



IPSAD® 2017

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 dal 2001, 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.

Se desideri avere maggiori informazioni su come utilizziamo i dati che ci stai aiutando a raccogliere, visita il nostro sito www.epid.ifc.cnr.it

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 verranno 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

1

Femmina

2

A2. Et 

Anni compiuti

A3. Quali sono le origini della tua famiglia?

(Segna una sola opzione, se essa rappresenta sia tua madre che tuo padre;
segna pi  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/ Tedesca	Francese	Slava	
<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	Albanese	Altra lingua
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	7	8	9	10	11

A5. Qual   il tuo stato civile?

Celibe/Nubile

1

Coniugato/a

2

Separato/a

3

Divorziato/a

4

Vedovo/a

5

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

No

S 

S , ho un gemello/a

A7. Hai figli e/o figlie?

1 No

2 S  \longrightarrow **A7a. Quanti vivono con te?**

Numero

A7b. Quanti non vivono con te?

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

A9. Quale titolo di studio hai conseguito?

Nessuno	Elementari	Medie inferiori	Qualifica sup. (3 anni)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3
Diploma/ maturità	Laurea breve (3 anni)	Laurea	Post laurea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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. Facendo riferimento alla situazione economica della tua famiglia, tu la definiresti...

Molto ricca	Ricca	Né ricca, né povera	Povera	Molto povera
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

A12. 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

A13. A quale cifra si avvicina di più il reddito netto mensile della tua famiglia?
(Somma tutte le entrate nette, tue e dei tuoi familiari)

Meno di 600 €	Fino a 1.000€	Fino a 1.400€	Fino a 1.800€	Fino a 2.500€	Fino a 5.000€	Fino a 10.000€	Più di 10.000€
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	8

A14. Negli ULTIMI 12 MESI, tu o un tuo familiare convivente avete usufruito di contributi economici (statali, comunali, pubblici) per integrare il vostro reddito familiare considerato troppo basso?

No	Si, mi è capitato un volta	Si, spesso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

**SE ATTUALMENTE HAI UN'OCCUPAZIONE LAVORATIVA,
RISPONDI ALLE DOMANDE NEL BOX**

ALTRIMENTI

vai alla **SEZIONE** successiva



A15. Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, svolgi...

- 1 Un lavoro alle dipendenze → **A15a. Se sei alle dipendenze, si tratta di un lavoro a termine?**
- | | | |
|--|---|---|
| | SI', terminerà con
la fornitura di un prodotto
servizio, progetto, ...
(a tempo determinato) | SI', ha una scadenza
temporale prefissata
(a tempo determinato) |
| NO, non ha scadenza
(a tempo indeterminato) | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 |
- 2 Un lavoro di collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto)
- 3 Una prestazione d'opera occasionale
- 4 Un lavoro autonomo come imprenditore
- 5 Un lavoro autonomo come libero professionista
- 6 Un lavoro autonomo come lavoratore in proprio
- 7 Un lavoro autonomo come coadiuvante nell'azienda di un familiare
- 8 Un lavoro autonomo come socio di cooperativa

A16. Il tuo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il datore di lavoro?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Contratto | Accordo verbale | Non so |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 |

A17. Sei inquadrato come ...?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Dirigente | Quadro | Impiegato | Operaio | Apprendista | Lavoratore presso
il proprio domicilio per
conto di un'impresa |
| <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

A18. In che ambito lavori?

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

SEZIONE SALUTE GENERALE

D1. Per ciascuna delle cinque affermazioni, ti preghiamo di indicare la risposta che più si avvicina a come ti sei sentito/a nelle ULTIME 2 SETTIMANE

	Sempre	La maggior parte del tempo	Più della metà del tempo	Meno della metà del tempo	A volte	Mai
a) Mi sono sentito/a allegro/a e di buon umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mi sono sentito/a calmo/a e rilassato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mi sono sentito/a attivo/a ed energico/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mi sono svegliato/a sentendomi fresco/a e riposato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) La mia vita di tutti i giorni è stata piena di cose che mi interessano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1	0

D2. Abitualmente hai difficoltà a dormire il numero di ore di cui hai bisogno?

1 No

2 Sì → **D2a. Perché...** (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una)

Eventi di vita

Orari di lavoro

D3. Quante ore dormi in media a notte?

