi prima ancora di averli assaggiati?**
- Sempre o quasi
 - Spesso
 - Qualche volta
 - Raramente o mai
 - Non so
- 62 Nel corso della tua VITA, hai mai avuto problemi importanti, perché mangiavi troppo o troppo poco, tali da doverti rivolgere ad uno/a specialista? (psichiatra, psicologa/o, dietologa/o, centro specializzato)**
- SI
 - NO
 - Non ricordo
- 63 Ti sei mai sentito/a eccessivamente disgustato/a perché eri sgradevolmente pieno/a?**
- SI
 - NO
- 64 Ti sei mai preoccupato/a di aver perso il controllo su quanto avevi mangiato?**
- SI
 - NO
- 65 Hai perso recentemente più di 6 kg in un periodo di tre mesi?**
- SI
 - NO
- 66 Ti è mai capitato di sentirti grasso/a anche se altre persone ti dicevano che eri troppo magro/a?**
- SI
 - NO
- 67 Affermeresti che il cibo domina la tua vita?**
- SI
 - NO
- 68 Quanto sei alto/a? cm: |_|_|_|_|**
- 69 Quanto pesi? Kg: |_|_|_|_|**
- 70 Come definisci il tuo peso?**
- Molto al di sotto della norma
 - Un po' al di sotto della norma
 - Nella norma
 - Un po' al di sopra della norma
 - Molto al di sopra della norma
 - Non so
- 71 Rispetto al tuo peso, attualmente tu:**
- Stai cercando di perdere peso
 - Stai cercando di mettere su peso
 - Stai cercando di mantenere il peso attuale
 - Non stai cercando di fare nulla
 - Non so

72 In questi ultimi 30 GIORNI, hai seguito una dieta speciale?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 73***

72.1 Se la risposta è SI, per quale motivo?

- Per dimagrire
- Per ingrassare
- Per l'attività sportiva
- Per motivi di salute
- Per mia scelta (vegetariano o macrobiotico)
- Non so

73 Negli ultimi 30 GIORNI, hai fatto ginnastica o attività fisica per perdere peso o per non ingrassare?

- SI
- NO
- Non ricordo

ATTIVITA' FISICA

74 In una SETTIMANA normale, quanti giorni svolgi attività fisica* per un totale di almeno un'ora al giorno?

- Non faccio mai attività fisica
- 1 giorno
- 2 giorni
- 3 giorni
- 4 giorni
- 5 giorni
- 6 giorni
- 7 giorni
- Non ricordo

**Si intende sport o altre forme di movimento fisico, come andare in bicicletta, camminare di buon passo, correre, che fa aumentare il battito del cuore e può lasciarti senza fiato*

75 Negli ultimi 12 MESI, hai praticato qualche attività sportiva?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 76***

75.1 Se SI, quale sport hai praticato prevalentemente? *

75.2 e con quale frequenza?

- Tutti i giorni o quasi
- 3-5 volte la settimana
- 1-2 volte la settimana
- 1-3 volte al mese
- Occasionalmente
- Mai
- Non ricordo

76 Prima dell'avvento della pandemia da Covid-19 praticavi attività sportiva?

- SI
- NO
- Non ricordo

77 Dall'inizio della pandemia da Covid-19, hai cambiato abitudini in merito all'attività sportiva?

- Sì, ho smesso di praticare attività sportiva *Passa alla domanda N° 77.2*
- Sì, ho iniziato a praticare attività fisica *Salta la domanda N° 77.2*
- No, ho continuato a praticare attività sportiva *Salta la domanda N° 77.2*
- No, ho continuato a NON praticare attività sportiva *Passa alla domanda N° 78*
- Non risponde

77.1 Se hai iniziato o continuato, con che modalità pratici attività sportiva?

- Pratico attività sportiva fuori casa in autonomia
- Pratico attività sportiva fuori casa in gruppo
- Pratico attività sportiva in casa in autonomia
- Pratico attività sportiva in casa con un servizio online per fare attività fisica/sportiva
- Nessuna delle precedenti

77.2 Per quale motivo dopo l'arrivo della pandemia hai interrotto l'attività sportiva?

Sono possibili più risposte

- Ho contratto il virus Sars-Cov2 (Covid-19) e poi non ho più ripreso
- Per paura di contrarre il virus Sars-Cov2 (Covid-19)
- Le strutture dove praticavo attività sportiva hanno chiuso
- Mi sono sentito demotivato/a dalle interruzioni dell'attività sportiva dovute al Covid-19
- L'organizzazione sportiva alle quale ero iscritto/a ha cessato l'attività
- Ho trovato interessi non legati allo sport o all'attività fisica
- Non me lo posso più permettere economicamente
- Per altri motivi rispetto a quelli elencati sopra

