



Ministero della Salute



Indagine nazionale sullo stato
di salute e di benessere
degli studenti di scuola secondaria
di 1° grado

QUESTIONARIO

scrivi il codice personale che hai creato

--	--	--	--	--	--	--	--

© 2012 ASL CN2 Alba-Bra Piemonte, Eclectica, Università del Piemonte Orientale A. Avogadro

Tutti i diritti sono riservati. Vietata la riproduzione con qualsiasi mezzo effettuata, se non previa autorizzazione degli autori.

Ciao,

ti chiediamo di rispondere alle domande del questionario. Ci aiuterai a capire meglio come stanno e come si sentono i ragazzi e le ragazze della tua età. Il tuo contributo è molto importante!

Leggi attentamente ogni domanda e scegli la risposta più adatta a te. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. La risposta migliore è la più sincera e spontanea.

Rispondi a tutte le domande e metti una crocetta sulla casella che hai scelto. Non usare la matita o i pennarelli colorati. Quando richiesto, scrivi sempre in stampatello nell'apposito spazio. Quando hai completato il questionario, consegnalo agli assistenti presenti in aula.

Il questionario è anonimo. Non scrivere il tuo nome sul questionario. Né i tuoi genitori né i tuoi insegnanti conosceranno le tue risposte. Il codice che hai scritto nella prima pagina ci serve per unire questo questionario con quello che ti chiederemo di compilare tra qualche mese.

Grazie per la tua collaborazione!

Ora puoi iniziare!

Nome scuola (scrivi per esteso il nome della scuola che frequenti)

.....
Classe Sezione



1 Quanti anni hai? anni

2 Tu sei ₁ Maschio ₂ Femmina

3 Quali di queste persone vivono in casa con te? (è possibile più di una risposta)

₁ Madre

₂ Padre

₃ Moglie/compagna del padre

₄ Marito/compagno della madre

₅ Fratelli/sorelle

₆ Nonni (o solo uno di loro)

₇ Altri parenti (zii, cugini, ecc.)

₈ Altre persone non parenti

₉ Vivo in una comunità alloggio o casa famiglia

4 Quanti fratelli/sorelle (naturali e/o acquisiti) hai?

Scrivi il numero esatto e inserisci 0 se non hai fratelli o sorelle.

Numero di fratelli/sorelle

5 Sei nato/a in Italia? ₁ Sì ₂ No

6 In quale provincia abiti?

7 Qual è il titolo di studio conseguito dai tuoi genitori?
(segna una sola casella per ogni colonna)



	PADRE	MADRE
A) Licenza elementare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
B) Licenza media	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
C) Diploma di scuola secondaria superiore (liceo, istituto tecnico, istituto professionale), Accademia, Conservatorio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
D) Laurea (anche laurea breve) o altro titolo universitario	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
E) Non so	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

8 Quanto sei alto/a?.....cm

9 Quanto pesi?.....kg

10 Attualmente sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?

- ₁ No, il mio peso è quello giusto
- ₂ No, ma dovrei perdere qualche chilo
- ₃ No, perché dovrei mettere su qualche chilo
- ₄ Sì



11 Nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni), quante volte hai avuto uno dei seguenti sintomi? (segna una sola casella per ogni riga)

	0	1-2 VOLTE AL MESE	1 VOLTA A SETTIMANA	PIÙ DI 1 VOLTA A SETTIMANA	TUTTI I GIORNI
A) Dolori come mal di testa, mal di stomaco o mal di schiena	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B) Morale basso	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
C) Irritabilità, cattivo umore, nervosismo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D) Difficoltà ad addormentarsi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E) Giramenti di testa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

12 Quanto è importante per te...? (segna una sola casella per ogni riga)

	PER NULLA IMPORTANTE	POCO IMPORTANTE	ABBASTANZA IMPORTANTE	MOLTO IMPORTANTE
A) sentirti in buona forma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) sapere che il tuo peso corporeo è giusto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) essere in grado di svolgere giochi o sport senza sentirti subito stanco	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
D) godere di buona salute	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
E) mantenerti in buona forma anche se ciò comporta qualche sforzo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
F) avere delle corrette abitudini alimentari	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
G) praticare esercizio fisico con regolarità	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



13 Nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni), **quante volte a settimana** hai mangiato o bevuto...?(segna una sola casella per ogni riga)

