



IPSAD® 2013 - 2014

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, in corso ormai da 12 anni, 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.

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

Desideriamo ricordarti che le liste anagrafiche da cui è stato estratto il tuo nominativo saranno utilizzate con le precauzioni e misure richieste dalla legge a tutela della riservatezza dei dati personali, e conservate il tempo necessario per l'invio dei questionari. Una volta effettuati tutti gli invii ai destinatari, le liste vengono distrutte.

Le informazioni che ci fornirai attraverso la compilazione del questionario saranno soggette al segreto statistico e trattate in forma anonima e aggregata, secondo modalità che non consentiranno in alcun modo di risalire alla tua persona, in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Il titolare del trattamento dei dati personali è IFC-CNR, Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche, via Moruzzi 1, 56124 Pisa.

Grazie per la collaborazione!

Cordiali saluti,

dott.ssa Sabrina Molinaro

Responsabile dello studio IPSAD®

Responsabile della Sez. di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Istituto di Fisiologia Clinica – CNR

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="checkbox"/>				
b) Africa	<input type="checkbox"/>				
c) Asia	<input type="checkbox"/>				
d) America	<input type="checkbox"/>				
e) Oceania (Isole del Pacifico)	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

A4. Quale lingua si parla (prevalentemente) nella tua famiglia di origine?

Italiana	Spagnola/ Portoghese	Inglese	Francese	Slava/Albanese/ Romena
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5
Cinese	Araba	Indiana/ Filippina	Senegalese/ Ghanese/Nigeriana	Altra lingua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	7	8	9	10

A5. Qual è il tuo stato civile?

Celibe/Nubile	Coniugato/a	Separato/a	Divorziato/a	Vedovo/a
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

A6. Hai fratelli e/o sorelle? (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

No	Sì	Sì, ho un gemello/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Hai figli e/o figlie?

1 No

2 Sì

→ **A7a. Quanti vivono con te?**

A7b. Quanti non vivono con te?

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>

Numero

Numero

A8. 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
ī	ī	ī	ī	ī
1	2	3	4	5

A9. Quale titolo di studio hai conseguito?

Nessuno	Elementari	Medie inferiori	Qualifica sup. (3 anni)
ī	ī	ī	ī
0	1	2	3
Diploma/ maturità	Laurea breve (3 anni)	Laurea	Post laurea
ī	ī	ī	ī
4	5	6	7

A10. 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Lo scorso anno, il tuo reddito personale (lordo) è stato di...

0 euro	Meno di 15.000 euro	15 – 36.000 euro	36 – 70.000 euro	70 – 100.000 euro	Più di 100.000 euro
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

A12. Lo scorso anno, il reddito (lordo) della tua famiglia è stato di...

0 euro	Meno di 15.000 euro	15 – 36.000 euro	36 – 70.000 euro	70 – 100.000 euro	Più di 100.000 euro
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

SEZIONE STILE DI VITA

QUESTA SEZIONE RIGUARDA ALCUNI ASPETTI DEL TUO STILE DI VITA, IN PARTICOLARE LE ABITUDINI ALIMENTARI E LA PRATICA DELL'ESERCIZIO FISICO. LE DOMANDE CHE SEGUONO SONO DA RIFERIRSI AGLI **ULTIMI 12 MESI**.

B1. Indica la tua altezza ed il tuo peso

--	--	--

Altezza cm.

--	--	--

Peso kg.

B2. Quante volte, in media, ti è capitato di consumare i pasti nei seguenti luoghi?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	3 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fast-food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bar, pizzeria al taglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

B3. 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="checkbox"/>					
b) Patate	<input type="checkbox"/>					
c) Frutta fresca	<input type="checkbox"/>					
d) Verdura	<input type="checkbox"/>					
e) Legumi	<input type="checkbox"/>					
f) Pesce	<input type="checkbox"/>					
g) Carne rossa, insaccati	<input type="checkbox"/>					
h) Carne bianca	<input type="checkbox"/>					
i) Formaggi, latticini	<input type="checkbox"/>					
l) Cereali integrali	<input type="checkbox"/>					
m) Uova	<input type="checkbox"/>					
n) Frutta a guscio (noci, mandorle, nocciole,...)	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

B4. Quante volte alla settimana (considerando 2 pasti al giorno) consumi le seguenti bevande?

	Mai	1-2 volte	3-6 volte	7-10 volte	11-13 volte	14 volte
a) Vino rosso	<input type="checkbox"/>					
b) Vino bianco	<input type="checkbox"/>					
c) Birra	<input type="checkbox"/>					
d) Bevande dolcificate	<input type="checkbox"/>					
e) Bevande gassate	<input type="checkbox"/>					

B5. Quante volte (considerando 2 pasti al giorno) utilizzi...

