



IPSAD® 2010

Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs

PRIMA DI INIZIARE, PER CORTESIA LEGGI QUESTO TESTO

Questo questionario è lo strumento di uno studio nazionale sui cittadini residenti in Italia condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Sei stato selezionato casualmente per prendere parte a questo studio dalle liste anagrafiche della tua città.

La compilazione del questionario ti richiederà una ventina di minuti e le informazioni che vorrai darci saranno utilizzate esclusivamente al fine di comprendere le conseguenze sulla salute di alcune abitudini di vita come l'alimentazione, l'uso di farmaci, il consumo di alcolici e di tabacco e l'uso di droghe.

Il tuo nome è stato estratto in modo casuale, secondo una procedura che garantisce la correttezza tecnica e solo ai fini di questo studio, dalle liste anagrafiche del tuo Comune.

Ci sembra importante dirti che le informazioni che ci fornirai saranno protette ai sensi di legge e che da esse non si potrà, in alcun modo, risalire alla tua persona.

Come potrai vedere dal questionario, non devi riportare alcuna informazione che riguardi la tua identità. Sarà sufficiente compilare le parti richieste, barrando o cerchiando per ciascuna domanda l'opzione che corrisponde alla risposta scelta, mettere il questionario nell'apposita busta e introdurla in una cassetta delle poste italiane.

Questo studio denominato IPSAD® è in corso ormai da 9 anni e viene svolto seguendo le indicazioni dell'Unione Europea in tutti i paesi d'Europa.

Grazie per la collaborazione!

Cordiali saluti,

dott.ssa Sabrina Molinaro

Responsabile dello studio IPSAD®

SEZIONE DATI SOCIO-ANAGRAFICI

A1. Sesso

Maschio Femmina
 1 2

A2. Età

--	--

Anni compiuti

A3. Quali sono le origini della tua famiglia?

(Segna una sola opzione, se essa rappresenta sia tua madre che tuo padre; segna più opzioni per rappresentare separatamente tua madre e tuo padre).

	Nord	Sud	Centro	Est	Ovest
a) Europa	<input type="radio"/>				
b) Africa	<input type="radio"/>				
c) Asia	<input type="radio"/>				
d) America	<input type="radio"/>				
e) Isole del Pacifico	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5

A4. Qual è il tuo stato civile?

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a
 1 2 3 4 5

A5. Hai fratelli e/o sorelle? (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

No Sì Sì, ho un gemello/a
 0 0 0

A6. Hai figli e/o figlie?

1 No
2 Sì → **A6a. vivono con te?**

No Sì
 1 2

A7. Con chi hai abitato prevalentemente negli ultimi 12 mesi?

Da solo Con coniuge/convivente Con genitori e/o parenti Con amici/conoscenti Struttura pubblica/privata
 1 2 3 4 5

A8. Quale titolo di studio hai conseguito?

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

A9. Attualmente sei... (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Occupato In cerca di nuova occupazione In cerca di prima occupazione Casalingo/a Studente Inabile al lavoro Ritirato dal lavoro
 0 0 0 0 0 0 0

Se hai risposto **Occupato**, rispondi anche alle domande che seguono (A10 - A11 - A12):

A10. La tua posizione professionale è di lavoratore dipendente?

1 No

2 Sì → **A10a. Forma contrattuale**

Tempo indeterminato	Tempo determinato
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2

A10b. Qualifica

Dirigente	Direttivo/ Quadro	Impiegato	Operaio	Apprendista	Lavoratore a domicilio
<input type="radio"/>					
1	2	3	4	5	6

A11. La tua posizione professionale è di lavoratore autonomo?

1 No

2 Sì → **A11a. Qualifica**

Imprenditore	Libero professionista	Lavoratore in proprio	Socio di cooperativa	Lavoratore atipico (co.co.pro.)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5

A12. In che ambito lavori?

Agricoltura, caccia-pesca	Industria manifatturiera, energia	Costruzioni	Commercio, ristorazione	Trasporti, comunicazioni
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5
Intermediazione, noleggio	Pubblica amm., difesa	Istruzione, sanità, servizi sociali	Altri servizi	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	7	8	9	

A13. Lo scorso anno, il tuo reddito personale (lordo) è stato di...

0 euro	Meno di 15.000 euro	15 – 28.000 euro	29 – 55.000 euro	56 – 75.000 euro	Più di 75.000 euro
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6

A14. Lo scorso anno, il reddito (lordo) della tua famiglia è stato di...

0 euro	Meno di 15.000 euro	15 – 28.000 euro	29 – 55.000 euro	56 – 75.000 euro	Più di 75.000 euro
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6

SEZIONE STILE DI VITA

B1. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Quante volte, in media, ti è capitato di consumare i pasti nei seguenti luoghi? (Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	2 volte al mese o meno	1-2 volte alla settimana	1 volta al giorno	Più di 1 volta al giorno
a) Ristorante/mensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Fast-food	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Bar, pizzeria al taglio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5

B2. Quante volte alla settimana (considerando 2 pasti al giorno), consumi i seguenti alimenti?

	Mai	1-2 volte	3-6 volte	7-10 volte	11-13 volte	14 volte
a) Pane, pasta, riso	<input type="radio"/>					
b) Patate	<input type="radio"/>					
c) Frutta	<input type="radio"/>					
d) Verdura	<input type="radio"/>					
e) Legumi	<input type="radio"/>					
f) Pesce	<input type="radio"/>					
g) Carne rossa, insaccati	<input type="radio"/>					
h) Carne bianca	<input type="radio"/>					
i) Formaggi, latticini	<input type="radio"/>					
	1	2	3	4	5	6

B3. Quante volte (considerando 2 pasti al giorno), utilizzi...

	Mai	2 volte al mese o meno	1-3 volte a settimana	3-5 volte a settimana	Tutti i giorni
a) Olio di oliva per cucinare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Olio di oliva per condire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Burro per condire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Margarina e/o altri grassi vegetali per condire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5

SEZIONE ESERCIZIO FISICO

C1. Nella tua vita, hai mai fatto esercizio fisico (sport, camminate, ginnastica a scuola)?

1 Sì

2 No



vai alla sezione successiva

C2. Ripensa all'ultimo anno. Con quale frequenza hai fatto attività fisica durante la settimana?

Mai

1-2 volte

3-4 volte

5-7 volte

1

2

3

4

C3. Qual è la durata media del tuo esercizio fisico?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| Meno di
30 minuti | 30 minuti
o più |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1 | 2 |

C4. Come definiresti lo sforzo che richiede la tua attività fisica?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Lieve | Moderato | Intenso |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1 | 2 | 3 |

C5. Dove svolgi di solito la tua attività fisica? (Segna tutte le opzioni appropriate)

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| In luoghi
all'aperto | Al
chiuso |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C6. A quale livello pratichi il tuo esercizio fisico?

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Amatoriale | Professionistico/
agonistico |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1 | 2 |



SEZIONE STRESS

D1. Segna la risposta che meglio descrive come ti senti al momento della compilazione.

	Per nulla	Lievemente	Abbastanza	Molto
a) Mi sento irrequieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Mi sento scoraggiato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Mi sento irritabile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Sono un po' giù di morale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Sono preoccupato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Mi sento infastidito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Mi sento di buonumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Sono arrabbiato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Ho proprio bisogno di riposarmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4

D2. Segna la risposta che meglio ti descrive negli ultimi 6 mesi della tua vita.

	Per nulla	Lievemente	Abbastanza	Molto
a) Avverto dei malesseri fisici (mal di testa, dolori muscolari, senso di oppressione al torace, palpitazioni) che penso siano dovuti alla tensione nervosa	0	0	0	0
b) Passo bene il mio tempo libero	0	0	0	0
c) Mangio male o in modo disordinato	0	0	0	0
d) Ho persone con cui parlare che capiscono le mie difficoltà	0	0	0	0
e) Faccio fatica a ricordarmi le cose	0	0	0	0
f) Vivo un po' isolato dagli altri	0	0	0	0
	1	2	3	4

D3. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Quante volte ti sei sentito stressato?

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
a) Per problemi a casa	0	0	0	0
b) Per problemi al lavoro	0	0	0	0
c) Per problemi economico-finanziari	0	0	0	0
	1	2	3	4

D4. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Come definiresti l'intensità dello stress che hai eventualmente provato?

Nessuno stress	Lieve	Moderato	Intenso
0	0	0	0
1	2	3	4

D5. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Ti sei mai sentito triste o demoralizzato per almeno due settimane consecutive?

- 1 No
2 Sì

→ **D5.a. Ti è successo di...**

	No	Sì
a) Perdere interesse per le attività quotidiane	0	0
b) Sentirti stanco e senza forze	0	0
c) Aumentare o perdere molto peso	0	0
d) Avere difficoltà nell'addormentarti o nel dormire	0	0
e) Avere difficoltà nel concentrarti	0	0
f) Fare pensieri di morte	0	0
g) Sentirti senza speranze	0	0
	1	2

D6. Nel corso della tua vita, ti è capitato di vivere alcune delle seguenti esperienze?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)

Separazione/ divorzio	Perdita del lavoro/ licenziamento	Fallimento finanziario	Violenza alla persona
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conflitti familiari importanti	Grave incidente e/o malattia personale	Malattia grave e/o decesso di un familiare	Decesso del coniuge/ convivente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEZIONE ABITUDINI ALIMENTARI**E1. Segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito.**

	Sempre	Molto spesso	Spesso	Qualche volta	Di rado	Mai
a) Ho una terribile paura di ingrassare	<input type="radio"/>					
b) Quando ho fame evito di mangiare	<input type="radio"/>					
c) Penso al cibo con preoccupazione	<input type="radio"/>					
d) Mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere	<input type="radio"/>					
e) Ho l'abitudine di sminuzzare il cibo	<input type="radio"/>					
f) Faccio molta attenzione al potere calorico dei cibi che mangio	<input type="radio"/>					
g) Evito in particolare i cibi con elevato contenuto di carboidrati (pasta, pane, dolci)	<input type="radio"/>					
h) Sento che gli altri vorrebbero che io mangiassi di più	<input type="radio"/>					
i) Mi capita di vomitare dopo aver mangiato	<input type="radio"/>					
j) Mi sento molto in colpa dopo aver mangiato	<input type="radio"/>					
k) Mi tormenta il desiderio di essere più sottile	<input type="radio"/>					
l) Mentre faccio sport penso alle calorie che sto bruciando	<input type="radio"/>					
m) Gli altri pensano che sono troppo magro/a	<input type="radio"/>					
n) Mi preoccupa l'idea di avere del grasso sul corpo	<input type="radio"/>					
o) Impiego più tempo degli altri per mangiare	<input type="radio"/>					
	1	2	3	4	5	6

E2. Segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito.

	Sempre	Molto spesso	Spesso	Qualche volta	Di rado	Mai
p) Evito cibi dolci	0	0	0	0	0	0
q) Mangio cibi dietetici	0	0	0	0	0	0
r) Sento che il cibo domina la mia vita	0	0	0	0	0	0
s) Mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame	0	0	0	0	0	0
t) Sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi	0	0	0	0	0	0
u) Dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri	0	0	0	0	0	0
v) Mi dispero se mangio dei dolci	0	0	0	0	0	0
w) Mi impegno in programmi di dieta	0	0	0	0	0	0
x) Mi piace che il mio stomaco sia vuoto	0	0	0	0	0	0
y) Mi piace provare nuovi cibi elaborati	0	0	0	0	0	0
z) Ho l'impulso di vomitare dopo mangiato	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6

E3. Indica la tua altezza ed il tuo peso

--	--	--

Altezza cm.

--	--	--

Peso kg.

E4. Rispetto ai tuoi fianchi, il tuo punto vita è...

Più stretto

0

1

Uguale

0

2

Più largo

0

3

SEZIONE SALUTE GENERALE

F1. Il medico ti ha mai detto che soffri di una o più delle seguenti malattie?

	No	Ne ho sofferto in passato	Ne soffro adesso
a) Diabete	0	0	0
b) Pressione alta	0	0	0
c) Infarto del miocardio, angina o altre malattie cardiovascolari	0	0	0
d) Ictus o altre malattie cerebrovascolari	0	0	0
e) Altre malattie del cuore (aritmia, malattia delle valvole, malattie congenite, ecc.)	0	0	0
f) Colesterolo alto	0	0	0
g) Disturbi della tiroide	0	0	0
h) Tumore (incluso linfoma o leucemia)	0	0	0
i) Disturbi nervosi (ansia, depressione, ecc.)	0	0	0
	1	2	3

F2. A qualcuno della tua famiglia è stata mai diagnosticata una o più delle seguenti malattie?

	Entrambi i genitori	Madre	Padre	Nessuno dei due
a) Diabete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Pressione alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Infarto del miocardio, angina o altre malattie cardiovascolari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Ictus o altre malattie cerebrovascolari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Altre malattie del cuore (aritmia, malattia delle valvole, malattie congenite, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Colesterolo alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Disturbi della tiroide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Tumore (incluso linfoma o leucemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Disturbi nervosi (ansia, depressione, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4

F3. Ti hanno mai detto che...? (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Sei nato prematuro	Sei nato sottopeso (2,4 kg. o meno)	Sei nato sovrappeso (più di 4 kg.)	Sei nato normopeso e a termine
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SEZIONE DONNA

Se sei uomo, vai alla sezione successiva

G1. A quale età hai avuto la prima mestruazione?

Meno di 11 anni	11-14 anni	15 anni o più
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3

G2. Sei in menopausa?

- 1 No
2 Sì

→ **G2a. A quale età è comparsa la menopausa?**

Meno di 45 anni	45-54 anni	55 anni o più
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3

G3. Quanti figli hai?

Numero figli

Se non hai figli, puoi segnare 0 e...



vai alla sezione successiva

G4. Eri in sovrappeso prima della/e gravidanza/e?

No	Lo sono stata prima di una gravidanza	Lo sono stata prima di tutte le gravidanze
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3

G5. Eri sottopeso prima della/e gravidanza/e?

No	Lo sono stata prima di una gravidanza	Lo sono stata prima di tutte le gravidanze
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3

G6. Hai avuto qualcuna delle seguenti esperienze durante la/le tua/e gravidanza/e?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	No	Sì, in una delle gravidanze	Sì, in tutte le gravidanze
a) Eccessivo aumento di peso in gravidanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Sottopeso in gravidanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Diabete in gravidanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Gestosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Aborto spontaneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Aborto terapeutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Taglio cesareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Parto prematuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Parto gemellare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Figlio/figlia sottopeso (2,4 kg. o meno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Figlio/figlia sovrappeso (più di 4 kg.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3

**SEZIONE FARMACI****H0. Hai mai preso dei farmaci per la cura di una o più delle seguenti malattie?**

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una, per ogni riga).

	No	Li ho presi in passato	Li prendo adesso
a) Diabete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Pressione alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Colesterolo alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Disturbi della tiroide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Terapia sostitutiva per la menopausa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3

SEZIONE FARMACI PER LA CURA DEL DOLORE E PER L'IMPOTENZA

H1.1. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, farmaci per il dolore/antidolorifici?

- 1 No
2 Sì

→ H1.1a. Quante volte questo è accaduto negli ultimi 12 mesi?

Mai	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	3 o più volte a settimana
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4

H1.2. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, farmaci per l'impotenza o per difficoltà sessuali?

- 1 No
2 Sì

→ H1.2a. Quante volte questo è accaduto negli ultimi 12 mesi?

Mai	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	3 o più volte a settimana
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4

H1.3. Di solito, come ti procuri i farmaci per l'impotenza/difficoltà sessuali?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

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

SEZIONE PSICOFARMACI

H2.1. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, psicofarmaci (sonniferi, tranquillanti/ansiolitici, antidepressivi)?

1 Sì 2 No



vai alla sezione successiva

H2.2. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso sonniferi?

	Mai	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5	6

H2.3. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso tranquillanti/ansiolitici?

	Mai	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	0	0	0	0	0	0
b) Negli ultimi 30 giorni	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6

H2.4. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso antidepressivi?

	Mai	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	0	0	0	0	0	0
b) Negli ultimi 30 giorni	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6

H2.5. Quanto sarebbe possibile per te procurarti psicofarmaci senza prescrizione medica, in 24 ore?

Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile
0	0	0	0	0
1	2	3	4	5

H2.6. Di solito, come ti procuri gli psicofarmaci? (Segna tutte le opzioni appropriate)

Dietro prescrizione medica	Li prendo da un conoscente	In farmacia senza prescrizione	Li ordino in una farmacia online	In altro modo
0	0	0	0	0



SEZIONE FARMACI DOPANTI

H3.1. Hai mai preso almeno una volta in vita tua, farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, testosterone, ormone della crescita)?

1 0 Sì

2 0 No



vai alla sezione successiva

H3.2. Quanti anni avevi quando hai preso per la prima volta farmaci dopanti?

--	--

Anni

H3.3. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso steroidi anabolizzanti o testosterone?

	Mai	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	0	0	0	0	0	0
b) Negli ultimi 30 giorni	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6

H3.4. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso l'ormone della crescita?

	Mai	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	0	0	0	0	0	0
b) Negli ultimi 30 giorni	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6

H3.5. Quanto sarebbe possibile per te procurarti farmaci dopanti, in 24 ore?

Impossibile	Molto difficile	Piuttosto difficile	Piuttosto facile	Molto facile
0	0	0	0	0
1	2	3	4	5

H3.6. Di solito, come ti procuri farmaci dopanti? (Segna tutte le opzioni appropriate)

Dietro prescrizione medica	Li prendo da un conoscente	In palestra	In farmacia senza prescrizione	Li ordino in una farmacia online	In altro modo
0	0	0	0	0	0



SEZIONE ALCOL

I1. Hai mai bevuto alcolici almeno una volta in vita tua?

1 Sì

2 No



vai alla sezione successiva

I2. Quanti anni avevi quando hai bevuto alcolici per la prima volta?

--	--

Anni

I3. Hai bevuto alcolici negli ultimi 12 mesi?

1 No

2 Sì

→ **I3.a. Con quale frequenza consumi alcol?**

Una volta al mese o meno

0

1

2-4 volte al mese

0

2

2-3 volte a settimana

0

3

4 o più volte a settimana

0

4

I4. Hai bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni?

1 No

2 Sì → **I4.a. Quanti sono i giorni in cui hai bevuto almeno un alcolico?**

1-3 giorni	4-9 giorni	10-19 giorni	20 o più giorni
o	o	o	o
1	2	3	4

I5. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di alcolici?

0 euro	1-49 euro	50-99 euro	100-199 euro	200 euro o più
o	o	o	o	o
1	2	3	4	5

I6. Nelle singole occasioni in cui hai dichiarato di bere, in media, quanti drink hai assunto?

(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
o	o	o	o	o
1	2	3	4	5

I7. Hai mai pensato di smettere di bere alcolici?

o	No	o	Sì
1		2	

I8. Sei mai stato criticato per il tuo bere?

o	No	o	Sì
1		2	

I9. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo bere?

o	No	o	Sì
1		2	

I10. Hai mai bevuto alcolici al mattino, per calmare i nervi?

o	No	o	Sì
1		2	

I11. Quante volte (se lo hai fatto) ti sei ubriacato?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Nella tua vita	o	o	o	o	o	o	o
b) Negli ultimi 12 mesi	o	o	o	o	o	o	o
c) Negli ultimi 30 giorni	o	o	o	o	o	o	o
	1	2	3	4	5	6	7

I12. 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 drink o più
o	o	o	o	o	o	o
1	2	3	4	5	6	7

I13. 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 alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	o	o	o	o	o	o
b) Negli ultimi 30 giorni	o	o	o	o	o	o
	1	2	3	4	5	6

I14. Nelle occasioni in cui ti è capitato di ubriacarti, di solito, in che situazione ti trovavi?

(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)
o	o	o	o	o
1	2	3	4	5

I15. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di alcol?

1 No

2 Sì → **I15a. A quale età?**

--	--

Anni



SEZIONE TABACCO

J1. Hai mai fumato tabacco almeno una volta in vita tua?

1 O Sì

2 O No



vai alla sezione successiva

J2. Quanti anni avevi quando hai iniziato a fumare?

--	--

Anni

J3. Attualmente hai smesso di fumare?

1 No

2 Sì → **J3a. A che età hai smesso di fumare?**

--	--

Anni

J3b. Quante sigarette al giorno fumavi?

1-10 sigarette	11-20 sigarette	Più di 20 sigarette
o	o	o
1	2	3

J4. 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	o	o	o	o	o	o	o
b) Negli ultimi 30 gg.	o	o	o	o	o	o	o
	1	2	3	4	5	6	7

J5. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di tabacco?

0 euro	1-49 euro	50-99 euro	100-199 euro	200 euro o più
o	o	o	o	o
1	2	3	4	5



SEZIONE CAFFÈ

K1. Hai mai bevuto caffè almeno una volta in vita tua?

1 Sì

2 No



vai alla sezione successiva

K2. Quanti anni avevi quando hai bevuto caffè per la prima volta?

Anni

K3. Quante tazzine di caffè bevi, in media, al giorno?

	Nessuna	Meno di 1 tazzina al giorno	1-2 al giorno	3-5 al giorno	6 o più al giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5



SEZIONE CANNABIS (HASHISH E/O MARIJUANA)

L1. Conosci persone che fanno uso di cannabis?

No

Sì

1

2

L2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cannabis, in 24 ore?

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

L3. Hai mai usato cannabis almeno una volta in vita tua?

1 Sì

2 No



vai alla sezione successiva

L4. Quanti anni avevi quando hai provato cannabis per la prima volta?

Anni

L5. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato cannabis?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Negli ultimi 12 mesi	o	o	o	o	o	o	o
b) Negli ultimi 30 giorni	o	o	o	o	o	o	o
	1	2	3	4	5	6	7

L6. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di cannabis?

0 euro	1-49 euro	50-99 euro	100-199 euro	200 euro o più
o	o	o	o	o
1	2	3	4	5

L7. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare cannabis, se lo volessi?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Fuori per strada, parco, spiaggia o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifest. pubbliche (rave party, concerti, fiere,...)	Altro
o	o	o	o	o	o	o	o

L8. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di cannabis?

- 1 No
2 Sì



L8a. A quale età?

--	--

Anni

L9. Ripensa agli ultimi 12 mesi... (Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Hai mai fumato cannabis prima di mezzogiorno?	o	o	o	o	o
b) Hai mai fumato cannabis da solo?	o	o	o	o	o
c) Hai mai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	o	o	o	o	o
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno mai detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	o	o	o	o	o
e) Hai mai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	o	o	o	o	o
f) Hai mai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ecc.)?	o	o	o	o	o
	1	2	3	4	5

L10. Ripensa agli ultimi 12 mesi... (Segna una sola opzione per ogni riga).

	No	Sì, 1 volta	Sì, più di 1 volta
a) Hai dovuto aumentare la quantità di cannabis per ottenere lo stesso effetto, oppure ti sei accorto che la stessa quantità ha prodotto un effetto minore?	0	0	0
b) Quando hai fumato meno cannabis del solito o non ne hai consumata per niente, hai riscontrato alcuni di questi disturbi? (disturbi del sonno, sudorazione, tremito, palpitazioni, angoscia, irritabilità, depressione).	0	0	0
b1) Se hai risposto Sì alla domanda precedente Hai assunto cannabis per evitare tali disturbi?	0	0	0
c) Ti è capitato di consumare una quantità maggiore di cannabis o di aver fatto uso di cannabis più a lungo di quanto ti eri proposto all'inizio?	0	0	0
d) Hai cercato più volte senza riuscirci di ridurre o cessare del tutto il consumo di cannabis o hai sentito il desiderio persistente di farlo?	0	0	0
e) Hai trascorso molto tempo a procurarti la cannabis, a consumarla o a riprenderti dai suoi effetti?	0	0	0
f) Hai ridotto o abbandonato completamente attività importanti come lo sport, il lavoro, lo stare con amici e parenti a causa dell'uso di cannabis?	0	0	0
g) Hai avuto dei problemi di salute legati all'uso di cannabis? (tosse persistente, tachicardia, raucedine, nausea, secchezza degli occhi e della bocca).	0	0	0
g1) Se hai risposto Sì alla domanda precedente Hai continuato a fare uso di cannabis, nonostante questi disturbi di natura fisica?	0	0	0
h) Hai avuto problemi emotivi o psicologici legati al consumo di cannabis? (mancanza di interessi, apatia, diffidenza nei confronti degli altri, sensazione di essere perseguitato o di avere idee strane).	0	0	0
h1) Se hai risposto Sì alla domanda precedente Hai continuato a fare uso di cannabis, nonostante questi disturbi psicologici?	0	0	0
i) Hai avuto problemi al lavoro, a scuola oppure nelle faccende domestiche legati all'uso di cannabis? (assenze ripetute, scarso rendimento scolastico o lavorativo, provvedimenti disciplinari a scuola o a lavoro).	0	0	0
	1	2	3

L11. Ripensa agli ultimi 12 mesi... (Segna una sola opzione per ogni riga).

	No	Si, 1 volta	Si, più di 1 volta
j) Ti è capitato di essere sotto l'effetto di cannabis mentre eri in situazioni con elevato rischio di farti male, ad esempio alla guida dell'auto nel traffico o al lavoro, mentre manovravi un macchinario o stavi svolgendo un'attività pericolosa?	0	0	0
k) Dopo aver assunto cannabis ti è capitato di ferirti involontariamente, avere un incidente o doverti appoggiare per non cadere?	0	0	0
l) Hai mai avuto problemi con la legge legati al consumo di cannabis? (possesso di droga, furto per procurarti la sostanza o guida sotto l'effetto di cannabis).	0	0	0
m) Hai ricevuto rimproveri da parte dei tuoi familiari o dai tuoi amici per il tuo uso di cannabis?	0	0	0
n) Ti è capitato che si sia compromessa una relazione, ad esempio con il partner, con un familiare o un amico a causa del consumo di cannabis?	0	0	0
o) Hai avuto difficoltà finanziarie a causa del tuo consumo di cannabis?	0	0	0
p) Hai aggredito fisicamente o ferito qualcuno sotto l'effetto di cannabis?	0	0	0
	1	2	3

L12. Ripensa agli ultimi 12 mesi ... (Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai/ quasi mai	A volte	Spesso	Sempre/ quasi sempre
a) Hai mai pensato che il tuo uso di cannabis fosse fuori controllo?	0	0	0	0
b) La prospettiva di non poter fumare cannabis ti ha mai reso ansioso o preoccupato?	0	0	0	0
c) Ti sei preoccupato per il tuo uso di cannabis?	0	0	0	0
d) Hai mai desiderato di smettere di fare uso di cannabis?	0	0	0	0
	Non difficile	Piuttosto difficile	Molto difficile	Impossibile
e) Quanto hai trovato difficile interrompere il consumo o fare a meno di fumare cannabis?	0	0	0	0
	1	2	3	4



SEZIONE COCAINA E/O CRACK

M1. Conosci persone che fanno uso di cocaina?

- o No o Sì
1 2

M2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cocaina, nel giro di 24 ore?

- | | | | | |
|-------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
| Impossibile | Molto difficile | Piuttosto difficile | Piuttosto facile | Molto facile |
| o | o | o | o | o |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

M3. Hai mai usato cocaina almeno una volta in vita tua?

- 1 O Sì 2 O No



vai alla sezione successiva

M4. Quanti anni avevi quando hai provato cocaina per la prima volta?

Anni

M5. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato cocaina?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Negli ultimi 12 mesi	o	o	o	o	o	o	o
b) Negli ultimi 30 giorni	o	o	o	o	o	o	o
	1	2	3	4	5	6	7

M6. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare cocaina, se lo volessi?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Fuori per strada, parco, spiaggia o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifest. pubbliche (rave party, concerti, fiere,...)	Altro
o	o	o	o	o	o	o	o

M7. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di cocaina?

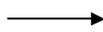
- | | | | | |
|--------|-----------|------------|--------------|----------------|
| 0 euro | 1-49 euro | 50-99 euro | 100-199 euro | 200 euro o più |
| o | o | o | o | o |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

M8. Negli ultimi 12 mesi, quali modalità hai utilizzato per assumere cocaina?

	Sì	No
a) Sniffata	o	o
b) Per via endovenosa	o	o
c) Fumata	o	o
d) Fumata tramite cottura e preparazione con ammoniaca	o	o
	1	2

M9. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di cocaina?

- 1 No
2 Sì



M9a. A quale età?

Anni



SEZIONE SOSTANZE STIMOLANTI SINTETICHE

N1. Conosci persone che fanno uso di sostanze stimolanti sintetiche (amfetamine, ecstasy, MDMA)? No Sì
1 2

N2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti stimolanti sintetici, nel giro di 24 ore?

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

N3. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, amfetamine?

Sì No

N4. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, ecstasy e/o MDMA?

Sì No



Se hai risposto No

ad entrambe le domande



vai alla sezione successiva

N5. Quanti anni avevi quando hai provato stimolanti sintetici per la prima volta? Anni

N6. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato amfetamine?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Negli ultimi 12 mesi	<input type="radio"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="radio"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

N7. 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 più
a) Negli ultimi 12 mesi	<input type="radio"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="radio"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

N8. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare stimolanti sintetici, se lo volessi?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Fuori per strada, parco, spiaggia o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Manifest. pubbliche (rave party, concerti, fiere,...)	Via Internet	Altro
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O7. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato altri oppiacei (oppio, morfina, metadone, ...)?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Negli ultimi 12 mesi	o	o	o	o	o	o	o
b) Negli ultimi 30 giorni	o	o	o	o	o	o	o
	1	2	3	4	5	6	7

O8. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare eroina, se lo volessi?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Fuori per strada, parco, spiaggia o luoghi all'aperto	A scuola	A casa di un amico	In discoteca, al bar, ecc.	A casa di uno spacciatore	Via Internet	Manifest. pubbliche (rave party, concerti, fiere,...)	Altro
o	o	o	o	o	o	o	o

O9. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di eroina?

0 euro	1-49 euro	50-99 euro	100-199 euro	200 euro o più
o	o	o	o	o
1	2	3	4	5

O10. Negli ultimi 12 mesi, quali modalità hai utilizzato per assumere eroina?

	No	Sì
a) Sniffata	o	o
b) Per via endovenosa	o	o
c) Fumata/inalata	o	o
	1	2

O11. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di eroina?

1 No

2 Sì → O11a. A quale età?

Anni



SEZIONE ALTRE SOSTANZE

P1. Conosci persone che fanno uso di LSD, altri allucinogeni (ketamina, funghi allucinogeni) o sostanze solventi/inalanti (colle, gas, popper) ? o No o Sì
1 2

P2. 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
o	o	o	o	o
1	2	3	4	5

P3. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, LSD?

1 Sì 2 No

P4. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, altri allucinogeni (ketamina, funghi allucinogeni)?

1 Sì 2 No

P5. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, sostanze solventi/inalanti (colle, gas, popper)?

1 Sì 2 No

Se hai risposto No

a tutte e tre le domande



vai alla sezione successiva

P6. Quanti anni avevi quando hai preso allucinogeni (LSD, ketamina, funghi allucinogeni) per la prima volta?

--	--

Anni

P7. Quanti anni avevi quando hai preso sostanze solventi/inalanti (colle, gas, popper) per la prima volta?

--	--

Anni

P8. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato LSD?

	Mai	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o più
a) Negli ultimi 12 mesi	0	0	0	0	0	0	0
b) Negli ultimi 30 giorni	0	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6	7

P9. 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 più
a) Negli ultimi 12 mesi	0	0	0	0	0	0	0
b) Negli ultimi 30 giorni	0	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6	7

P10. 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 più
a) Negli ultimi 12 mesi	0	0	0	0	0	0	0
b) Negli ultimi 30 giorni	0	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6	7

P11. In quali posti pensi che potresti facilmente trovare allucinogeni, se lo volessi?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Fuori per strada, parco
spiaggia o
luoghi all'aperto | A scuola | A casa di
un amico | In discoteca,
al bar,
ecc. | A casa
di uno
spacciatore | Manifest. pubbliche
(rave party,
concerti, fiere,...) | Via
Internet | Altro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P12. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di allucinogeni?

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

P13. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di allucinogeni?

1 No

2 Sì

→ P13a. A quale età?

Anni



SEZIONE ABITUDINI AL GIOCO

Q1. Hai mai giocato somme di denaro?

1 Sì

2 No



vai alla sezione successiva

Q2. Hai mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?

No
1

Sì
2

Q3. Ti sei sentito di dover tenere nascosta l'entità del tuo giocare a quelli che ti stanno più vicino?

No
1

Sì
2

Q4. Ripensa agli ultimi 12 mesi. A quali giochi in cui si vincono/perdono soldi hai giocato?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

- | | | | | |
|--|---------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|
| Gratta e vinci/
Lotto
istantaneo | Lotto/
Superenalotto | Totocalcio,
totip | Videopoker,
slot machine | Scommesse
sportive |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scommesse
su altri eventi | Poker texano
(Texas hold'em) | Altri giochi
con le carte
(poker, burraco, bridge) | Nessun gioco | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Q5. Ripensa agli ultimi 12 mesi. In quali luoghi e/o in che modo hai giocato?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Sale scommessa o	Sale Bingo o	Casinò o	Circoli ricreativi o	Bar/tabacchi, pub o
Sale giochi o	A casa mia o di amici o	Su Internet o	Sul telefonino o	Altro o

Q6. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per fare giochi in cui si vincono/perdono soldi?

0 euro 1	10 euro o meno 2	11-30 euro 3	31-50 euro 4	51-70 euro 5	71-90 euro 6	91 euro o più 7
----------------	------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-----------------------

Q7. 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?	o	o	o	o
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?	o	o	o	o
c) Quando hai giocato, sei tornato di nuovo un altro giorno per rifarti del denaro perso?	o	o	o	o
d) Hai mai preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare denaro destinato al gioco?	o	o	o	o
e) Hai mai avuto la sensazione che potresti avere un problema con il gioco?	o	o	o	o
f) Il gioco ti ha causato problemi di salute di qualsiasi tipo, incluso lo stress e l'ansia?	o	o	o	o
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?	o	o	o	o
h) Il fatto che tu giocassi ha mai causato problemi finanziari a te o alla tua famiglia?	o	o	o	o
i) Ti sei mai sentito in colpa per il tuo modo di giocare o delle conseguenze del tuo gioco?	o	o	o	o
	1	2	3	4



SEZIONE OPINIONI E COMPORAMENTI A RISCHIO

R1. Nel corso degli ultimi 12 mesi ti è mai capitato di...?

(Segna una opzione per ogni riga).

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

R2. Quanto pensi che rischino di danneggiarsi (fisicamente o in altro modo), le persone che fanno le seguenti cose?

(Segna una opzione 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="radio"/>				
b) Ubbriacarsi una volta a settimana	<input type="radio"/>				
c) Fumare 10 o più sigarette al giorno	<input type="radio"/>				
d) Fumare cannabis (marijuana e/o hashish) occasionalmente	<input type="radio"/>				
e) Provare ecstasy	<input type="radio"/>				
f) Provare eroina	<input type="radio"/>				
g) Provare cocaina	<input type="radio"/>				
h) Provare allucinogeni o stimolanti	<input type="radio"/>				
i) Usare psicofarmaci (senza prescrizione medica)	<input type="radio"/>				
l) Usare anabolizzanti/ormone della crescita	<input type="radio"/>				
m) Fare giochi in cui si vincono/perdono soldi	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5

R3. Nel corso degli ultimi 12 mesi hai mai fatto esperienza di alcune delle seguenti situazioni?

(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una, per ogni riga).

	Mai	Sì, dopo aver bevuto	Sì, dopo aver usato droghe	Sì, ma senza aver bevuto/usato droghe
a) Litigi o discussioni	<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) Danni a cose o a vestiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Gravi problemi nei rapporti con i tuoi amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Problemi nei rapporti con gli insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Diminuzione del rendimento a scuola o al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Essere vittima di rapine o furti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Guai con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Essere ricoverato in ospedale o finire al Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Essere curato da un servizio per le tossicodipendenze SERT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Esperienze sessuali di cui ti sei pentito il giorno dopo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Fare incidenti mentre eri alla guida di uno scooter, auto, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Perdere, in giochi o scommesse, più denaro di quanto volevi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1

3

4

Grazie per la collaborazione!