Meno di 5 ore

5-6 ore

6-7 ore

7-8 ore

Più di 8 ore

1

2

3

4

5

D4. 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, 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) Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Seduto mentre parlo con qualcuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza aver bevuto alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

D5. Valuta la gravità dei tuoi problemi di INSONNIA, considerando le ULTIME 2 SETTIMANE.

	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

D6. 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

D7. 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

D8. 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

D9. 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

Problemi di salute connessi ad attività in ALTA QUOTA

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO ALCUNI SINTOMI CHE POSSONO MANIFESTARSI DURANTE LA PERMANENZA IN MONTAGNA IN ALTA QUOTA

D10. Nell'ultimo anno, quante volte ti sei fermato a quote superiori a 2500 metri per periodi maggiori di 4/6 ore?

Mai	1-4 volte	5-10 volte	>10 volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

D11. Sempre nell'ultimo anno, quante volte hai dormito a quote superiori a 2500 metri?

Mai	1-4 volte	5-10 volte	>10 volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

SE HAI RISPOSTO **MAI** AD ENTRAMBE LE DOMANDE PRECEDENTI

prosegui alla **PAGINA** successiva



D12. Ti è mai capitato di avere uno dei seguenti sintomi mentre ti trovavi in alta quota?

D12a. Mal di testa

No	Lieve	Moderato	Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

D12b. Scarso di appetito e/o nausea e/o vomito

No	Poco appetito o nausea	Moderata nausea e/o vomito	Nausea grave e/o vomito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

D12c. Fatica e/o debolezza e/o riduzione delle prestazioni fisiche

No	Lieve	Moderato	Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

D12d. Vertigini e/o stordimento

No	Lieve	Moderato	Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

D12e. Disturbi del sonno

No	Non ho dormito bene come al solito	Mi sono svegliato molte volte, ho dormito poco	Non ho potuto dormire per niente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

D13. Se ti è capitato di avere uno dei sintomi riportati precedentemente, a che quota ti trovavi ?

0-1000mt	1000-2000mt	2000-2500mt	2500-3000mt	3000-4000mt	4000-5000mt	> 5000mt
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

D14. 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 per ogni riga)

	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"/>

D15. 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

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. A qualcuna fra le tue parenti di primo grado (madre, sorella, zia, figlia) è stato diagnosticato un tumore alle ovaie?

1 No

2 Sì → **E3a. A quante donne?** Numero

E4. Ti hanno mai diagnosticato un cancro al seno?

1 No

2 Sì → **E4a. A quale età?** Anni

E5. Ti hanno mai fatto una biopsia al seno?

1 No

2 Sì → **E5a. Quante sono risultate positive?** Numero

E5b. Quante sono risultate negative? Numero

E6. Quante gravidanze hai avuto, comprese quelle non portate a termine? Numero

E7. Sei in menopausa?

1 No

2 Sì → **E7a. A quale età è comparsa la menopausa?** Anni

E7b1. Sei mai stata sottoposta a terapia ormonale sostitutiva, in menopausa?

Mai

1

Meno di 6 mesi

2

6 mesi - 1 anno

3

1 - 5 anni

4

Più di 5 anni

5

E7b2. Se Sì (opzioni da 2 a 5), indica quanti anni avevi la prima volta che ne hai fatto uso.

Anni

E8. Quanti figli hai?

Numero figli

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

vai alla **SEZIONE** successiva



E9. Quanti anni avevi quando hai avuto il primo figlio?

 Anni

E10. Quanti anni avevi quando hai avuto l'ultimo figlio?

 Anni

E11. Eri in sovrappeso prima della/e gravidanza/e?

No

1

Lo sono stata prima di una gravidanza

2

Lo sono stata prima di tutte le gravidanze

3

E12. Eri sottopeso prima della/e gravidanza/e?

No

1

Lo sono stata prima di una gravidanza

2

Lo sono stata prima di tutte le gravidanze

3

E13. Hai mai preso anticoncezionali orali?

Mai

1

Meno di

1 anno

2

1-5 anni

3

5-10 anni

4

Più di 10 anni

5

E13a. Se SI (opzioni da 2 a 5), indica quanti anni avevi la prima volta che ne hai fatto uso

 Anni

E14. Sei mai stata sottoposta a terapia ormonale per stimolazione ovarica (fecondazione assistita)?

Mai

1

1 ciclo

2

Più di 1 ciclo

3

E14a. Se SI (opzione da 2 a 5), indica quanti anni avevi la prima volta che ne hai fatto uso

 Anni

E15. Sei mai stata sottoposta ad altre terapie ormonali (es. ormone della crescita) o farmaci ormone-antagonisti (es. farmaci per rallentare pubertà precoce)?

Mai

1

Una volta al mese per un solo anno

2

Più volte al mese per un solo anno

3

Per più anni

4

E15a. Se SI (opzioni da 2 a 4), indica quanti anni avevi la prima volta che ne hai fatto uso

 Anni

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.

F1. 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	2-3 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Lassativi	<input type="checkbox"/>					
b) Integratori per il sonno (melatonina, passiflora)	<input type="checkbox"/>					
c) Integratori per l'umore/ansia (iperico)	<input type="checkbox"/>					
d) Integratori per dimagrire/antifame	<input type="checkbox"/>					
e) Integratori vitaminici (vit. C, complesso vit.B, ...)	<input type="checkbox"/>					
f) Integratori elettrolitici (potassio, magnesio, ...)	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

SEZIONE FARMACI

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	2-3 volte al mese	1 volta alla settimana	Più volte alla settimana	Quasi ogni giorno
a) Diuretici	<input type="checkbox"/>					
b) Lassativi	<input type="checkbox"/>					
c) Sonniferi	<input type="checkbox"/>					
d) Tranquillanti/ansiolitici	<input type="checkbox"/>					
e) Antidepressivi	<input type="checkbox"/>					
f) Antinfiammatori/cortisonici	<input type="checkbox"/>					
g) Antidolorifici	<input type="checkbox"/>					
h) Antistaminici	<input type="checkbox"/>					
i) Antibiotici	<input type="checkbox"/>					
l) Farmaci per la terapia del dolore	<input type="checkbox"/>					
m) Cannabis medica	<input type="checkbox"/>					
n) Farmaci contro la tosse	<input type="checkbox"/>					
o) Decongestionanti nasali	<input type="checkbox"/>					
p) Farmaci per l'impotenza o per difficoltà sessuali	<input type="checkbox"/>					
q) Farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, ormoni, ecc.)	<input type="checkbox"/>					
r) Farmaci antifame/anoressizzanti	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

F3. Di solito, come ti procuri i seguenti farmaci?

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

	In farmacia con 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/ cortisonici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Antidolorifici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Antistaminici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Antibiotici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Farmaci per la terapia del dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Cannabis medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Farmaci contro la tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Decongestionanti nasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) 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"/>
q) Farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, ormoni, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Farmaci antifame/ anoressizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F4. Assumi farmaci tutti i giorni?

1 No

2 Sì → **F4a. Se ti capita di non ricordare se hai assunto o no il farmaco che devi prendere tutti i giorni, cosa fai?**

Non capita mai	Assumo il farmaco per sicurezza	Non assumo il farmaco per sicurezza	Assumo metà del farmaco (es. spezzo la compressa)	Mi faccio consigliare da parenti/amici	Consulto il medico/ farmacista su come comportarmi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

F4b. Se assumi un farmaco ma il disturbo si presenta in modo particolarmente intenso, cosa fai?

Assumo il farmaco come ho sempre fatto	Assumo più farmaco (es. 2 compresse anziché 1)	Consulto il medico/ farmacista	Consulto il foglietto illustrativo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

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 una singola occasione?

Mai

1

Meno di 1 volta
al mese

2

Almeno 1 volta
al mese

3

Almeno 1 volta
alla settimana

4

Quotidianamente
o quasi

5

G6. Hai bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni?

1 No

2 Sì → **G6a. In quante occasioni hai bevuto almeno un alcolico negli ultimi 30 giorni?**

Meno di 1 volta a settimana	Almeno 1 volta a settimana	Diverse volte alla settimana	Quotidianamente o quasi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

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

	Meno di 1 volta a settimana	Almeno 1 volta a settimana	Diverse volte alla settimana	Quotidianamente o quasi
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 una singola occasione?

Mai	Meno di 1 volta al mese	Almeno 1 volta al mese	Almeno 1 volta alla settimana	Quotidianamente o quasi
<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? 1 No 2 Sì

G11. Sei mai stato criticato per il tuo bere? 1 No 2 Sì

G12. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo bere? 1 No 2 Sì

G13. Hai mai bevuto alcolici al mattino, per calmare i nervi? 1 No 2 Sì

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 successiva



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

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

	No	Sì
a) Sigarette in pacchetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sigarette fatte a mano con tabacco sfuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sigarette elettroniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sigari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

H7. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 30 gg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

H8. Hai mai fatto uso di sigarette elettroniche per smettere di fumare?

- No Sì
- 1 2

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

- 1 No
- 2 Sì → **H9a. A quale età?** Anni

SEZIONE CANNABIS (HASHISH E/O MARIJUANA)

L1. 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

L2. Hai mai usato cannabis almeno una volta in vita tua?

1 Sì 2 No

Se hai risposto NO



vai alla **SEZIONE** successiva



L3. Quanti anni avevi quando hai provato cannabis per la prima volta?

--	--

Anni

L4. 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

L5. 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

L6. 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"/>

L7. 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="checkbox"/>				
b) Hai mai fumato cannabis da solo?	<input type="checkbox"/>				
c) Hai mai avuto problemi di memoria dopo aver fumato cannabis?	<input type="checkbox"/>				
d) Gli amici o i tuoi familiari ti hanno mai detto che dovresti ridurre il tuo uso di cannabis?	<input type="checkbox"/>				
e) Hai mai provato a ridurre o a smettere di consumare cannabis senza riuscirci?	<input type="checkbox"/>				
f) Hai mai avuto problemi a causa del tuo uso di cannabis (discussioni, risse, incidenti, brutti voti a scuola, ecc.)?	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

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

- 1 No
- 2 Sì → **L8a. A quale età?** Anni

SEZIONE COCAINA E/O CRACK

M1. Quanto sarebbe possibile per te procurarti cocaina, nel giro di 24 ore?

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

M2. Hai mai usato cocaina almeno una volta in vita tua?

- 1 Sì 2 No

Se hai risposto NO



vai alla **SEZIONE** successiva



M3. Quanti anni avevi quando hai provato cocaina per la prima volta?

Anni

M4. 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	<input type="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

M5. 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M6. 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
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

M7. Negli ultimi 12 mesi, quali modalità hai utilizzato per assumere cocaina?

	Sì	No
a) Sniffata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Per via endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumata tramite cottura e preparazione con ammoniaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

M8. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di cocaina?

1 No

2 Sì → M8a. A quale età?

Anni

SEZIONE SOSTANZE STIMOLANTI SINTETICHE

N1. 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

N2. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, amfetamine?

1 Sì 2 No

N3. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, ecstasy e/o MDMA?

1 Sì 2 No

Se hai risposto **No**

ad entrambe le domande



vai alla **SEZIONE** successiva

N4. Quanti anni avevi quando hai provato stimolanti sintetici per la prima volta?

--	--

Anni

N5. 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

N6. 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"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

N7. 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"/>

N8. 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 |

N9. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di stimolanti sintetici?

- 1 No
- 2 Sì → **N9a. A quale età?** Anni

SEZIONE HEROINA ED ALTRI OPIACEI

O1. 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 |

O2. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, eroina?

- 1 Sì 2 No

O3. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, oppio e/o altri oppiacei e/o oppioidi (morfina, metadone, ...)?

- 1 Sì 2 No

Se hai risposto **No**

ad entrambe le domande



vai alla **SEZIONE** successiva

O4. Quanti anni avevi quando hai provato eroina e/o altri oppiacei per la prima volta?

 Anni

O5. 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	<input type="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

O6. In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato oppio e/o altri oppiacei e/o oppioidi (morfini, metadone, ...)?

	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

O7. 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O8. 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
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

O9. Negli ultimi 12 mesi, quali modalità hai utilizzato per assumere eroina?

	No	Sì
a) Sniffata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Per via endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Fumata/inalata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

O10. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di eroina?

1 No

2 Sì → **O10a. A quale età?** Anni

SEZIONE ALTRE SOSTANZE

P1. 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

P2. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, LSD?

1 Sì 2 No

P3. Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, altri allucinogeni

(ketamina, funghi allucinogeni)?

1 Sì 2 No

P4. 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



P5. Quanti anni avevi quando hai preso allucinogeni (LSD, ketamina, funghi allucinogeni) per la prima volta?

		Anni
--	--	------

P6. Quanti anni avevi quando hai preso sostanze solventi/inalanti (colle, gas, popper) per la prima volta?

		Anni
--	--	------

P7. 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	<input type="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

P8. 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	<input type="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

P9. 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	<input type="checkbox"/>						
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

P10. 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P11. 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

P12. Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di allucinogeni?

1 No

2 Sì → **P12a. A quale età?**

--	--

Anni

SEZIONE NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE (NPS)

P13. Nuove sostanze (NPS) che imitano gli effetti delle droghe illecite (come cannabis, ecstasy o allucinogeni) possono talvolta essere disponibili. Sono chiamate a volte "smart drug" e possono avere aspetti differenti, per es. miscele di erbe, polveri, cristalli o pasticche.

Hai mai usato queste sostanze?

1 No, non le ho usate

2 Non so / Non sono sicuro

Se hai risposto **No**

vai alla **SEZIONE** successiva

3 Sì → **P13a. Ti è capitato di averle usate negli ULTIMI 12 MESI?**

1 No

2 Sì → **P13b. In che forma/aspetto si presentavano?**

	No	Sì
a) Pasticche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Liquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Polvere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cristalli da fumare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Miscela di erbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Altra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

P14. Ripensa all'uso delle nuove sostanze negli ULTIMI 12 MESI. Come te le sei procurate?

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

Mi sono state date/ comprate da un amico	Le ho comprate in un negozi specializzato	Le ho comprate su Internet	Le ho comprate da uno spacciatore	Altro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P15. In quante occasioni hai fatto uso di metamfetamine (per es. MET, shaboo, ice, ecc.) negli ULTIMI 12 MESI ? (Segna una sola casella)

Numero di occasioni

0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

P16. In quante occasioni hai fatto uso di cannabis sintetica (spice)?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	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

P17. In quante occasioni hai fatto uso di altri catinoni sintetici (es. mefedrone, ecc.) negli ULTIMI 12 MESI ? (Segna una sola casella)

Numero di occasioni

0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

P18. Ti è capitato di assumere sostanze psicoattive senza sapere cosa stavi prendendo?

1 No

2 Sì → **P18a. In quante occasioni ti è capitato...?** (Segna una sola casella)

Numero di occasioni

0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o +
<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7

P18b. ... e in che forma/aspetto si presentavano?

	No	Sì
a) Pasticche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Liquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Polvere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cristalli da fumare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Miscela di erbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Altra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

SEZIONE ABITUDINI AL GIOCO

Q1. Hai mai giocato somme di denaro?

No

1

Sì

2

Q2. Hai mai giocato a giochi
in cui si vincono/perdono soldi?

(gratta e vinci, lotto, superenalotto,
totocalcio, slot machines,
videolottery, scommesse, giochi con
le carte, ...)

1 Sì

2 No

Se hai risposto NO



vai alla **SEZIONE** successiva

Q3. Hai mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro
sempre maggiori?

No

1

Sì

2

Q4. Ti sei sentito di dover tenere nascosta l'enità del tuo
giocare a quelli che ti stanno più vicino?

No

1

Sì

2

Q5. Quante volte hai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi?

Non ho mai
giocato

1

1 volta al mese
o meno

2

2-4 volte
al mese

3

2-3 volte
a settimana

4

4-5 volte
a settimana

5

6 o più volte
a settimana

6

Q6. 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

1

Più di 30 minuti
ma meno di
1 ora

2

Più di 1 ora
ma meno di
2 ore

3

Più di 2 ore
ma meno di
3 ore

4

Più di
3 ore

5

Q7. 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

Meno di 1 volta
al mese

2

1 volta
al mese

3

1 volta
a settimana

4

Ogni giorno o
quasi

5

Q8. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 10 e lotto / Win for Life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Totocalcio / Totogol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Slot machines, videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 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"/>
i) 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"/>
j) 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"/>
k) 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"/>
l) 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

Q9. 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 scommesse	Sale Bingo	Casinò (escluso online)	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q10. 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

Q11. Ripensa agli ULTIMI 12 MESI. Hai mai giocato somme di denaro su Internet?

1 No

Se hai risposto **NO**

vai alla **SEZIONE** successiva



2 Sì → **Q11a. 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

Q11b. A quali giochi ONLINE 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/ 10 e lotto/ Win for Life	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"/>
Slot machines, videolottery	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"/>	

Q11c. 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"/>

Q12. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hai sentito il bisogno di giocare quantitativi sempre più grandi di denaro per sentire la stessa sensazione di eccitamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Quando hai giocato, sei tornato di nuovo un altro giorno per rifarti del denaro perso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hai mai preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare denaro destinato al gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hai mai avuto la sensazione che potresti avere un problema con il gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Il gioco ti ha causato problemi di salute di qualsiasi tipo, incluso lo stress e l'ansia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o che ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensassi che ciò fosse vero o meno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Il fatto che tu giocassi ha mai causato problemi finanziari a te o alla tua famiglia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ti sei mai sentito in colpa per il tuo modo di giocare o delle conseguenze del tuo gioco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

CPGI

2

Q13. 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4
91-200 euro	201-500 euro	501-1000 euro	Più di 1000 euro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	6	7	8

Q14. Secondo te nell'ULTIMO ANNO con il gioco, complessivamente, sei rimasto in pari, sei andato "in rosso" o sei "in attivo"..?

In pari	In rosso	In attivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

Q14a. Se sei andato "IN ROSSO", secondo te, di quanto in tutto?

Meno di 50 euro	Tra 50-100 euro	Tra 100-200 euro	Tra 200-500 euro	Oltre 500 euro
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

Q14b. Se sei andato "IN ATTIVO", secondo te, di quanto in tutto?

Meno di 50 euro	Tra 50-100 euro	Tra 100-200 euro	Tra 200-500 euro	Oltre 500 euro
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

Q15. Quali dei seguenti gruppi di giochi in cui si vincono/perdono soldi secondo te sono vietati ai minori di 18 anni? (Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/ Superenalotto	Totocalcio/totogol, scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte	Bingo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q16. Secondo te, fare giochi ONLINE in cui si vincono/perdono soldi in Italia è vietato ai...

Minori di 14 anni	Minori di 16 anni	Minori di 18 anni	Non è vietato	Non so
<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

Q17. Sei a conoscenza se il Comune in cui abiti abbia approvato regole per limitare il gioco d'azzardo?

- 1 No
2 Sì

Q17a. Quali delle seguenti? (Segna tutte le caselle appropriate)

- Limitazione degli orari di accesso alle slot machines/videolottery
- Controllo della distanza delle scuole dai luoghi in cui si gioca d'azzardo
- Incentivi per i commercianti che rinuncino a offrire giochi d'azzardo
- Penalizzazioni per i commercianti che offrono giochi d'azzardo

Q18. Secondo te, in quali di questi gruppi di giochi conta anche l'abilità del giocatore?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Gratta e vinci/ 10 e lotto/ Win for Life	Lotto/Super- enalotto	Totocalcio/totogol, scommesse sportive o su altri eventi	Slot machines, videolottery	Poker texano (Texas hold'em), altri giochi con le carte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bingo	In nessuno di questi	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Q19. Secondo te c'è qualcuno che riesce a diventare ricco giocando d'azzardo?

(Segna tutte le caselle appropriate)

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| No,
è impossibile | Sì, è raro ma è possibile
qualcuno
molto bravo ci riesce | Sì, è raro ma è possibile
qualcuno
molto fortunato ci riesce |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Q20. Hai mai chiesto aiuto per smettere di giocare?

- 1 No
2 Sì

Q20a. A quale età?

Anni

Q21. Conosci una o più persone che praticano giochi illegali o non autorizzati dalla legislazione italiana?

- 1 No
2 Sì

Se hai risposto **NO**

vai alla **SEZIONE** successiva



Q22. Hai mai praticato giochi illegali o non autorizzati dalla legislazione italiana?

1 No

2 Sì → **Q22a. Quali giochi illegali o non autorizzati hai praticato?**

	No	Sì
a) Gratta e vinci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Superenalotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 10 e lotto / Win for Life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Totocalcio / Totogol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Slot machines, videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Scommesse sportive (calcio, tennis, big race)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altri giochi (roulette, dadi, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

Q23. A causa del tuo comportamento sul gioco d'azzardo, ti è mai capitato di?

(Segna tutte le caselle appropriate)

Aver preso illegalmente un prestito in denaro	Essere stato vittima di usura e/o racket	Aver causato danni fisici/economici ad altre persone	Aver avuto problemi con la Giustizia	Aver effettuato un furto di denaro	Aver effettuato un furto di oggetti di valore	Essere stato vittima di violenze/danni economici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE CONOSCENZA DEI SERVIZI

QUESTA SEZIONE RIGUARDA LA CONOSCENZA DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PRESENTI NEL TUO TERRITORIO

Y1. Quanto ti ritieni informato sulle modalità di accesso ai servizi sanitari offerti dalla tua Azienda Sanitaria, nel tuo territorio (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Y2. Nell'ambito delle dipendenze patologiche, quanto ti ritieni informato sulle modalità di accesso ai servizi sanitari offerti dalla tua Azienda Sanitaria, nel tuo territorio (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Y3. Le attività sanitarie e sociosanitarie a favore di persone con problemi di dipendenza, erogate dalla sua Azienda Sanitaria, prevedono l'offerta di diversi servizi per la cura dei comportamenti d'abuso di sostanze e di altre forme di dipendenze patologiche.

Quali dei seguenti servizi, per ognuna delle problematiche di dipendenza patologica elencate, sono presenti sul tuo territorio? (Segna tutte le opzioni appropriate, anche più di una per ogni riga)

	Sostanze lecite (alcol, tabacco)	Sostanze illecite (cannabis, cocaina, eroina, ...)	Gioco d'azzardo	Non so
a) Servizi per le Tossicodipendenze (SerT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Servizi di strada/unità mobili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Centro di salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Comunità terapeutiche accreditate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Servizi sociali degli Enti locali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Associazioni dei volontari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE INTERNET

R1. Ti sei mai collegato a Internet

negli ULTIMI 12 MESI?

1 Sì 2 No

Se hai risposto NO



vai alla **SEZIONE** successiva

R2. Quante volte al giorno usi questi strumenti per connetterti ad Internet?

(Segna una sola casella per ogni riga)

	Non ho lo strumento	Non lo uso per connettermi	Meno di 1 ora al giorno	1-5 ore al giorno	Più di 5 ore al giorno	Sto collegato tutto il giorno
a) PC (portatile o fisso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

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, ...	<input type="checkbox"/>				
b) Sto collegato a Internet per fare ricerche, leggere quotidiani, ecc...	<input type="checkbox"/>				
c) Sto collegato a Internet per scaricare film, musica, ecc...	<input type="checkbox"/>				
d) Sto collegato a Internet a siti per adulti	<input type="checkbox"/>				
e) Gioco su Internet a giochi di abilità, sudoku, biliardo, solitario, giochi con le parole, texas hold'em ...	<input type="checkbox"/>				
f) Gioco su Internet a giochi di ruolo o di avventura, giochi ambientati in mondi virtuali	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

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?	<input type="checkbox"/>				
b) Hai trascurato il lavoro per passare più tempo collegato a Internet?	<input type="checkbox"/>				
c) Hai ricevuto rimproveri da parte dei tuoi familiari o amici per il tempo trascorso su Internet?	<input type="checkbox"/>				
d) Hai perso ore di sonno perché sei rimasto sveglio fino a tardi collegato a Internet?	<input type="checkbox"/>				
e) Ti è capitato di sentirti nervoso quando non eri collegato, mentre poi sei stato benissimo una volta davanti al computer?	<input type="checkbox"/>				
f) Ti è capitato di aver scelto di stare collegato a Internet anziché uscire con gli amici/famiglia?	<input type="checkbox"/>				
	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"/>
e) Guidare e contemporaneamente usare il cellulare per telefonare/chattare o leggere messaggi senza l'utilizzo di auricolari/viva voce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Salire su un'auto e/o moto guidata da una persona che contemporaneamente usava il cellulare per telefonare/chattare o leggere messaggi senza l'utilizzo di auricolari/viva voce	<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) Ubbriacarsi 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. Negli ULTIMI 12 MESI hai avuto incidenti stradali mentre eri ALLA GUIDA di un'auto e/o moto?

1 No

2 Sì → **S3a. Questi incidenti sono stati causati dal tuo...**

(Segna tutte le caselle appropriate)

- Uso di droghe
- Uso di alcol
- Uso del cellulare
- Altro

S4. Negli ULTIMI 12 MESI sei stato vittima di un incidente stradale mentre eri PASSEGGERO in auto e/o moto?

1 No

2 Sì → **S4a. Questi incidenti sono stati causati perché il conducente...**

(Segna tutte le caselle appropriate)

- Aveva fatto uso di droghe
- Aveva fatto uso di alcol
- Stava usando il cellulare
- Altro

S5. 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"/>

SEZIONE STRESS

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

W1. 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

W2. Nel corso degli ULTIMI 12 MESI, 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"/>

W3. 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 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**.

X1. Indica la tua altezza ed il tuo peso

--	--	--

Altezza cm.

--	--	--

Peso kg.

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.

X2. 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**.

X3. Ripensa all'ultimo anno. Con quale frequenza hai fatto attività fisica?

Mai	Poche volte l'anno	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	3-4 volte a settimana	Quasi ogni giorno
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

X4. Quando ti alleni o fai esercizio fisico, qual è la durata media della sessione?

Meno di 30 minuti	Fino a 1 ora	Fino a 2 ore	Più di 2 ore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

X5. 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

X6. 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"/>

X7. A quale livello pratichi prevalentemente il tuo esercizio fisico? (Segna una sola casella)

Amatoriale, quando capita	Professionistico/ agonistico (gioco in una squadra, faccio parte di un club, ...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

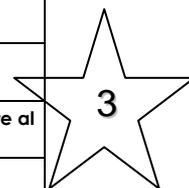
ABITUDINI ALIMENTARI

Ti chiediamo ancora un po' di attenzione per compilare il questionario che trovi nell'ultima pagina. Esso riguarda le tue abitudini alimentari e, rispondendo alle domande, ci aiuterai a capire se in Italia si segue una corretta **Dieta Mediterranea**.

Rispondi barrando uno dei simbolini su ciascuna domanda. Una volta terminato, potrai calcolare il tuo **punteggio** come indicato nell'opuscolo delle Istruzioni, e verificare quanto è sana la tua dieta.

Z1. Con quale frequenza consumi i seguenti alimenti?

	FREQUENZA DI CONSUMO AL GIORNO				
	Mai	Meno di 1 volta al giorno	1 volta al giorno	2 volte al giorno	3 o più volte al giorno
a) Pasta, riso <u>non</u> integrali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pasta, riso integrali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mai	Meno di 1 volta al giorno	1-2 volte al giorno	3-4 volte al giorno	5 o più volte al giorno
c) Pane, fette biscottate <u>non</u> integrali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pane, fette biscottate integrali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Frutta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Verdura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Olio extravergine di oliva per cucinare e condire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Yogurt/latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FREQUENZA DI CONSUMO ALLA SETTIMANA				
	Mai	Meno di 1 volta a settimana	1-3 volte a settimana	4-6 volte a settimana	7 o più volte a settimana
i) Legumi (fagioli, ceci, lenticchie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Frutta a guscio (noci, mandorle, nocciole,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Patate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Carne rossa (bovino, vitello, maiale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Insaccati, affettati, salumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Toast, panini imbottiti, tramezzini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Alimenti dolci confezionati (biscotti, merendine...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Bevande dolci (succhi di frutta, gassate...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Carne bianca (pollo, tacchino, coniglio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Formaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Gelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Burro, grassi animali, margarina per cucinare e per condire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Z2. Quante volte alla settimana consumi le seguenti bevande durante i pasti?

	Mai	Meno di 1 volta a settimana	1-3 volte a settimana	4-6 volte a settimana	7 o più volte a settimana
a) Vino rosso/bianco (massimo 1 bicchiere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Birra (massimo 1 lattina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>