	Mai	3 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="checkbox"/>				
b) Olio di oliva per condire	<input type="checkbox"/>				
c) Burro per condire	<input type="checkbox"/>				
d) Margarina e/o altri grassi vegetali per condire	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

B6. Ti capita di consumare alimenti (compresi snack) e/o bevande dolcificate/gassate fuori dai pasti?

1 No

2 Sì

→ **B6a. Quante volte alla settimana consumi i seguenti alimenti/bevande?**

	Mai	3 volte al mese o meno	1-3 volte a settimana	3-5 volte a settimana	Tutti i giorni
a) Alimenti dolci confezionati (biscotti, merendine, pasticceria)	<input type="checkbox"/>				
b) Gelato	<input type="checkbox"/>				
c) Bevande dolcificate	<input type="checkbox"/>				
d) Bevande gassate	<input type="checkbox"/>				
e) Energy drink	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

B7. Quanta acqua bevi, in media, durante un giorno?

Meno di 1,5 litri	1,5 litri	Più di 1,5 litri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

B8. In media quante tazzine di caffè bevi al giorno?

Nessuna	Meno di 1 tazzina al giorno	1-2 tazzine al giorno	3-5 tazzine al giorno	6 o più tazzine al giorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

B9. Segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito.

	No	Sì
a) Ti sei mai sentito eccessivamente disgustato perché eri sgradevolmente pieno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ti sei mai preoccupato di aver perso il controllo su quanto avevi mangiato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hai perso recentemente più di 6 kg in un periodo di 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ti è mai capitato di sentirti grasso anche se gli altri ti dicevano che eri troppo magro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- e) Affermeresti che il cibo domina la tua vita?
- 1 2

B10. In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?

- | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|
| Si | No, il mio peso è quello giusto | No, ma dovrei perdere qualche chilo | No, perché dovrei mettere su qualche chilo | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PER **ESERCIZIO FISICO REGOLARE** SI INTENDE UNA QUALUNQUE ATTIVITÀ FISICA PIANIFICATA (ES. CAMMINARE A PASSO SVELTO, FARE JOGGING, NUOTARE, ANDARE IN BICICLETTA, ECC..) CHE AIUTI A MIGLIORARE E MANTENERE UNA BUONA FORMA FISICA. QUESTA ATTIVITÀ DOVREBBE ESSERE FATTA 3-5 VOLTE A SETTIMANA PER 20-60 MINUTI A VOLTA. PER ESSERE EFFICACE, L'ESERCIZIO NON DEVE CAUSARE DOLORE MA DEVE ESSERE FATTO AD UN'INTENSITÀ CHE AUMENTI LA FREQUENZA DEL RESPIRO E FACCIA SUDARE.

B11. Tenendo presente la definizione di

Esercizio Fisico Regolare

puoi affermare che...?

- 1 Non ho mai fatto esercizio fisico regolare.



Se hai scelto l'opzione 1, vai alla SEZIONE successiva

- 2 L'ho fatto in passato, ma ho smesso da più di 1 anno.



Se hai scelto l'opzione 2, vai alla SEZIONE successiva

3 L'ho fatto in passato e lo faccio tutt'ora.

Se hai scelto l'opzione 3, PROSEGUI



LE DOMANDE CHE SEGUONO SONO DA RIFERIRSI AGLI **ULTIMI 12 MESI**.

B12. Con quale frequenza hai fatto attività fisica durante la settimana?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mai | 1-2 volte | 3-4 volte | 5-7 volte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

B13. Qual è la durata media del tuo esercizio fisico?

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

B14. Come definiresti lo sforzo che richiede la tua attività fisica?

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

B15. Dove svolgi di solito la tua attività fisica? (Segna tutte le opzioni appropriate)

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

B16. A quale livello pratichi il tuo esercizio fisico?

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

SEZIONE STRESS

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO IL TUO STATO ATTUALE RISPETTO A POSSIBILI CONDIZIONI DI STRESS.

C1. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Quante volte ti sei sentito stressato?

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
a) Per problemi a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Per problemi al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Per problemi economico-finanziari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

C2. 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 | Atti di violenza
verso la tua persona |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conflitti familiari
importanti | Grave incidente e/o
malattia personale | Malattia grave e/o
decesso di un familiare | Decesso del coniuge/
convivente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**C3. Ripensa agli ultimi 7 giorni e segna una risposta per ciascuna domanda.
Non pensare troppo alla risposta.**

	Mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
a) E' stato difficile calmarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mi sono reso conto di avere la bocca secca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ho avuto l'impressione di non riuscire a provare nessuna emozione positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ho sentito che respiravo con difficoltà (ad es. respiro rapido, affanno in assenza di sforzo fisico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ho avuto difficoltà a trovare l'iniziativa per fare le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ho reagito in modo esagerato alle situazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ho sentito che tremavo (ad es. le mani)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ho sentito che stavo consumando molte energie mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mi sono preoccupato per le situazioni in cui avrei potuto farmi prendere dal panico e rendermi ridicolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ho avuto la sensazione di non potermi aspettare niente dal futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Mi sono accorto che mi stavo agitando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ho avuto difficoltà a rilassarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Mi sono sentito scoraggiato e triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Sono stato insofferente verso tutto ciò che mi impediva di continuare a fare quello che stavo facendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Ho sentito di essere sul punto di farmi prendere dal panico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Non sono riuscito ad entusiasarmi per nessuna cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Mi sono sentito di non valere molto come persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Mi sono sentito facilmente irritabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Ho sentito il cuore che mi batteva, anche senza aver fatto alcun sforzo (ad es. sensazione di palpitazioni, oppure che al cuore mancasse un battito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Mi sono sentito spaventato senza un buon motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z) Ho sentito che la vita non aveva senso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

SEZIONE SALUTE GENERALE

LE DOMANDE CHE SEGUONO SONO DA RIFERIRSI AGLI ULTIMI 12 MESI

D1. Pensi che il tuo corpo sia...

Decisamente troppo magro	Un po' troppo magro	Più o meno della taglia giusta	Un pò troppo grasso	Decisamente troppo grasso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

D2. Hai difficoltà a svuotare totalmente o in parte con regolarità l'intestino?

(Per regolarità si intende non meno di 2-3 evacuazioni alla settimana)

No	Sì
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

D3. Abitualmente hai difficoltà a dormire il numero di ore di cui hai bisogno?

- 1 No
2 Sì → **D3a. Perché...** (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)

Eventi di vita	Orari di lavoro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4. Valuta la gravità recente dei tuoi problemi di insonnia.

	No	Lieve	Media	Grave	Molto grave
a) Difficoltà ad addormentarti	<input type="checkbox"/>				
b) Difficoltà a restare addormentato	<input type="checkbox"/>				
c) Risveglio troppo precoce	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

D5. Quanto ti senti soddisfatto/insoddisfatto del tuo attuale sonno?

Molto soddisfatto	Soddisfatto	Neutro	Non molto soddisfatto	Molto insoddisfatto
<input type="checkbox"/>				
0	1	2	3	4

D6. In quale misura ritieni che il problema di sonno interferisca con la tua efficienza diurna (per es. affaticamento diurno, capacità di svolgere lavoro/faccende di casa, concentrazione, memoria, umore, ecc.)?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
<input type="checkbox"/>				
0	1	2	3	4

D7. Quanto pensi che il tuo problema di sonno sia evidente agli altri, in termini di peggioramento della qualità della tua vita?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
<input type="checkbox"/>				
0	1	2	3	4

D8. Quanto ti senti preoccupato/stressato a causa del tuo attuale problema di sonno?

Per nulla	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
<input type="checkbox"/>				
0	1	2	3	4

D9. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Che probabilità hai di appisolarti o di addormentarti nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza?

Qualora non ti sia trovato in alcune delle situazioni elencate sotto negli ultimi 12 mesi, prova ad immaginare se potrebbe accaderti.



	Non mi addormento mai	Ho qualche probabilità di addormentarmi	Ho una discreta probabilità di addormentarmi	Ho un'alta probabilità di addormentarmi
a) Seduto mentre leggo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Guardando la TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Seduto, inattivo in un luogo pubblico (al cinema, ad una conferenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Seduto mentre parlo con qualcuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza aver bevuto alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

D10. Quante ore dormi in media a notte?

Meno di 5 ore	5-6 ore	6-7 ore	7-8 ore	Più di 8 ore
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

D11. Il medico ti ha mai detto che soffri di una o più delle seguenti malattie/condizioni di salute?

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

	No	Ne ho sofferto in passato	Ne soffro adesso
a) Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pressione alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Infarto del miocardio, angina o altre malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ictus o altre malattie cerebrovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Altre malattie del cuore (aritmia, malattia delle valvole, malattie congenite, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Colesterolo alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Disturbi della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tumore (incluso linfoma o leucemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Disturbi nervosi (ansia, depressione, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Dolori reumatici (fibromialgia, artrite reumatoide, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Patologie della pelle (psoriasi, eczema, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Apnee notturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Decadimento cognitivo (perdita di memoria, morbo di Parkinson, demenza senile, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D12. A qualcuno dei tuoi genitori è stata mai diagnosticata una o più delle seguenti malattie?