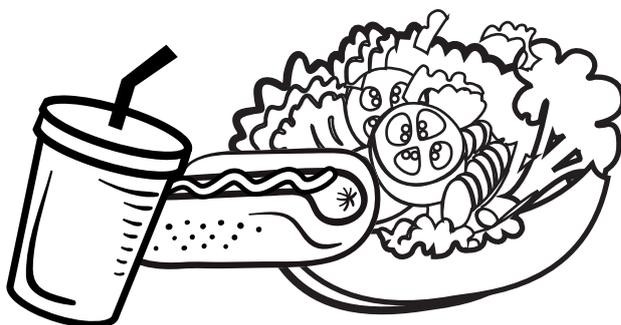
	0	1-3 VOLTE SETTIMANA	4-5 VOLTE SETTIMANA	TUTTI I GIORNI	PIÙ DI 1 VOLTA AL GIORNO
A) verdura	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B) frutta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
C) merendine confezionate	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D) piatti fritti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E) patatine e snack	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F) coca-cola e altre bibite zuccherate	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G) torte, gelati e cioccolato	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H) pesce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
I) legumi (piselli, fagioli, ceci, ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
J) latte e yogurt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
K) insaccati (coppa, salame, ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
L) carne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
M) formaggio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
N) pane bianco	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
O) pane integrale	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
P) cereali (corn flakes, muesli, choco-pops, ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

14 Di solito, **quante volte a settimana**...? (segna una sola casella per ogni riga)

	0	1-3 VOLTE	4-5 VOLTE	TUTTI I GIORNI
A) fai colazione	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) fai piccoli spuntini tra i pasti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

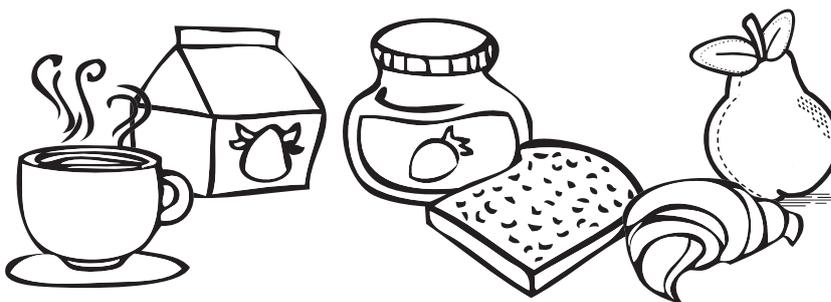
15 Pensi che mangiare abitualmente cibi ricchi di grassi e zuccheri (ad es. cibi fritti, merendine, patatine, ecc.) possa avere conseguenze negative sulla salute dei ragazzi e delle ragazze della tua età?

- ₁ No
- ₂ Sì, moderate
- ₃ Sì, serie
- ₄ Sì, molto serie



16 Pensi che non fare abitualmente la prima colazione possa avere delle conseguenze negative sulla salute dei ragazzi e delle ragazze della tua età?

- ₁ No
₂ Sì, moderate
₃ Sì, serie
₄ Sì, molto serie



17 Nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni), quante volte...? (segna una sola casella per ogni riga)

	0	1-2 VOLTE AL MESE	1 VOLTA A SETTIMANA	PIÙ DI 1 VOLTA A SETTIMANA	TUTTI I GIORNI
A) hai mangiato anche quando non eri veramente affamato/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B) hai continuato a mangiare anche quando ti sentivi sazio/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
C) hai mangiato quando ti sentivi triste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D) hai mangiato quando ti sentivi annoiato/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

18 Quanto ti senti capace di...? (segna una sola casella per ogni riga)

	PER NULLA	POCO	ABBASTANZA	MOLTO
A) capire i sentimenti che gli altri provano per te	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) riconoscere se una persona è arrabbiata con te	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) capire se una persona è triste e infelice	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
D) capire quando un amico ha bisogno del tuo aiuto senza che te lo chieda esplicitamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
E) capire che una persona prova simpatia per te	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
F) metterti nei panni di un amico che è in difficoltà	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
G) capire l'umore dei tuoi amici	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
H) capire l'effetto delle tue azioni sui sentimenti degli altri	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



19 Quante volte hai bevuto bevande alcoliche (vino, birra, superalcolici, ecc.)? (segna una sola casella per ogni riga)

	0	1-2 VOLTE	3-4 VOLTE	6-9 VOLTE	10-19 VOLTE	20 O PIÙ VOLTE
A) Nella tua vita	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
B) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
C) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

20 Quante volte ti sei ubriacato/a? (segna una sola casella per ogni riga)

	0	1-2 VOLTE	3-4 VOLTE	6-9 VOLTE	10-19 VOLTE	20 O PIÙ VOLTE
A) Nella tua vita	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
B) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
C) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

21 Immagina di essere a una festa a casa di un amico/a. I suoi genitori non sono a casa. Dopo un po', qualcuno apre l'armadio dove ci sono i superalcolici e te ne offre un bicchiere. Che cosa fai?

- ₁ Bevo ₂ Rifiuto di bere ₃ Cerco una scusa per non accettare

22 Nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni), **quante volte a settimana...**? (segna una sola casella per ogni riga)

	0	1-3 VOLTE	4-5 VOLTE	TUTTI I GIORNI
A) hai fatto attività fisica per almeno un'ora	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) hai fatto attività fisica in modo così intenso da rimanere senza fiato o sudare	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) sei andato a scuola in bicicletta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
D) sei andato a scuola a piedi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

23 Nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni), **quante ore al giorno** hai dedicato a...? (segna una sola casella per ogni riga)

	0	1-2 ORE	3-4 ORE	PIÙ DI 4 ORE
A) guardare la TV	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) giocare con i videogiochi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) stare al computer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
D) fare sport	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
E) leggere	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
F) incontrare amici e familiari	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

24 Pensi che stare troppo a lungo seduto/a possa avere delle conseguenze negative sulla salute dei ragazzi e delle ragazze della tua età?

- ₁ No
₂ Sì, moderate
₃ Sì, serie
₄ Sì, molto serie



25 Pensi che la mancanza di sport possa avere delle conseguenze negative sulla salute dei ragazzi e delle ragazze della tua età?

- ₁ No
₂ Sì, moderate
₃ Sì, serie
₄ Sì, molto serie



26 Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni? (segna una sola casella per ogni riga)

	PER NULLA	POCO	ABBASTANZA	MOLTO
A) I ragazzi e le ragazze della mia età sono troppo giovani perché la cattiva alimentazione possa fare danni	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) Non c'è bisogno di fare movimento perché i ragazzi e le ragazze della mia età consumano comunque molte energie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) Le persone che non svolgono attività fisica sono più riposate	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
D) Le merendine di marche conosciute sono meno nocive di quelle di sottomarca	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
E) Essere sani è una questione di fortuna	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

27 Nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni), quante sigarette hai fumato?

	0	1 ALLA SETTIMANA	1 AL GIORNO	2-4 AL GIORNO	5 O PIÙ AL GIORNO
Numero di sigarette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

28 Se fumassi nel prossimo mese, quanto è probabile che ti capitino queste cose? (segna una sola casella per ogni riga)

	MOLTO IMPROBABILE	ABBASTANZA IMPROBABILE	ABBASTANZA PROBABILE	MOLTO PROBABILE
A) Avere problemi con i miei genitori	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) Avere problemi con i miei amici	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) Diventare dipendente dalle sigarette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
D) Avere problemi di soldi	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
E) Sentirmi più rilassato/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
F) Divertirmi di più	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
G) Essere più popolare tra i miei amici/le mie amiche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

29 Se un amico/a ti offrisse una sigaretta, che cosa faresti?

- ₁ La fumerei
₂ La rifiuterei
₃ Cercherei una scusa per non accettare



30 Quanto è probabile che entro un anno da oggi farai una delle seguenti cose?
 (segna una sola casella per ogni riga)

	MOLTO IMPROBABILE	ABBASTANZA IMPROBABILE	ABBASTANZA PROBABILE	MOLTO PROBABILE
A) Fumare sigarette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) Bere bevande alcoliche (vino, birra, superalcolici, ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) Ubriacarti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

31 Quanti dei tuoi amici/delle tue amiche...? (segna una sola casella per ogni riga)

	NESSUNO	ALCUNI	LA MAGGIOR PARTE	TUTTI	NON SO
A) fumano sigarette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B) bevono bevande alcoliche (vino, birra, superalcolici, ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
C) si ubriacano	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

32 Qualcuno dei tuoi fratelli/delle tue sorelle maggiori...? (segna una sola casella per ogni riga)

	NO	SÌ	NON SO	NON HO FRATELLI O SORELLE MAGGIORI
A) fuma sigarette	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) beve bevande alcoliche (vino, birra, superalcolici, ecc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) si ubriaca	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

33 Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni? (segna una sola casella per ogni riga)

	PER NULLA	POCO	ABBASTANZA	MOLTO
A) I miei compagni mi accettano per quello che sono	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) Mi trovo bene con i miei compagni di classe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) Sono soddisfatto dei miei insegnanti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄



34 Nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni), quanto spesso...?
(segna una sola casella per ogni riga)

	MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
A) hai fatto la lotta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B) hai tirato calci e pugni	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
C) hai fatto i dispetti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
D) hai fatto del male ai tuoi compagni/alle tue compagne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
E) hai minacciato qualcuno	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
F) hai litigato con i tuoi compagni/con le tue compagne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
G) hai detto delle bugie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
H) hai parlato male dei tuoi compagni/delle tue compagne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
I) hai insultato i tuoi compagni/le tue compagne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
J) hai dato spintoni e fatto sgambetti	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
K) hai preso in giro i tuoi compagni/le tue compagne	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
L) hai detto parolacce	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Grazie per la tua collaborazione!