COMPORAMENTI SESSUALI

78 Hai mai avuto un rapporto sessuale completo?

- SI
- NO
- Non ricordo

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 85

78.1 Quanti anni avevi quando hai avuto il tuo PRIMO rapporto sessuale completo?

- 11 anni o meno
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni o più
- Non ricordo

78.2 Nella tua VITA, con quante diverse persone hai avuto un rapporto sessuale completo?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o più
- Non ricordo

79 L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, hai consumato alcol o droghe nei momenti precedenti il rapporto?

- SI
- NO
- Non ricordo

80 L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu e il/la tuo/a partner avete usato il profilattico?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **SI** passa alla domanda **N°83/83.1** (a seconda che il sesso biologico - alla domanda 2 - sia M o F)*

80.1 Se NON lo usi è perché: (sono possibili più risposte)

- Mi dà fastidio durante il rapporto
- Mi Riduce la sensibilità
- E' complicato da usare
- Al/alla partner non piace/non lo vuole
- Mi vergogno ad usarlo
- Provo imbarazzo a comprarli
- Sono troppo costosi
- Non sempre lo porto con me
- Uso altri anticoncezionali
- Penso che non serva a niente
- Mi fa allergia
- Altro

81 Per le FEMMINE: L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale eterosessuale, quale metodo anticoncezionale hai usato? (Sono possibili più risposte)

- Non ho usato alcun metodo anticoncezionale
- Il profilattico
- Diaframma o spirale non ormonale
- La pillola anticoncezionale (ormonali: spirale, anello, cerotto)
- Il coito interrotto
- Altro
- Non ricordo
- Non ho mai avuto un rapporto eterosessuale

81.1 Per i MASCHI: L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale eterosessuale, quale metodo anticoncezionale hai usato? (Sono possibili più risposte)

- Non ho usato alcun metodo anticoncezionale
- Il profilattico
- La mia partner prendeva la pillola anticoncezionale (o diaframma, spirale ormonale e non, anello, cerotto anticoncezionale)
- Il coito interrotto
- Altro
- Non ricordo
- Non ho mai avuto un rapporto eterosessuale

82 Se hai avuto rapporti sessuali eterosessuali, hai mai preso la pillola del giorno dopo?
(se sei un **maschio** rispondi per la ragazza con cui hai avuto il rapporto sessuale)

- SI
- NO
- Non so

83 Sai cosa sono le malattie a trasmissione sessuale?

- SI
- NO

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 86***

83.1 Tra queste quali sono le malattie a trasmissione sessuale? (Segna tutte quelle per te vere)

- Sifilide
- Gonorrea
- Borrelliosi (Malattia di Lyme)
- Chlamydia trachomatis
- Ulcera molle
- Linfogramuloma venereo
- Virus chikungunya
- Tricomoniassi
- Leishmania
- Infestazioni (scabbia, peducolosi)
- Papilloma virus (HPV)
- Varicella zoster
- Herpes genitale
- Salmonella typhi (Tifo)
- HIV
- Epatiti virali (HBV, HCV, HDV)

83.2 Quali sono, per te, i comportamenti a RISCHIO per la trasmissione di queste malattie? (sono possibili più risposte)

- Vivere con una persona affetta da questo tipo di malattie
- L'uso comune di piatti, posate e bicchieri
- Rapporto sessuale senza l'uso profilattico
- Rapporti orali con eiaculazione
- Donare il proprio sangue
- Scambiarsi abiti e biancheria intima
- Rapporto sessuale con l'uso del profilattico
- Abbracciarsi
- Baciarsi

IDENTITA' DI GENERE

84 Rispetto al sesso biologico a cui appartieni, come ti senti?

- Maschio
- Femmina
- Transgender
- Non mi sento né maschio né femmina
- Altro

84.1 Avrei preferito nascere:

- Maschio
- Femmina
- Come sono
- Non so

85 Rispetto al sesso biologico a cui appartieni, come ti mostri agli altri?

- Come maschio
- Come femmina
- In modo neutro
- Altro

86 Ti senti di poter esprimere liberamente la tua identità di genere?

- SI
- NO

87 Ti senti a disagio a usare il bagno corrispondente al tuo sesso biologico all'interno della tua scuola?

- SI
- NO

Il questionario è terminato, ti ringraziamo per la collaborazione.