

I.P.S.A.D. 2007-2008 www.epid.ifc.cnr.it

A1. Sesso 1 Maschio 2 Femmina **A2. Età** Anni compiuti

A3. Qual è il tuo stato civile? Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a
 1 2 3 4 5

A4. Con chi hai abitato prevalentemente negli ultimi 12 mesi?

Da solo Solo con dei figli Con coniuge/convivente Con coniuge + figli Con genitore/i e/o parenti Con genitori/parenti + figli Con amici/conoscenti Struttura pubblica/privata
 1 2 3 4 5 6 7 8

A5. Quale titolo di studio hai conseguito?

Elementari Medie inferiori Qualifica superiore (3 anni) Diploma/maturità Laurea breve (3 anni) Laurea
 1 2 3 4 5 6

A6. Qual è attualmente la tua occupazione? (Indica la condizione prevalente)

Operaio Impiegato Insegnante Commerciante Artigiano Agricoltore Imprenditore Dirigente
 1 2 3 4 5 6 7 8

Libero profess. Militare di carriera Volontario militare/ servizio civile Casalinga Studente Non occupato/disoccupato Pensionato/inabile al lavoro Altra occupazione
 9 10 11 12 13 14 15 16

A7. Secondo quale forma contrattuale?

Dipendente a tempo indeterminato Dipendente a tempo determinato Lavoratore atipico (es. co.co.pro) Lavoratore autonomo/libero professionista
 1 2 3 4

SEZIONE B: ALCOL – Le seguenti domande si riferiscono all'uso di bevande alcoliche.

B1. Hai mai bevuto bevande alcoliche almeno una volta in vita tua? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE C: TABACCO

B2. Quanti anni avevi quando hai bevuto bevande alcoliche per la prima volta? Anni

B3. In quante occasioni hai bevuto bevande alcoliche (se lo hai fatto)?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

B4. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di bevande alcoliche?

Importo in euro 0 1-49 50-99 100-199 200 o +
 1 2 3 4 5

B5. Nelle singole occasioni in cui hai dichiarato di bere, in media, quanti drink assumi?

(Per "drink" si intende un bicchiere di vino (circa 15 cl), una bottiglia/lattina di birra (33 cl), un bicchierino di liquore (5 cl) o un cocktail).

1 drink	2-3 drink	4-5 drink	6-7 drink	8 o più drink
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

B6. Hai mai pensato di smettere di bere alcolici?

1 No 2 Sì

B7. Sei mai stato criticato per il tuo bere?

1 No 2 Sì

B8. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo bere?

1 No 2 Sì

B9. Hai mai bevuto alcolici al mattino, per calmare i nervi?

1 No 2 Sì

B10. Quante volte (se lo hai fatto) ti sei ubriacato?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
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

B11. Generalmente, quanti drink ti sono necessari per ubriacarti?

Non mi sono mai ubriacato	1-2 drink	3-4 drink	5-6 drink	7-8 drink	9-10 drink	11-12 drink	13 drink o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8

B12. Quante volte ti è capitato di bere 6 o più drink in ogni singola occasione?

	Mai	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	1 volta a settimana	+ volte a settimana	Quasi ogni giorno
a) Negli ultimi 12 mesi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 30 giorni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

B13. Nelle occasioni in cui ti è capitato di ubriacarti, di solito, in che situazione ti trovi? (Indica la situazione più frequente)

Non mi è mai capitato di ubriacarmi	Da solo in casa	Da solo in luogo pubblico (bar, pub, discoteca)	Con amici in casa	Con amici in luogo pubblico (bar, pub, discoteca)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

B14. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di alcol?

1 No

2 Sì → **B14a. A quale età?** Anni

SEZIONE C: TABACCO – Le domande si riferiscono al consumo di tabacco (sigarette, sigari, pipa)

C1. Hai mai fumato tabacco almeno una volta in vita tua?

1 No 2 Sì

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE D: FARMACI

C2. Quanti anni avevi quando hai fumato tabacco per la prima volta?

Anni

C3. Con quale frequenza hai fumato tabacco, se ti è capitato di farlo?

	Mai	Meno di 1 sigaretta a settimana	Meno di 1 sigaretta al giorno	1-5 sigarette al giorno	6-10 sigarette al giorno	11-20 sigarette al giorno	Più di 20 sigarette al giorno
a) 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"/>
b) 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

C4. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di tabacco?