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

	Entrambi i genitori	Madre	Padre	Nessuno dei due
a) Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pressione alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Infarto del miocardio, angina o altre malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ictus o altre malattie cerebrovascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Altre malattie del cuore (aritmia, malattia delle valvole, malattie congenite, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Colesterolo alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Disturbi della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tumore (incluso linfoma o leucemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Disturbi nervosi (ansia, depressione, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Dolori reumatici (fibromialgia, artrite reumatoide, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Patologie della pelle (psoriasi, eczema, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Apnee notturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Decadimento cognitivo (perdita di memoria, morbo di Parkinson, demenza senile, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D13. Ti hanno mai detto che...? (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).Sei nato
nato
prematureoSei nato
sottopeso
(2,4 kg. o meno)Sei nato
sovrapeso
(più di 4 kg.)Sei nato
normopeso
e a termine

SEZIONE DONNA

QUEST'ANNO L'INDAGINE PREVEDE LO STUDIO DI UN MODELLO PER LA PREVENZIONE DEL CANCRO AL SENO, PER QUESTO MOTIVO TROVERAI DI SEGUITO ALCUNE DOMANDE SPECIFICHE SULL'ARGOMENTO.

Se sei **UOMO**, vai alla **SEZIONE** successiva



E1. A quale età hai avuto la prima mestruazione?

Anni

E2. A qualcuna fra le tue parenti di primo grado (madre, sorella, zia, figlia) è stato diagnosticato un cancro al seno?

- 1 No
2 Sì

→ E2a. A quante donne?

Numero

E3. Ti hanno mai fatto una biopsia al seno?

- 1 No
2 Sì

→ E3a. Quante sono risultate positive?

Numero

E3b. Quante sono risultate negative?

Numero

E4. Quante gravidanze hai avuto, comprese quelle non portate a termine?

Numero

E5. Sei in menopausa?

- 1 No
2 Sì

→ E5a. A quale età è comparsa la menopausa?

Anni

E6. Quanti figli hai?

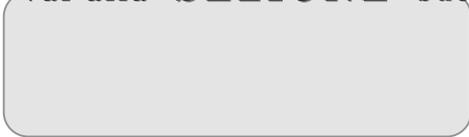
Numero figli

Se **NON** hai figli, puoi segnare 0

e...



vai alla **SEZIONE** successiva



E7. Quanti anni avevi quando hai avuto il primo figlio?

Anni

E8. Quanti anni avevi quando hai avuto l'ultimo figlio?

Anni

E9. Eri in sovrappeso prima della/e gravidanza/e?

No

ī

1

Lo sono stata prima di
una gravidanza

ī

2

Lo sono stata prima di
tutte le gravidanze

ī

3

E10. Eri sottopeso prima della/e gravidanza/e?

No

ī

1

Lo sono stata prima di
una gravidanza

ī

2

Lo sono stata prima di
tutte le gravidanze

ī

3

E11. 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 (più di 10-12 kg.)	ī	ī	ī
b) Sottopeso in gravidanza	ī	ī	ī
c) Diabete in gravidanza	ī	ī	ī
d) Gestosi	ī	ī	ī
e) Aborto spontaneo	ī	ī	ī
f) Aborto terapeutico	ī	ī	ī
g) Taglio cesareo	ī	ī	ī
h) Parto prematuro	ī	ī	ī
i) Parto gemellare	ī	ī	ī

l) Figlio/figlia sottopeso (2,4 kg. o meno)

1

2

3

m) Figlio/figlia sovrappeso (più di 4 kg.)

1

2

3

SEZIONE FARMACI

F1. Hai mai preso dei farmaci per il trattamento di una o più delle seguenti condizioni di salute?

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

	No	Li ho presi in passato	Li prendo adesso saltuariamente	Li prendo adesso quotidianamente
a) Diabete/controllo della glicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pressione alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Colesterolo alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Disturbi della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Terapia sostitutiva per la menopausa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Dolori reumatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Disturbi gastrici (antiacidi, antiulcera, antispastici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2. Negli ultimi 12 mesi in quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso uno o più dei seguenti farmaci? (Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Diuretici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lassativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sonniferi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tranquillanti/ansiolitici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Antidepressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Antinfiammatori/antidolorifici/ antipiretici/cortisonici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Antistaminici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Farmaci contro la tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Decongestionanti nasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Farmaci per l'impotenza o per difficoltà sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, testosterone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Contraccettivi orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Farmaci antifame/anoressizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

F3. Di solito, come ti procuri i seguenti farmaci? (Segna una sola opzione per ogni riga)

	Dietro prescrizione medica	Li prendo da un conoscente	In farmacia senza prescrizione	Li compro su Internet	In casa	In altro modo
a) Diuretici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lassativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sonniferi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tranquillanti/ansiolitici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Antidepressivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Antinfiammatori/ antidolorifici/ antipiretici/cortisonici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Antistaminici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Farmaci contro la tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Decongestionanti nasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Farmaci per l'impotenza o per difficoltà sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, testosterone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Contraccettivi orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Farmaci antifame/anoressizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

SEZIONE INTEGRATORI ALIMENTARI

PER INTEGRATORI ALIMENTARI SI INTENDONO TUTTI QUEI PRODOTTI CHE POSSONO COMPLETARE L'APPORTO DI ALCUNI NUTRIENTI IN CASO DI CARENZA NELL'ALIMENTAZIONE E/O FAVORIRE UN BUONO STATO DI SALUTE. TALI PRODOTTI SONO ACQUISTABILI NELLE ERBORISTERIE, SUPERMERCATI, FARMACIE (PRODOTTI DA BANCO), PARAFARMACIE, SU INTERNET.

F4. Negli ultimi 12 mesi in quante occasioni, se ce ne sono state, hai preso uno o più dei seguenti integratori alimentari? (Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Lassativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Integratori per il sonno (melatonina, passiflora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Integratori per l'umore/ansia (iperico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Integratori per dimagrire/antifame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

SEZIONE ALCOL

G1. Hai mai bevuto alcolici almeno una volta in vita tua?

1 Sì 2 No

Se hai risposto NO



vai alla SEZIONE successiva 

G2. Quanti anni avevi quando hai bevuto alcolici per la prima volta?

Anni

G3. Hai bevuto alcolici negli ultimi 12 mesi?

1 No
2 Sì

—————→ **G3a. Con quale frequenza consumi alcol?**

Una volta
al mese o meno

1

2-4 volte
al mese

2

2-3 volte
a settimana

3

4-5 volte
a settimana

4

6 o più volte
a settimana

5

G4. Negli ultimi 12 mesi, quanti drink hai assunto in un giorno tipico in cui hai bevuto?

(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).

0 drink

1

1-2 drink

2

3-4 drink

3

5-6 drink

4

7-9 drink

5

10 o più drink

6

G5. Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di bere 6 o più drink in ogni singola occasione?

Mai

1

Meno di
una volta al mese

2

Mensilmente

3

Settimanalmente

4

Tutti i giorni o
quasi tutti i giorni

5

G6. Hai bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni?

1 No

2 Sì → **G6a. Quanti sono i giorni in cui hai bevuto almeno un alcolico negli ultimi 30 giorni?**

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

1 2 3 4

G6b. In quante occasioni hai bevuto uno o più dei seguenti alcolici negli ultimi 30 giorni?

	1 volta a settimana	2-3 volte a settimana	4-5 volte a settimana	Quasi ogni giorno
a) Birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aperitivi alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Drink leggeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Liquori / superalcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mix di energy drink e alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

G7. Se bevi alcolici tutti i giorni, mediamente quanti ne assumi?

Non bevo alcolici tutti i giorni	1 drink	2 drink	3 drink
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3
4 drink	5-6 drink	7-8 drink	9 o più drink
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	5	6	7

G8. Negli ultimi 30 giorni, ti è capitato di bere 6 o più drink in ogni singola occasione?

Mai	1 volta al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

G9. 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
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

G10. Hai mai pensato di smettere di bere alcolici?

No Sì

1 2

G11. Sei mai stato criticato per il tuo bere?

No Sì

1 2

G12. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo bere?

No Sì

1 2

G13. Hai mai bevuto alcolici al mattino, per calmare i nervi?

No Sì

1 2



G14. 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	<input type="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>						
c) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

G15. 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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

G16. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di alcol?

- 1 No
2 Sì

→ **G16a. A quale età?**

Anni

SEZIONE TABACCO

H1. Hai mai fumato tabacco almeno una volta in vita tua?

- 1 Sì 2 No

Se hai risposto NO



vai alla SEZIONE success →

H2. Quanti anni avevi quando hai iniziato a fumare?

Anni

H3. Attualmente hai smesso di fumare?

- 1 No
2 Sì

→ **H3a. A che età hai smesso di fumare?**

Anni

H3b. Quante sigarette al giorno fumavi?

1-10 sigarette	11-20 sigarette	Più di 20 sigarette
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

H4. 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	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
b) Negli ultimi 30 gg.	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
	1	2	3	4	5	6	7

H5. Negli ultimi 12 mesi, quali modalità hai utilizzato per fumare tabacco?

	No	Sì
a) Sigarette in pacchetti	ī	ī
b) Sigarette fatte a mano con tabacco sfuso	ī	ī
c) Sigarette elettroniche	ī	ī
d) Sigari	ī	ī
e) Pipa	ī	ī
	1	2

H6. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di tabacco (escluso sigarette elettroniche)?

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

H7. Hai mai fatto uso di sigarette elettroniche per smettere di fumare?

No	Sì
ī	ī
1	2

H8. Con quale frequenza hai fumato sigarette elettroniche, se ti è capitato di farlo?

	Mai	Meno di 1 volta a settimana	Meno di 1 volta al giorno	1-5 volte al giorno	6-10 volte al giorno	11-20 volte al giorno	Più di 20 volte al giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
b) Negli ultimi 30 gg.	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
	1	2	3	4	5	6	7

H9. Hai mai chiesto aiuto per riuscire a smettere di fumare?

- 1 ī No
2 ī Sì

→ H9a. A quale età?

--	--

Anni

SEZIONE CANNABIS (HASHISH E/O MARIJUANA)

L1. Conosci persone che fanno uso di cannabis?

1 No 2 Sì

L2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cannabis, nel giro di 24 ore?

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

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

1 Sì 2 No

Se hai risposto 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	<input type="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	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
<input type="checkbox"/>				
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,...)	A casa mia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L8. 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?	<input type="radio"/>				
b) Hai mai fumato cannabis da solo?	<input type="radio"/>				
c) Hai mai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	<input type="radio"/>				
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno mai detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	<input type="radio"/>				
e) Hai mai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	<input type="radio"/>				
f) Hai mai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ecc.)?	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5

L9. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di cannabis?

1 No

2 Sì

→ L9a. A quale età?

--	--

Anni

SEZIONE COCAINA E/O CRACK

M1. Conosci persone che fanno uso di cocaina?

No
1

Sì
2

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

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

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

1 Sì 2 No

Se hai risposto 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	i	i	i	i	i	i	i
b) Negli ultimi 30 giorni	i	i	i	i	i	i	i
	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,...)	A casa mia
i	i	i	i	i	i	i	i

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
i	i	i	i	i
1	2	3	4	5

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

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

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

1 i No
2 i Sì

→ **M9a. A quale età?**

--	--

Anni

SEZIONE SOSTANZE STIMOLANTI SINTETICHE

N1. Conosci persone che fanno uso di sostanze stimolanti sintetiche (amfetamine, ecstasy, MDMA)?

1 No 2 Sì

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="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

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

1 Sì 2 No

No

Se hai risposto

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

1 Sì 2 No

ad entrambe le



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="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	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="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						

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	Via Internet	Manifest. pubbliche (rave party, concerti, fiere,...)	A casa mia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N9. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per l'acquisto di stimolanti sintetici?

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

N10. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di stimolanti sintetici?

1 No
 2 Sì → **N10a. A quale età?** Anni

SEZIONE HEROINA ED ALTRI OPIACEI

O1. Conosci persone che fanno uso di eroina e/o altri oppiacei (oppio, morfina, metadone, ...)? No Sì
 1 2

O2. Quanto sarebbe possibile per te procurarti eroina, nel giro di 24 ore?

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

O3. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, eroina?

1 Sì 2 No

O4. Hai mai preso, almeno una volta domande

in vita tua, altri oppiacei (oppio, morfina, metadone, ...)?

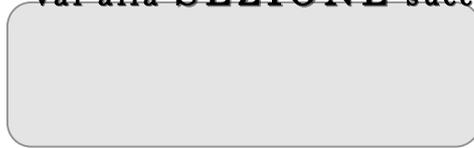
1 Sì 2 No

Se hai risposto No

ad entrambe le



vai alla **SEZIONE** successiva



O5. Quanti anni avevi quando hai provato eroina e/o altri oppiacei per la prima volta?

--	--

Anni

O6. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato eroina?

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

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	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
b) Negli ultimi 30 giorni	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
	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,...)	A casa mia
ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī

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
ī	ī	ī	ī	ī
1	2	3	4	5

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

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

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

- 1 ī No
2 ī 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) ?

1 No Sì
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
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

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

1 Sì 2 No

No

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

domande

1 Sì 2 No

successiva

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

1 Sì 2 No

successiva

Se hai risposto

a tutte e tre le



vai alla sezione

vai alla SEZIONE



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	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
b) Negli ultimi 30 giorni	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
	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	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
b) Negli ultimi 30 giorni	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
	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	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
b) Negli ultimi 30 giorni	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī
	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	Via Internet	Manifest. pubbliche (rave party, concerti, fiere,...)	A casa mia
ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī	ī

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
ī	ī	ī	ī	ī
1	2	3	4	5

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

1 ī No

2 ī Sì → P13a. A quale età?

--	--

Anni

SEZIONE ABITUDINI AL GIOCO

Q1. Hai mai giocato somme di denaro?

1 Sì 2 No

Se hai risposto NO



vai alla SEZIONE

successiva

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

1 No 2 Sì

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

1 No 2 Sì

Q4. Quante volte hai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi?

Non ho mai giocato	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	2-3 volte a settimana	4-5 volte a settimana	6 o più volte a settimana
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Q5. In una giornata tipica in cui hai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi, quanto tempo hai passato a giocare?

Meno di 30 minuti	Più di 30 minuti ma meno di 1 ora	Più di 1 ora ma meno di 2 ore	Più di 2 ore ma meno di 3 ore	Più di 3 ore
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Q6. Quante volte hai passato più di 2 ore giocando a giochi in cui si vincono/perdono soldi (in un'unica occasione) negli ultimi 12 mesi?

Mai	1 volta al mese	1 volta a settimana	Ogni giorno o quasi ogni giorno
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q7. Ripensa agli ultimi 12 mesi. In quante occasioni hai fatto giochi in cui si vincono/perdono soldi?

	0 volte	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	2-3 volte al mese	1-2 volte a settimana	3-6 volte a settimana	Tutti i giorni
a) Gratta e vinci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotto istantaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lotto / Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Totocalcio / totogol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bingo, tombola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) New slot machines, videopoker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Altri giochi (roulette, dadi, ...)	<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

Q8. Ripensa agli ultimi 12 mesi. In quali luoghi hai giocato (escludendo i giochi su Internet)?

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

Sale scommessa	Sale Bingo	Casinò	Circoli ricreativi	Bar/ tabacchi, pub	Sale giochi	A casa mia o di amici	Non ho giocato negli ultimi 12 mesi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Q9. Quanto dista a piedi da casa tua il luogo più vicino dove potresti giocare...?

Non ce ne sono	Meno di 5 minuti	5-10 minuti	Più di 10 minuti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

GIOCHI INTERNET

Q10. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Hai mai giocato somme di denaro su Internet?

1 No

Se hai risposto **NO** vai alla **SEZIONE** su  siva

2 Sì → **Q10a. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai partecipato a giochi su Internet in cui si vincono/perdono soldi?**

Non ho giocato negli ultimi 12 mesi	1 volta al mese o meno	2-4 volte al mese	2-3 volte a settimana	4-5 volte a settimana	6 o più volte a settimana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

Q10b. A quali giochi su Internet hai giocato, in cui si vincono/perdono soldi?
(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Nessun gioco negli ultimi 12 mesi	Gratta e vinci/ Lotto istantaneo	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio / totogol scommesse sportive (calcio, tennis, big race), scommesse su altri eventi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
New slot machines, videopoker	Poker texano (texas hold'em), altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, casinò virtuali)	Altri giochi (roulette, dadi, ...)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Q10c. Quali modalità hai scelto per giocare su Internet?
(Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una).

Non ho giocato negli ultimi 12 mesi	Smartphone	Tablet	Computer fisso o portatile	Internet point	TV	Console per giochi elettronici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q11. Negli ultimi 30 giorni, quanto hai speso per fare giochi in cui si vincono/perdono soldi?

0 (zero) euro	10 euro o meno	11-50 euro	51-90 euro
1	2	3	4
91-200 euro	201-500 euro	501-1000 euro	Più di 1000 euro
5	6	7	8

Q12. Ripensa agli ultimi 12 mesi. Quanto spesso sei ritornato a giocare per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?

Mai	A volte	La maggior parte delle volte	Sempre
1	2	3	4



CPGI

Q13. Ripensa agli ultimi 12 mesi e segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito.

	Mai	A volte	Spesso	Quasi sempre
a) Hai giocato più denaro di quanto tu potessi effettivamente permetterti di perdere?	1	2	3	4
b) Hai sentito il bisogno di giocare quantitativi sempre più grandi di denaro per sentire la stessa sensazione di eccitamento?	1	2	3	4
c) Quando hai giocato, sei tornato di nuovo un altro giorno per rifarti del denaro perso?	1	2	3	4
d) Hai mai preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare denaro destinato al gioco?	1	2	3	4
e) Hai mai avuto la sensazione che potresti avere un problema con il gioco?	1	2	3	4
f) Il gioco ti ha causato problemi di salute di qualsiasi tipo, incluso lo stress e l'ansia?	1	2	3	4
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?	1	2	3	4
h) Il fatto che tu giocassi ha mai causato problemi finanziari a te o alla tua famiglia?	1	2	3	4
i) Ti sei mai sentito in colpa per il tuo modo di giocare o delle conseguenze del tuo gioco?	1	2	3	4
	1	2	3	4

Q14 Hai mai chiesto aiuto per smettere di giocare?

- 1 No
2 Sì

→ **Q14a. A quale età?**

--	--

Anni

SEZIONE TEMPO LIBERO

R1. Quante ore passi, in media, in un giorno infrasettimanale a svolgere le seguenti attività?
(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Nessuna	Mezz'ora o meno	Circa 1-2 ore	Circa 3-4 ore	5 ore o più
a) Guardo la TV o DVD / DVX	ï	ï	ï	ï	ï
b) Gioco ai videogiochi con una console	ï	ï	ï	ï	ï
c) Gioco ai videogiochi al bar / in locali pubblici	ï	ï	ï	ï	ï
	1	2	3	4	5

R2. Ti sei mai collegato a Internet

negli ultimi 12 mesi?

1 Sì 2 No

Se hai risposto NO



vai alla SEZIONE



successiva

R3. Quante ore passi, in media, in un giorno infrasettimanale a svolgere le seguenti attività?
(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Nessuna	Mezz'ora o meno	Circa 1-2 ore	Circa 3-4 ore	5 ore o più
a) Sto collegato a Internet in chat, messenger, social-network, ...	ï	ï	ï	ï	ï
b) Sto collegato a Internet per fare ricerche, leggere quotidiani, ecc...	ï	ï	ï	ï	ï
c) Sto collegato a Internet per scaricare film, musica, ecc...	ï	ï	ï	ï	ï
d) Sto collegato a Internet a siti per adulti	ï	ï	ï	ï	ï
e) Gioco su Internet a giochi di abilità, sudoku, biliardo, solitario, giochi con le parole, texas hold'em ...	ï	ï	ï	ï	ï
f) Gioco su Internet a giochi di ruolo o di avventura, giochi ambientati in mondi virtuali	ï	ï	ï	ï	ï

R4. Ripensa agli ultimi 12 mesi... (Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	Di rado	Di tanto in tanto	Piuttosto spesso	Molto spesso
a) Ti sei accorto di essere rimasto collegato a Internet più tempo di quello che volevi?	1	2	3	4	5
b) Hai trascurato il lavoro per passare più tempo collegato a Internet?	1	2	3	4	5
c) Hai ricevuto rimproveri da parte dei tuoi familiari o amici per il tempo trascorso su Internet?	1	2	3	4	5
d) Hai perso ore di sonno perché sei rimasto sveglio fino a tardi collegato a Internet?	1	2	3	4	5
e) Ti è capitato di sentirti nervoso quando non eri collegato, mentre poi sei stato benissimo una volta davanti al computer?	1	2	3	4	5
f) Ti è capitato di aver scelto di stare collegato a Internet anziché uscire con gli amici/famiglia?	1	2	3	4	5

R5. Hai un computer (postazione fissa o portatile)?

1 No

2 Sì → **R5a. Quante volte al giorno usi il computer (postazione fissa o portatile) per collegarti a Internet?**

Non lo uso per collegarmi	Mi collego mezz'ora o meno al giorno	1-5 ore al giorno	Più di 5 ore al giorno	Sto collegato tutto il giorno
1	2	3	4	5

R6. Hai uno smartphone?

1 No

2 Sì → **R6a. Quante volte al giorno usi uno smartphone per collegarti a Internet?**

Non lo uso per collegarmi	Mi collego mezz'ora o meno al giorno	1-5 ore al giorno	Più di 5 ore al giorno	Sto collegato tutto il giorno
1	2	3	4	5

R7. Hai un tablet?

1 No

2 Sì → **R7a. Quante volte al giorno usi un tablet per collegarti a Internet?**

Non lo uso per collegarmi	Mi collego mezz'ora o meno al giorno	1-5 ore al giorno	Più di 5 ore al giorno	Sto collegato tutto il giorno
1	2	3	4	5

SEZIONE OPINIONI E COMPORTAMENTI A RISCHIO

S1. 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="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

S2. 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="checkbox"/>				
b) Ubriacarsi una volta a settimana	<input type="checkbox"/>				
c) Fumare 10 o più sigarette al giorno	<input type="checkbox"/>				
d) Fumare cannabis (marijuana e/o hashish) occasionalmente	<input type="checkbox"/>				
e) Provare ecstasy	<input type="checkbox"/>				
f) Provare eroina	<input type="checkbox"/>				
g) Provare cocaina	<input type="checkbox"/>				
h) Provare allucinogeni o stimolanti	<input type="checkbox"/>				
i) Usare psicofarmaci (senza prescrizione medica) occasionalmente	<input type="checkbox"/>				
l) Usare anabolizzanti occasionalmente	<input type="checkbox"/>				
m) Partecipare abitualmente a giochi in cui si vincono/perdono soldi	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

S3. 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 familiari	<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 e/o datore di lavoro	<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"/>

GRAZIE per la collaborazione!