	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
Importo in euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

SEZIONE D: FARMACI SINTOMATICI PRESCRITTI e/o NON PRESCRITTI

D1: FARMACI PER IL DOLORE - In questa categoria rientrano gli antidolorifici e gli antinfiammatori (es. nimesulide, ibuprofene, acido acetilsalicilico)

D1.1. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, farmaci per il dolore? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO passa alla D2: FARMACI PER L'IMPOTENZA / DIFFICOLTA' SESSUALE

D1.2. Quanti anni avevi quando hai preso per la prima volta farmaci per il dolore? Anni

D1.3. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso farmaci per il dolore?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

D1.4. Di solito, come ti procuri i farmaci per il dolore? (Segna tutte le caselle appropriate)

Dietro prescrizione medica	Li prendo da un conoscente	In farmacia senza prescrizione	Li ordino in una farmacia online	In altro modo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D1.5. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di farmaci per il dolore?

	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
Importo in euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

D2: FARMACI PER L'IMPOTENZA / DIFFICOLTA' SESSUALI

D2.1. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, farmaci per l'impotenza o per difficoltà sessuali? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO passa direttamente alla D3: PSICOFARMACI

D2.2. Quanti anni avevi quando hai preso per la prima volta farmaci per l'impotenza / difficoltà sessuali? Anni

D2.3. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso farmaci per l'impotenza?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

D2.4. Quanto sarebbe possibile per te procurarti farmaci per l'impotenza, in 24 ore?

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

D2.5. Di solito, come ti procuri i farmaci per l'impotenza/difficoltà sessuali?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Dietro prescrizione medica	Li prendo da un conoscente	In farmacia senza prescrizione	Li ordino in una farmacia online	In altro modo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2.6. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di farmaci per l'impotenza/difficoltà sessuali?

	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
Importo in euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

D3: PSICOFARMACI - In questa categoria rientrano i sonniferi (ad esclusione dei prodotti naturali come melatonina e valeriana), i tranquillanti/ansiolitici e gli antidepressivi.

D3.1. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, psicofarmaci (sonniferi, tranquillanti/ansiolitici, antidepressivi)? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO passa direttamente alla D4: FARMACI DOPANTI

D3.2. Quanti anni avevi quando hai preso per la prima volta psicofarmaci? Anni

D3.3. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso sonniferi?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

D3.4. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso tranquillanti/ansiolitici?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

D3.5. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso antidepressivi?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

D3.6. Quanto sarebbe possibile per te procurarti psicofarmaci, in 24 ore?

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

D3.7. Di solito, come ti procuri gli psicofarmaci? (Segna tutte le caselle appropriate)

Dietro prescrizione medica	Li prendo da un conoscente	In farmacia senza prescrizione	Li ordino in una farmacia online	In altro modo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3.8. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di psicofarmaci?

	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
Importo in euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

D4: FARMACI DOPANTI

D4.1. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, testosterone, ormone della crescita)? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E: HASHISH E/O MARIJUANA

D4.2. Quanti anni avevi quando hai preso per la prima volta farmaci dopanti?

--	--

Anni

D4.3. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso steroidi anabolizzanti o testosterone?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

D4.4. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso l'ormone della crescita?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

D4.5. Quanto sarebbe possibile per te procurarti farmaci dopanti, in 24 ore?

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

D4.6. Di solito, come ti procuri farmaci dopanti? (Segna tutte le caselle appropriate)

Dietro prescrizione medica	Li prendo da un conoscente	In farmacia senza prescrizione	Li ordino in una farmacia online	In altro modo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4.7. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di farmaci dopanti?

Importo in euro	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

SEZIONE E: – Le seguenti domande si riferiscono all'uso di HASHISH E/O MARIJUANA

E1. Conosci persone che fanno uso di hashish e/o marijuana? 1 No 2 Si

E2. Hai mai avuto la possibilità di provare hashish e/o marijuana ma non lo hai fatto?

1 No

2 Si → **E2a. Quante volte questo è accaduto negli ultimi 12 mesi?**

Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<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

E3. Quanto sarebbe possibile per te procurarti hashish e/o marijuana, in 24 ore?

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

E4. Hai mai usato hashish e/o marijuana almeno una volta in vita tua? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE F: COCAINA

E5. Quanti anni avevi quando hai provato hashish e/o marijuana per la prima volta?

--	--

Anni

E6. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato hashish e/o marijuana?

		Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>	<input type="checkbox"/>
b) 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"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

E7. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di hashish e/o marijuana?

	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
Importo in euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

E8. Ti è mai successo di...? (Segna una casella per ogni riga)

		Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Fumare hashish e/o marijuana prima di mezzogiorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumare hashish e/o marijuana quando eri solo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avere problemi di memoria fumando hashish e/o marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) I tuoi familiari ti hanno detto che dovevi ridurre/cessarne l'uso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) I tuoi amici ti hanno detto che dovevi ridurre/cessarne l'uso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare a ridurne o cessarne l'uso senza riuscirci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Avere problemi (discussioni, risse) a causa dell'uso di hashish e/o marijuana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

E9. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare marijuana e/o hashish, se lo volessi? (Segna tutte le caselle appropriate)

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E10. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di marijuana e/o hashish?

1 No

2 Si → **E10a. A quale età?** Anni

SEZIONE F: – Le seguenti domande si riferiscono all'uso di COCAINA e/o all'uso di altri prodotti della cocaina, come ad esempio il CRACK

F1. Conosci persone che fanno uso di cocaina?

1 No 2 Si

F2. Hai mai avuto la possibilità di provare cocaina ma non lo hai fatto?

1 No

2 Si → **F2a. Quante volte questo è accaduto negli ultimi 12 mesi?**

Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<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

F3. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cocaina, nel giro di 24 ore?

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

F4. Hai mai usato cocaina almeno una volta in vita tua? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO passa alla SEZIONE G: SOSTANZE STIMOLANTI SINTETICHE

F5. Quanti anni avevi quando hai provato cocaina per la prima volta? Anni

F6. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato cocaina?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

F7. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare cocaina, se lo volessi?

(Segna tutte le caselle appropriate)

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F8. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di cocaina?

Importo in euro	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

F9. Negli ultimi 12 mesi, quali sono le modalità che hai utilizzato per assumere cocaina?

	Si	No
a) Inalata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Per via endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumata tramite sigaretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumata tramite cottura e preparazione con ammoniacca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

F10. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di cocaina?

1 No
2 Si → F10a. A quale età? Anni

SEZIONE G: – Le seguenti domande si riferiscono all'uso di SOSTANZE STIMOLANTI SINTETICHE

G1. Conosci persone che fanno uso di sostanze stimolanti sintetiche

(amfetamine, ecstasy, MDMA)?

1 No 2 Si

G2. Hai mai avuto la possibilità di provare stimolanti sintetici ma non lo hai fatto?

1 No

2 Si → G2a. Quante volte questo è accaduto negli ultimi 12 mesi?

Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<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

G3. Quanto sarebbe possibile per te procurarti stimolanti sintetici, nel giro di 24 ore?

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

G4. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, amfetamine?

1 No 2 Si

G5. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, ecstasy e/o MDMA? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO a tutti gli stimolanti, passa a SEZIONE H: EROINA ED ALTRI OPPIACEI

G6. Quanti anni avevi quando hai provato stimolanti sintetici per la prima volta? Anni

G7. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato amfetamine?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

G8. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato ecstasy e/o MDMA?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

G9. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare stimolanti sintetici, se lo volessi? (Segna tutte le caselle appropriate)

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G10. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di stimolanti sintetici?

Importo in euro	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

G11. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di stimolanti sintetici?

1 No
2 Si → G11a. A quale età? Anni

SEZIONE H: – Le seguenti domande si riferiscono all'uso di EROINA ED ALTRI OPPIACEI

H1. Conosci persone che fanno uso di eroina e/o altri oppiacei? 1 No 2 Si

H2. Hai mai avuto la possibilità di provare eroina e/o altri oppiacei ma non lo hai fatto?

1 No
2 Si → H2a. Quante volte questo è accaduto negli ultimi 12 mesi?

Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<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

H3. Quanto sarebbe possibile per te procurarti eroina, nel giro di 24 ore?

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

H4. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, eroina? 1 No 2 Si

H5. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, altri oppiacei? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO ad entrambe, passa direttamente alla SEZIONE L: ALTRE SOSTANZE

H6. Quanti anni avevi quando hai provato eroina per la prima volta?

--	--

 Anni

H7. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato eroina?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

H8. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato altri oppiacei?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

H9. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare eroina, se lo volessi?

(Segna tutte le caselle appropriate)

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H10. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di eroina?

Importo in euro	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

H11. Negli ultimi 12 mesi, quali sono le modalità che hai utilizzato per assumere eroina?

	Si	No
a) Inalata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Per via endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumata tramite sigaretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

H12. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di eroina?

1 No

2 Si → H12a. A quale età?

--	--

 Anni

SEZIONE L: – Le seguenti domande si riferiscono all'uso di ALTRE SOSTANZE

L1. Conosci persone che fanno uso di LSD, altri allucinogeni (ketamina, funghi allucinogeni) o sostanze solventi/inalanti (colle, gas, popper)? 1 No 2 Si

L2. Hai mai avuto la possibilità di provare LSD, altri allucinogeni o sostanze solventi/inalanti ma non lo hai fatto?

1 No

2 Si → L2a. Quante volte questo è accaduto negli ultimi 12 mesi?

Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<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

L3. Quanto sarebbe possibile per te procurarti LSD, altri allucinogeni o sostanze solventi/inalanti, nel giro di 24 ore?

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

L4. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, LSD? 1 No 2 Si

L5. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, altri allucinogeni (ketamina, funghi allucinogeni)? 1 No 2 Si

L6. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, sostanze solventi o inalanti (colle, gas, popper)? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO a tutte le sostanze, passa alla SEZIONE M: ABITUDINI AL GIOCO

L7. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato LSD?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

L8. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato altri allucinogeni (funghi allucinogeni, ketamina)?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

L9. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato sostanze solventi/inalanti?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
a) 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"/>
b) 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

L10. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare le sostanze sopra menzionate, se lo volessi? (Segna tutte le caselle appropriate)

In strada, nei parchi, nelle piazze	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L11. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di LSD, altri allucinogeni o sostanze solventi/inalanti?

Importo in euro	0	1-49	50-99	100-199	200 o +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

L12. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di altri allucinogeni o sostanze solventi/inalanti?

1 No

2 Si → L12a. A quale età? Anni

SEZIONE M: – Le seguenti domande si riferiscono alle ABITUDINI AL GIOCO

M1. Hai mai giocato somme di denaro? 1 No 2 Si

Se hai risposto NO, passa direttamente alla SEZIONE N: COMPORTAMENTI A RISCHIO

M2. Hai mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?

1 No 2 Si

M3. Ti sei sentito di dover tenere nascosta l'entità del tuo giocare a quelli che ti stanno più vicino?

1 No 2 Si

M4. Segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito.

	Mai	A volte	Spesso	Quasi sempre
a. Ripensando agli ultimi 12 mesi, hai giocato più denaro di quanto tu potessi effettivamente permetterti di perdere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Riflettendo ancora sugli ultimi 12 mesi, hai sentito il bisogno di giocare quantitativi sempre più grandi di denaro per sentire la stessa sensazione di eccitamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Quando hai giocato, sei tornato di nuovo un altro giorno per rifarti del denaro perso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hai mai preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare denaro destinato al gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hai mai avuto la sensazione che potresti avere un problema con il gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Il gioco ti ha causato problemi di salute di qualsiasi tipo, incluso lo stress e l'ansia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o che ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensassi che ciò fosse vero o meno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Il fatto che tu giocassi ha mai causato problemi finanziari a te o alla tua famiglia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo modo di giocare o delle conseguenze del tuo gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

SEZIONE N: OPINIONI E COMPORTAMENTI A RISCHIO – *Le persone differiscono nel disapprovare o meno certi comportamenti o nel valutarli più o meno pericolosi*

N1. Nel corso degli ultimi 12 mesi ti è mai capitato di...? (Segna una casella per ogni riga)

	Mai	1-2 volte	3-9 volte	Più di 10 volte
a) Guidare dopo aver bevuto un po' troppo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Salire su un'auto e/o moto guidata da chi aveva bevuto troppo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Guidare dopo aver fatto uso di droga.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Salire su un'auto e/o moto guidata da chi aveva fatto uso di droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

N2. Quali sono le tue opinioni sui seguenti comportamenti?

	Non lo so	Disapprovo decisamente	Disapprovo	Non disapprovo
a) Bere uno o due bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori) al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ubbriacarsi una volta a settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumare 10 o più sigarette al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumare marijuana e/o hashish occasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Provare ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Provare cocaina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Provare allucinogeni o stimolanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Usare psicofarmaci (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Usare anabolizzanti/ormone della crescita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Fare giochi in cui si vincono soldi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

N3. Quanto pensi che rischino di danneggiarsi (fisicamente o in altro modo), le persone che fanno le seguenti cose?

(Segna una casella per ogni riga)

	Non so	Rischio elevato	Rischio moderato	Rischio minimo	Nessun rischio
a) Bere uno o due bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori) al giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ubriacarsi una volta a settimana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumare 10 o più sigarette al giorno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumare marijuana e/o hashish occasionalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Provare ecstasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Provare eroina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Provare cocaina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Provare allucinogeni o stimolanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Usare psicofarmaci (senza prescrizione medica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Usare anabolizzanti/ormone della crescita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Fare giochi in cui si vincono soldi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

N4. Nel corso degli ultimi 12 mesi ti sei mai trovato in alcune delle seguenti situazioni?

	Mai	Si, dopo aver bevuto	Si, dopo aver usato droghe	Si, ma senza aver bevuto/ usato droghe
a) Litigi o discussioni violente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zuffe o risse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Incidenti o ferimenti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Perdita di soldi o di oggetti di valore.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Seri problemi nei rapporti con parenti/amici/colleghi/insegnanti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Essere stato vittima di rapine o furti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Essere curato da un servizio per le tossicodipendenze SERT.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Esperienze sessuali di cui ti sei pentito il giorno dopo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Fare incidenti mentre eri alla guida di uno scooter, auto, ecc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE!