



IPSAD® 2022

ITALIAN POPULATION SURVEY ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS

Uno studio nazionale sugli stili di vita degli Italiani e sul loro rapporto con la dipendenza.

Cos'è IPSAD e perché è importante partecipare?

IPSAD® è uno studio del Consiglio Nazionale delle Ricerche sugli stili di vita, sui consumi di sostanze e altri comportamenti a rischio.

La ricerca si basa sull'invio a un campione di popolazione del questionario postale anonimo che hai appena ricevuto.

Le informazioni che ci darai sono preziose e ci aiuteranno a:

- conoscere e comprendere i fenomeni emergenti;
- capire le conseguenze di alcune abitudini di vita, come l'uso di farmaci, il consumo di alcol, il fumo e l'uso di droghe;
- supportare lo sviluppo di efficaci interventi di prevenzione e di politica sociale.

Come si compila il questionario?

La compilazione del questionario anonimo ti richiede mediamente una ventina di minuti, puoi rispondere anche in più giorni e non devi scrivere i tuoi dati personali. Per compilare il questionario fai una crocetta sulle tue risposte, inserisci il questionario nella busta preaffrancata e mettila, senza nessun costo da parte tua, in una cassetta delle Poste Italiane. Se preferisci, puoi compilare il questionario online con il tuo smartphone o tablet. Inquadra il QR code con la fotocamera o con qualsiasi APP di lettura del codice e accedi direttamente alla compilazione.

Perché sono stato scelto proprio io?

Sei stato scelto casualmente e solo per questo studio dalle liste anagrafiche del tuo Comune, che saranno trattate nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679; GDPR, D. lgs. n. 196/2003; D. lgs. 101/2018). Una volta terminato il progetto, le liste verranno distrutte. Le informazioni che ci darai sono soggette al segreto statistico e trattate in forma anonima e aggregata, secondo modalità che non consentiranno mai di risalire a te, come disposto dal GDPR.

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

Se hai bisogno di maggiori informazioni su come usiamo i dati che ci stai aiutando a raccogliere, vai sul nostro sito www.epid.ifc.cnr.it

Grazie per il tuo aiuto!

Cordiali saluti,

dott.ssa Sabrina Molinaro

Responsabile studio IPSAD®

Responsabile Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari Istituto di Fisiologia Clinica - CNR

SEZIONE A: DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

A1 Sesso 1 Maschio 2 Femmina

A2 Età Anni compiuti

A3 Sei nato/a in Italia? 1 Sì

2 No

→ **A3a**

Se hai risposto No, indica quanti anni avevi quando ti sei trasferito/a in Italia

Anni

A4 Uno o entrambi i tuoi genitori provengono da un altro Stato?

1 No

2 Sì, uno

3 Sì, entrambi

A4a Se hai risposto Sì, indica l'area geografica dello stato di provenienza

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

(1) Nord Europa

(2) Ovest Europa

(3) Est Europa

(4) Sud Europa

(5) Centro Asia

(6) Est Asia

(7) Sud Est Asia

(8) Sud Asia

(9) Ovest Asia

(10) Nord Africa

(11) Centro Africa

(12) Est Africa

(13) Sud Africa

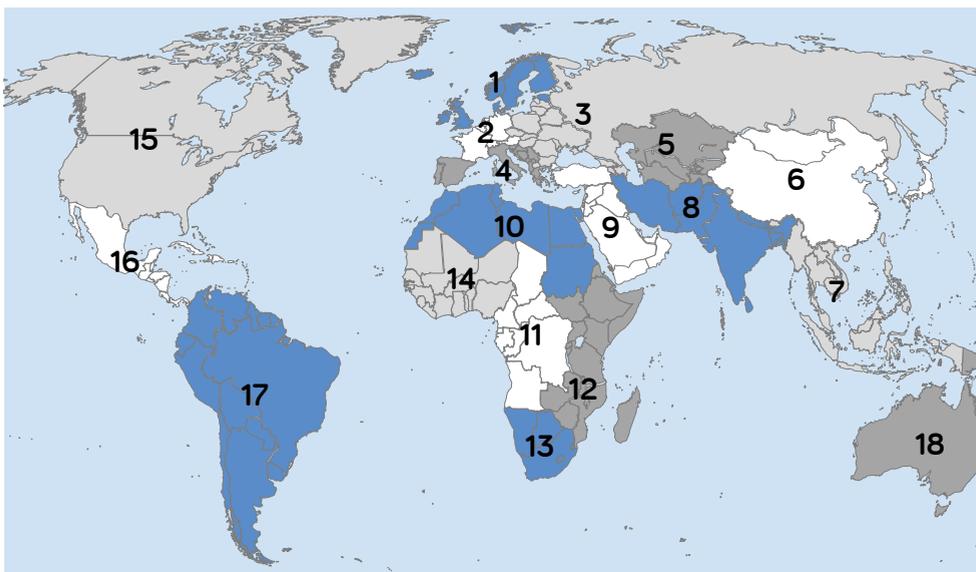
(14) Ovest Africa

(15) Nord America

(16) Centro America

(17) Sud America

(18) Oceania



A5 Qual è il tuo stato civile?

- 1 Celibe/Nubile 4 Separato/a
 2 Coniugato/a 5 Divorziato/a
 3 Unito/a civilmente 6 Vedovo/a

A6 Hai figli/e?

- 1 No
 2 Sì ↘

A6a Quanti figli/e hai?Numero
A6b Quanti vivono con te?**A7 Con chi hai abitato prevalentemente negli ultimi 12 mesi?**

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

A8 Quale titolo di studio hai conseguito?

- 1 Nessuno 2 Elementari 3 Medie inferiori 4 Qualifica superiore (3 anni)
 5 Diploma/Maturità 6 Laurea Breve (3 anni) 7 Laurea 8 Post laurea

A9 Attualmente sei...

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

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

A10 Facendo riferimento alla situazione economica della tua famiglia, tu la definiresti...

- 1 Molto ricca 2 Ricca 3 Né povera né ricca 4 Povera 5 Molto povera

A11 Lo scorso anno, a quale cifra si avvicinava maggiormente il tuo reddito netto mensile personale?

- 1 0 Euro/Nessun reddito
 2 Meno di 1.000 Euro
 3 Da 1.000 a 1.500 Euro
 4 Da 1.500 a 2.000 Euro
 5 Da 2.000 a 3.000 Euro
 6 Da 3.000 a 5.000 Euro
 7 Oltre 5.000 Euro
 8 Non so

A12 Lo scorso anno, a quale cifra si avvicinava maggiormente il reddito netto mensile della tua famiglia?

- 1 0 Euro/Nessun reddito
 2 Meno di 1.000 Euro
 3 Da 1.000 a 1.500 Euro
 4 Da 1.500 a 2.000 Euro
 5 Da 2.000 a 3.000 Euro
 6 Da 3.000 a 5.000 Euro
 7 Oltre 5.000 Euro
 8 Non so

A13 Lo scorso anno, tu o un tuo familiare convivente avete ricevuto dei contributi pubblici in denaro per integrare il vostro reddito familiare considerato troppo basso?

- 1 No 2 Sì, una volta 3 Sì, più di una volta

SEZIONE B: LAVORO

B1 Hai un lavoro? 1 Sì

2 No → [Passa alla domanda B6](#)

B2 Facendo riferimento all'unica o alla principale attività lavorativa, svolgi...

- 1 Un lavoro come dipendente → **B2a Si tratta di un lavoro a termine?**
- 1 No, non ha scadenza (tempo indeterminato)
- 2 Sì, ha una scadenza temporale (tempo determinato)
- 2 Un lavoro di collaborazione coordinata e continuativa (con o senza progetto)
- 3 Una prestazione d'opera occasionale

4 Un lavoro autonomo (imprenditore/trice, libero/a professionista, lavoratore/trice in proprio) → [Se hai un lavoro autonomo, passa alla domanda B5](#)

B3 Il tuo rapporto di lavoro è regolato da un contratto o da un accordo verbale con il/la datore/trice di lavoro?

- 1 Contratto 2 Accordo verbale

B4 Sei inquadrato/a come ...?

- 1 Dirigente 2 Quadro 3 Impiegato/a 4 Operaio/a 5 Apprendista
- 6 Lavoratore/trice presso il proprio domicilio per conto di un'impresa

B5 In che ambito lavori?

- 1 Agricoltura, caccia-pesca 2 Industria manifatturiera, energia 3 Costruzioni
- 4 Commercio, ristorazione 5 Trasporti, comunicazioni 6 Intermediazione, noleggio
- 7 Pubblica Amministrazione, Difesa 8 Istruzione, sanità, servizi sociali 9 Altri servizi

B6 Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria COVID-19 ci sono stati dei cambiamenti nel tuo ambito lavorativo?

- 2 No } → [Se hai risposto No o Non ho un lavoro, passa alla domanda B7](#)
- 3 Non ho un lavoro }

1 Sì → **Quali cambiamenti ci sono stati nel tuo lavoro?**

B6a Lavoro dipendente

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

- Riduzione orario di lavoro
- Sospensione dal lavoro/ferie/congedo straordinario
- Cassa integrazione (CUGD, FIS)
- Licenziamento
- Attività lavorativa in modalità agile (smart working, lavoro da remoto)
- Nuova attività lavorativa/assunzione
- Intensificazione orario straordinario/supplementare
- Altro

B6b Lavoro autonomo

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

- Riduzione/sospensione temporanea dell'attività lavorativa
- Utilizzo ammortizzatori sociali (Cassa Integrazione, FIS)
- Chiusura/cessazione dell'attività lavorativa
- Avvio nuova attività lavorativa
- Aumento dell'attività lavorativa
- Altro

B7 Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria COVID-19 ci sono stati dei cambiamenti nella tua condizione economica/finanziaria?

1 No → Passa alla domanda B8

2 Sì ↓

B7a Reddito

- 1 Sì, è diminuito
2 No, è rimasto invariato
3 Sì, è aumentato

B7b Risparmi (capacità di risparmio)

- 1 Ho speso più del reddito e ho utilizzato i miei risparmi
2 Ho speso tutto il reddito, senza riuscire a risparmiare nulla
3 Ho speso meno del reddito, riuscendo a mettere da parte qualche risparmio

B7c Pagamenti (tasse, mutui, affitti, bollette e altre spese fisse)

- 1 Ho rispettato la scadenza
2 Non sono stato/a in grado di rispettare la scadenza

B7d Prestiti

- 1 Sì, ho avuto la necessità di chiedere un prestito
2 No, non ho avuto la necessità di chiedere un prestito

B8 Dall'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria COVID-19 hai richiesto/ricevuto sostegni economici pubblici e/o privati?

1 No, non li ho richiesti perché non ne ho avuto la necessità

2 No, non li ho richiesti a causa della eccessiva difficoltà per accedere alle procedure

} Se non li hai richiesti,
passa alla Sezione successiva

3 Sì ↓

B8a Se hai risposto Sì, indica quale tipo e specifica se lo hai anche ricevuto

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

	Richiesto	Ricevuto
a) Sostegni economici (Bonus vacanze, bonus babysitter, bonus affitto, indennità/bonus per le partite IVA e professionisti, Fondo di garanzia per Piccole Medie Imprese e Professionisti, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sostegni per beni alimentari e/o di prima necessità (Buoni Spesa, Servizio solidale "Spesa Sospesa", "Pacco Alimentare", "Banco Farmaceutico", ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Altre agevolazioni/misure di sostegno (Sospensione/moratoria del pagamento delle rate del mutuo, affitto, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE C: ALCOL

C1 Hai mai bevuto alcolici almeno una volta in vita tua?

1 Sì

2 No

→ [Passa alla Sezione successiva](#)

C2 Quanti anni avevi quando hai bevuto alcolici per la prima volta?

Anni

C3 Hai bevuto alcolici negli ultimi 12 mesi?

1 No → [Passa alla domanda C5](#)

2 Sì ↴

C3a Con quale frequenza hai consumato alcol negli ultimi 12 mesi?

1 Una 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

C3b Quanti drink hai assunto in un giorno tipico in cui hai bevuto negli ultimi 12 mesi?

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

1 0 drink 2 1-2 drink 3 3-4 drink 4 5-6 drink 5 7-9 drink 6 10 o più drink

C3c Ti è capitato di bere 6 o più drink in una singola occasione negli ultimi 12 mesi?

1 Mai 2 Meno di una volta al mese 3 Almeno una volta al mese 4 Almeno una volta a settimana 5 Quotidianamente o quasi

C4 Hai bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni?

1 No → [Passa alla domanda C5](#)

2 Sì ↴

C4a In quante occasioni hai bevuto almeno un alcolico negli ultimi 30 giorni?

1 Meno di una volta a settimana 2 Almeno una volta a settimana 3 Diverse volte a settimana 4 Quotidianamente o quasi

C4b In quante occasioni hai bevuto uno o più dei seguenti alcolici negli ultimi 30 giorni?

	Meno di una volta a settimana	Almeno una volta a settimana	Diverse volte a 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

C4c Se bevi alcolici tutti i giorni, mediamente quanti ne assumi?

- 1 Non bevo
alcolici tutti
i giorni
- 2 1 drink
- 3 2 drink
- 4 3 drink
- 5 4 drink
- 6 5-6 drink
- 7 7-8 drink
- 8 9 o più drink

C4d Ti è capitato di bere 6 o più drink in una singola occasione negli ultimi 30 giorni?

- 1 Mai
- 2 Meno di
una volta
al mese
- 3 Almeno
una volta
al mese
- 4 Almeno
una volta
a settimana
- 5 Quotidianamente
o quasi

C4e Quanto hai speso per l'acquisto di alcolici negli ultimi 30 giorni?

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

**C5 Hai mai pensato di
smettere di bere alcolici?**

- 1 No
- 2 Sì

**C6 Sei mai stato/a criticato
per il tuo bere?**

- 1 No
- 2 Sì

**C7 Ti sei mai sentito/a in colpa
per il tuo bere?**

- 1 No
- 2 Sì

**C8 Hai mai bevuto alcolici al
mattino, per calmare i nervi?**

- 1 No
- 2 Sì

C9 Quante volte, se lo hai fatto, ti sei ubriacato/a?

- | | 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 |

C10 Nelle occasioni in cui ti è capitato di ubriacarti, di solito, in che situazione ti trovavi?

(Indica la situazione più frequente)

- 1 Non mi è mai capitato di ubriacarmi
- 2 Da solo/a in casa
- 3 Da solo/a in un luogo pubblico (bar, pub, discoteca)
- 4 Con amici in casa
- 5 Con amici in un luogo pubblico (bar, pub, discoteca)

SEZIONE D: ABITUDINI AL FUMO

D1 Hai mai fumato tabacco almeno una volta in vita tua?

1 Sì

2 No

→ [Passa alla Sezione successiva](#)

D2 Quanti anni avevi quando hai iniziato a fumare?

Anni

D3 Attualmente hai smesso di fumare?

1 No → [Se hai risposto No passa alla domanda D4](#)

2 Sì

D3a A che età hai smesso di fumare?

Anni

D3b Quante sigarette al giorno fumavi?

1 1-10 sigarette

2 11-20 sigarette

3 Più di 20 sigarette

D4 Hai mai usato qualcuno di questi prodotti per fumare?

	Mai	Più di 12 mesi fa	Negli ultimi 12 mesi	Negli ultimi 30 giorni
a) Sigarette in pacchetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sigarette fatte a mano con tabacco sfuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sigari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Dispositivi a tabacco riscaldato (IQOS, GLO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Pipa ad acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tabacco da sniffo/fiuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

D5 Con quale frequenza hai fumato sigarette tradizionali, se ti è capitato di farlo?

	Mai	Meno di 1 sigaretta a settimana	Meno di 1 sigaretta al giorno	1-5 sigarette al giorno	6-10 sigarette al giorno	11-20 sigarette al giorno	Più di 20 sigarette al giorno
a) Negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Negli ultimi 30 giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

D6 Quanto hai speso per l'acquisto di tabacco (escluso sigarette elettroniche) negli ultimi 30 giorni?

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

D7 Secondo te, fumare sigarette in Italia è vietato ai...

1 Minori di 14 anni 2 Minori di 16 anni 3 Minori di 18 anni 4 Non è vietato 5 Non so

SEZIONE E: SIGARETTE ELETTRONICHE

E1 Hai mai usato sigarette elettroniche?

1 Sì

2 No

→ [Passa alla Sezione successiva](#)

E2 Quando hai usato sigarette elettroniche?

1 Più di 12 mesi fa

2 Negli ultimi 12 mesi

3 Negli ultimi 30 giorni

E3 Quanti anni avevi quando hai usato la prima sigaretta elettronica?

Anni

E4 Quanti anni avevi quando hai iniziato a usare la sigaretta elettronica ogni giorno?

Anni

E5 Perché hai provato per la prima volta le sigarette elettroniche?

1 Per smettere di fumare sigarette

2 Curiosità

3 Perché me l'hanno offerta degli amici

E6 Perché attualmente usi sigarette elettroniche?

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

Le preferisco

Penso facciano meno male

Mi è stata consigliata dal medico per cessazione

E7 Nella ricarica del tuo dispositivo elettronico ti è capitato di utilizzare...

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

Nicotina
(liquidi o sali)

Aromi

CBD

Contenuto sconosciuto/
Non so

E8 Secondo te, fumare sigarette elettroniche in Italia è vietato ai...

1 Minori di 14 anni

2 Minori di 16 anni

3 Minori di 18 anni

4 Non è vietato

5 Non so

SEZIONE F: ESPOSIZIONE AL FUMO PASSIVO

F1 A casa tua, dove si possono fumare le sigarette tradizionali (considerando tutti i familiari e gli ospiti)?

1 Ovunque

2 Solo in alcuni locali all'interno della casa
(es. in cucina o in bagno)

3 Da nessuna parte all'interno della casa

4 Non so

F2 A casa tua, dove si possono usare sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato (considerando tutti i familiari e gli ospiti)?

1 Ovunque

2 Solo in alcuni locali all'interno della casa
(es. in cucina o in bagno)

3 Da nessuna parte all'interno della casa

4 Non so

F3 Negli ultimi 30 giorni, quanto tempo sei stato esposto/a al fumo passivo di sigarette tradizionali, in media, al giorno?

Indicare il tempo in Ore:Minuti

Ore Minuti

F4 Negli ultimi 30 giorni, quanto tempo sei stato esposto/a al fumo passivo di sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato, in media, al giorno?

Indicare il tempo in Ore:Minuti

Ore Minuti

SEZIONE G: CANNABIS LIGHT

G1 Conosci o hai mai sentito parlare di cannabis light, anche detta cannabis legale?

- 1 Sì 2 No

G2 Quanto sarebbe possibile per te procurarti cannabis light, nel giro di 24 ore?

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

G3 Hai mai usato cannabis light almeno una volta in vita tua?

- 1 Sì 2 No → [Passa alla Sezione successiva](#)

G4 In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato cannabis light?

- | | 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 |

G5 Quale era la forma dei prodotti a base di cannabis light che hai utilizzato negli ultimi 12 mesi?

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

- Non l'ho usata negli ultimi 12 mesi
- Erba sfusa
- Resina sfusa
- Liquidi per sigaretta elettronica
- Prodotti commestibili
- Cristalli
- Prodotti cosmetici
- Altro

G6 Perché hai utilizzato cannabis light negli ultimi 12 mesi?

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

- Non l'ho usata negli ultimi 12 mesi
- Per smettere di fumare
- Per curiosità
- Per rilassarmi e /o dormire meglio
- Perché acquistarla non è reato
- Perché si trova più facilmente della cannabis
- Perché ho avuto problemi legati al possesso di cannabis
- Perché la usano i miei amici e/o conoscenti

*LA CANNABIS LIGHT È ANCHE
DETTA CANNABIS LEGALE (CANAPA
SATIVA O HASHISH AD ALTO CONTENUTO
DI CBD - CANNABIDIOLIO, IN CUI LA
PERCENTUALE DI THC –
TETRAIDROCANNABINOLO NON È
SUPERIORE ALLO 0,5%)*

G7 In quali posti puoi procurarti facilmente cannabis light?

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

- In un negozio dedicato (grow shop) o distributore automatico
- Presso un tabacchi
- Su internet (shop online)
- Tramite amici
- In casa
- Altro

G8 Quanto hai speso per l'acquisto di cannabis light negli ultimi 30 giorni?

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

SEZIONE H: CANNABIS (HASHISH E/O MARIJUANA)

H1 Quanto sarebbe possibile per te procurarti cannabis, nel giro di 24 ore?

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

H2 Hai mai usato cannabis almeno una volta in vita tua?

- 1 Sì 2 No → [Passa alla Sezione successiva](#)

H3 Quanti anni avevi quando hai provato cannabis per la prima volta?

Anni

H4 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 |

H5 Quale tipo di cannabis hai utilizzato negli ultimi 12 mesi?

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

- Non l'ho usata negli ultimi 12 mesi
 Resina di cannabis/Fumo/Hashish
 Erba/Marijuana

H6 In quali posti puoi procurarti facilmente cannabis?

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

- Fuori per strada, parco, spiaggia o luogo all'aperto
 A scuola
 A casa di amici
 In discoteca, al bar, ecc.
 A casa di uno spacciatore
 Via Internet
 Manifestazioni pubbliche (Rave party, Concerti, Fiere, ecc.)
 A casa mia

H7 Quanto hai speso per l'acquisto di cannabis negli ultimi 30 giorni?

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

H8 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/a? | <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 |

SEZIONE I: COCAINA E/O CRACK

11 Quanto sarebbe possibile per te procurarti cocaina e/o crack, nel giro di 24 ore?

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

12 Hai mai usato cocaina e/o crack almeno una volta in vita tua?

- 1 Sì 2 No [→ Passa alla domanda 18](#)

13 Quanti anni avevi quando hai provato cocaina e/o crack per la prima volta?

Anni

14 In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato cocaina e/o crack?

	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

15 In quali posti puoi procurarti facilmente cocaina e/o crack?

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

- Fuori per strada, parco, spiaggia o luogo all'aperto
 A scuola
 A casa di amici
 In discoteca, al bar, ecc.
 A casa di uno spacciatore
 Via Internet
 Manifestazioni pubbliche (Rave party, Concerti, Fiere, ecc.)
 A casa mia

16 Quali modalità hai utilizzato per assumere cocaina negli ultimi 12 mesi?

(Segna tutte le risposte appropriate)

	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"/>
e) Per via orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

17 Quanto hai speso per l'acquisto di cocaina e/o crack negli ultimi 30 giorni?

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

SOSTANZE SCONOSCIUTE

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

- 1 Sì 2 No [→ Passa alla Sezione successiva](#)

18a In quante occasioni ti è capitato?

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

18b In che forma/aspetto si presentavano?

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

- Pasticche Polvere Miscela di erbe
 Liquido Cristalli da fumare Altra forma

SEZIONE J: SOSTANZE STIMOLANTI SINTETICHE

J1 Quanto sarebbe possibile per te procurarti stimolanti sintetici, nel giro di 24 ore?

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

J2 Hai mai usato, almeno una volta in vita tua...?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | Si | No | |
| J2a Amfetamine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | } Se hai risposto No a tutte le domande, passa alla Sezione successiva |
| J2b Metamfetamine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| J2c Ecstasy e/o MDMA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 1 | 2 | |

J3 Quanti anni avevi quando hai provato stimolanti sintetici per la prima volta?

Anni

J4 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 |

J5 In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato metamfetamine (MET, shaboo, ice, ecc.)?

- | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 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 |

J6 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 |

J7 In quali posti puoi procurarti facilmente stimolanti sintetici?

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fuori per strada, parco, spiaggia o luogo all'aperto | <input type="checkbox"/> Manifestazioni pubbliche (Rave party, Concerti, Fiere, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> A scuola | <input type="checkbox"/> A casa di uno spacciatore |
| <input type="checkbox"/> A casa di amici | <input type="checkbox"/> Via Internet |
| <input type="checkbox"/> In discoteca, al bar, ecc. | <input type="checkbox"/> A casa mia |

J8 Quanto hai speso per l'acquisto di stimolanti sintetici negli ultimi 30 giorni?

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

SEZIONE K: EROINA, ALTRI OPPIACEI E OPPIOIDI

K1 Quanto sarebbe possibile per te procurarti eroina, nel giro di 24 ore?

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

K2 Hai mai usato, almeno una volta in vita tua...?

K2a Eroina

Si

No

K2b Metadone

K2c Altri oppiacei e/o oppioidi (oppio, morfina, ossicodone, ecc.)

1 2

Se hai risposto No a tutte le domande, passa alla Sezione successiva

K3 Quanti anni avevi quando hai provato eroina e/o altri oppiacei e/o altri oppioidi per la prima volta?

Anni

K4 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 |

K5 In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato 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 |

K6 In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato oppiacei e/o oppioidi (oppio, morfina, ossicodone, ecc.)?

- | | 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 |

K7 In quali posti puoi procurarti facilmente eroina?

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

- Fuori per strada, parco, spiaggia o luogo all'aperto
- A scuola In discoteca, al bar, ecc.
- A casa di amici A casa di uno spacciatore
- Via Internet A casa mia
- Manifestazioni pubbliche (Rave party, Concerti, Fiere, ecc.)

K8 Quali modalità hai utilizzato per assumere eroina negli ultimi 12 mesi?

(Segna tutte le risposte appropriate)

- | | Si | No |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| e) Per via orale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 |

K9 Quanto hai speso per l'acquisto di eroina negli ultimi 30 giorni?

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

SEZIONE L: ALTRE SOSTANZE (LSD, ALTRI ALLUCINOGENI, SOSTANZE SOLVENTI/INALANTI)

L1 Quanto sarebbe possibile per te procurarti LSD, altri allucinogeni o sostanze solventi/inalanti, nel giro di 24 ore?

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

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

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| L2a LSD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L2b Altri Allucinogeni (ketamina, funghi allucinogeni) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L2c Sostanze solventi/inalanti (colle, gas, popper)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 |
- Se hai risposto No a tutte le domande, passa alla Sezione successiva

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

- L3a** allucinogeni? (LSD, ketamina, funghi allucinogeni) Anni
- L3b** sostanze solventi/Inalanti? (colle, gas, popper)? Anni

L4 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 |

L5 In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato altri allucinogeni (ketamina, funghi allucinogeni)?

- | | 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 In quante occasioni, se ce ne sono state, hai usato solventi/inalanti (colle, gas, popper)?

- | | 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 |

L7 In quali posti puoi procurarti facilmente allucinogeni?

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fuori per strada, parco, spiaggia o luogo all'aperto | <input type="checkbox"/> Manifestazioni pubbliche (Rave party, Concerti, Fiere, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> A scuola | <input type="checkbox"/> A casa di uno spacciatore |
| <input type="checkbox"/> A casa di amici | <input type="checkbox"/> Via Internet |
| <input type="checkbox"/> In discoteca, al bar, ecc. | <input type="checkbox"/> A casa mia |

L8 Quanto hai speso per l'acquisto di allucinogeni negli ultimi 30 giorni?

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

SEZIONE M: NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE (NPS)

M1 Hai mai utilizzato NPS?

- 1 Sì 2 No 3 Non so/Non sono sicuro/a → [Passa alla Sezione successiva](#)

TALVOLTA POSSONO ESSERE DISPONIBILI NUOVE SOSTANZE (NPS) CHE IMITANO GLI EFFETTI DELLE DROGHE ILLECITE (COME CANNABIS, ECSTASY O ALLUCINOGENI). SONO CHIAMATE A VOLTE “SMART DRUGS” E POSSONO AVERE ASPETTI DIFFERENTI, COME MISCELE DI ERBE, POLVERI, CRISTALLI O PASTICCHE.

M2 Ti è capitato di averle usate negli ultimi 12 mesi?

- 1 No → [Passa alla domanda M6](#)

- 2 Sì ↴

M2a In che forma/aspetto si presentavano?

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

- Pasticche Polvere Miscela di erbe
 Liquido Cristalli da fumare Altra forma

M2b Ripensa agli ultimi 12 mesi. Come te le sei procurate?

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

- Mi sono state date/comprate da amici Le ho comprate in un negozio specializzato Le ho comprate su Internet Le ho comprate da uno spacciatore Altro

M3 In quante occasioni hai fatto uso di cannabinoidi sintetici (spice, K2, black mamba, ecc.)?

	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

M4 In quante occasioni hai fatto uso di catinoni sintetici (mefedrone, metilone, “sali da bagno”, ecc.)?

	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 quante occasioni hai fatto uso di oppioidi sintetici (fentanili, ecc.)?

	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

SEZIONE N: GIOCO D'AZZARDO

LE DOMANDE DI QUESTA SEZIONE HANNO L'INTENTO DI RACCOGLIERE INFORMAZIONI SUI GIOCHI IN CUI SI POSSONO VINCERE E/O PERDERE SOLDI: I GIOCHI D'AZZARDO (GRATTA E VINCI, LOTTO, SUPERENALOTTO, TOTOCALCIO, SLOT MACHINE, VIDEOLOTTERY, SCOMMESSE, GIOCHI CON LE CARTE, ECC.).

N1 Hai mai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi?

(Gratta e Vinci, Lotto, Superenalotto, Totocalcio, Slot Machine, Videolottery, scommesse, giochi con le carte, ecc.)

1 Sì

2 No

→ [Passa alla domanda N15](#)

N2 Hai mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?

1 Sì

2 No

N3 Ti sei sentito/a di dover tenere nascosta l'entità del tuo giocare a coloro che ti sono più vicini?

1 Sì

2 No

I GIOCHI D'AZZARDO ONSITE SI POSSONO FARE RECANDOSI NELLE RICEVITORIE, SALE SCOMMESSA, SALE BINGO, IN EDICOLA, AL BAR O AUTOGRILL, ECC.

I GIOCHI D'AZZARDO ONLINE SI POSSONO FARE COLLEGANDOSI A INTERNET CON UN PC, TABLET, SMARTPHONE O CONSOLE.

N4 Quante volte hai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi?

	Mai	Una 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
N4a Gioco ONSITE	<input type="checkbox"/>					
N4b Gioco ONLINE	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

N5 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

N6 Quante volte hai passato più di 2 ore consecutive giocando a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi?

Mai	Una 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"/>					
1	2	3	4	5	6

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO I GIOCHI D'AZZARDO ONSITE

N7 Ripensa agli ultimi 12 mesi. In quante occasioni hai fatto giochi d'azzardo ONSITE?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	Meno di una volta al mese	Una 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 Machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Scommesse sportive (calcio, ippica, tennis, big race, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) 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"/>
k) 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, ecc.)	<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, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Scommesse virtuali	<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

N8 Ripensa agli ultimi 12 mesi. In quali luoghi hai giocato (escludendo i giochi su Internet)?

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

- Non ho giocato negli ultimi 12 mesi
- Sale scommessa
- Sale Bingo
- Casinò (escluso online)
- Circoli ricreativi, club privati
- Bar, tabacchi, pub
- Sale gioco
- A casa mia o di amici

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO I GIOCHI D'AZZARDO ONLINE

N9 Ripensa agli ultimi 12 mesi. Hai mai giocato somme di denaro su Internet?

1 No → Passa alla domanda N10

2 Sì ↓

N9a Quante volte hai giocato ai seguenti giochi d'azzardo ONLINE negli ultimi 12 mesi?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	Una 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
a) Gratta e Vinci	<input type="checkbox"/>					
b) Lotto	<input type="checkbox"/>					
c) Superenalotto	<input type="checkbox"/>					
d) 10 e Lotto/Win for Life	<input type="checkbox"/>					
e) Totocalcio/Totogol	<input type="checkbox"/>					
f) Bingo	<input type="checkbox"/>					
g) Slot Machine	<input type="checkbox"/>					
h) Videolottery	<input type="checkbox"/>					
i) Scommesse sportive (calcio, ippica, tennis, big race, ecc.)	<input type="checkbox"/>					
j) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>					
k) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>					
l) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, ecc.)	<input type="checkbox"/>					
m) Altri giochi (roulette, dadi, ecc.)	<input type="checkbox"/>					
n) Scommesse virtuali	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

N9b Quali modalità hai scelto per giocare su Internet?

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

- Smartphone
- Tablet
- Computer fisso o portatile
- TV
- Console per giochi elettronici

LE DOMANDE CHE SEGUONO RIGUARDANO I GIOCHI D'AZZARDO IN GENERALE (SIA ONSITE, SIA ONLINE)

N10 Ripensa agli ultimi 12 mesi e segna una risposta per ogni domanda proposta di seguito

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	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

N11 Quante volte hai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 30 giorni?

Mai	Una 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"/>					
1	2	3	4	5	6

N12 Quanto hai speso per fare giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 30 giorni?

Zero euro	10 euro o meno	11-50 euro	51-90 euro	91-200 euro	201-500 euro	501-1.000 euro	Più di 1.000 euro
<input type="checkbox"/>							
1	2	3	4	5	6	7	8

N13 Secondo te nell'ultimo anno con il gioco, complessivamente, sei rimasto "in pari", sei andato "in rosso" o sei "in attivo"?

1 In pari 2 In rosso 3 In attivo → [Passa alla domanda N13a](#)

N13a Se sei andato "in rosso" o "in attivo", secondo te, di quanto in tutto?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Zero euro	Meno di 50 euro	50-100 euro	101-200 euro	201-500 euro	Oltre 500 euro
N13a1 In rosso	<input type="checkbox"/>					
N13a2 In attivo	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

N14 A causa del tuo comportamento di gioco d'azzardo, ti è mai capitato di...

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

- Aver chiesto illegalmente un prestito in denaro
- Essere stato/a 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/a vittima di violenze/danni economici

N15 Quanto dista a piedi il luogo più vicino dove potresti giocare?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

- | | Meno di 5 minuti | 5-10 minuti | Più di 10 minuti |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Da casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Dal luogo dove lavori/studi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 |

N16 Secondo te, in Italia è vietato...

(Segna una sola opzione per ogni riga)

- | | Ai minori di 14 anni | Ai minori di 16 anni | Ai minori di 18 anni | Non è vietato | Non so |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Giocare d'azzardo ONLINE (Internet) | <input type="checkbox"/> |
| b) Giocare d'azzardo ONSITE , (presso bar, ricevitorie sale scommessa, ecc.) | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

N17 Sei a conoscenza se il Comune in cui abiti abbia approvato regole per limitare il gioco d'azzardo?

1 No → [Passa alla domanda N19](#)

2 Sì

↳ **N18a Quali delle seguenti?**

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

- Limitazione degli orari di accesso alle Slot Machine/Videolottery
- Controllo della distanza delle scuole dai luoghi in cui si gioca d'azzardo
- Incentivi per i/le commercianti che rinunciano a offrire giochi d'azzardo
- Penalizzazioni per i/le commercianti che offrono giochi d'azzardo

N18 Secondo te in quali di questi gruppi di giochi conta anche l'abilità del giocatore?

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gratta e Vinci/10 e Lotto/Win for Life | <input type="checkbox"/> Slot Machine |
| <input type="checkbox"/> Lotto/Superenalotto | <input type="checkbox"/> Videolottery |
| <input type="checkbox"/> Totocalcio/Totogol/Scommesse sportive | <input type="checkbox"/> Poker texano (Texas hold'em)/
altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Scommesse su altri eventi | <input type="checkbox"/> Altri giochi (roulette, dadi, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Bingo | <input type="checkbox"/> Scommesse virtuali |
| <input type="checkbox"/> Nessun gioco | |

N19 Secondo te, c'è qualcuno che riesce a diventare ricco giocando d'azzardo?

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

- 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

N20 Conosci una o più persone che praticano giochi illegali o non autorizzati dalla legislazione italiana?

- 1 Sì 2 No

N21 Hai mai praticato giochi illegali o non autorizzati dalla legislazione italiana?

1 No → [Passa alla Sezione successiva](#)

2 Sì

↳ **N21a Quali giochi illegali o non autorizzati (riconducibili o simili a quelli inclusi in questo elenco) hai praticato?**

	1	2
	Sì	No
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 Machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Videolottery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Scommesse sportive (calcio, ippica, tennis, big race, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Scommesse su altri eventi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Poker texano (Texas hold'em)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Altri giochi (roulette, dadi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Scommesse virtuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

SEZIONE O: CONOSCENZA DEI SERVIZI

O1 Quanto ti ritieni informato/a sulle modalità di accesso ai servizi socio-sanitari offerti dalla tua Azienda Sanitaria (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?

- 1 Per nulla 3 Abbastanza
2 Poco 4 Molto

O2 Nell'ambito delle dipendenze patologiche, quanto ti ritieni informato/a sulle modalità di accesso ai servizi socio-sanitari offerti dalla tua Azienda Sanitaria (ovvero su come e dove accedere ai servizi)?

- 1 Per nulla 3 Abbastanza
2 Poco 4 Molto

QUESTA SEZIONE RIGUARDA LA CONOSCENZA DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE PRESENTI NEL TUO TERRITORIO.

LE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE A FAVORE DI PERSONE CON PROBLEMATICHE DI DIPENDENZA, EROGATE DALLA TUA AZIENDA SANITARIA, PREVEDONO L'OFFERTA DI DIVERSI SERVIZI PER LA CURA DEI COMPORTAMENTI D'ABUSO DI SOSTANZE E DI ALTRE FORME DI DIPENDENZE PATOLOGICHE.

O3 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 legali (alcol, tabacco)	Sostanze illegali (cannabis, cocaina, eroina, ecc.)	Gioco d'azzardo	Altri comportamenti	Non so
a) Servizi per le Tossicodipendenze (SerT)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
c) Servizi di strada/Unità mobili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Centri di salute mentale	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
f) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Comunità terapeutiche	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
i) Associazioni di volontariato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O4 Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di sostanze o ad altri comportamenti?

- 1 No → [Passa alla Sezione successiva](#)
2 Sì

→ **O4a** Quali delle seguenti?

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

- Sostanze legali (alcol, tabacco) Gioco d'azzardo
 Sostanze illegali Altri comportamenti
(disturbi alimentari, uso di internet, shopping compulsivo..)

SEZIONE P: OPINIONI E COMPORAMENTI A RISCHIO

P1 Nel corso degli ultimi 12 mesi ti è mai capitato di...?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	1-2 volte	3-9 volte	10 o più 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 droghe	<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

P2 Quanto pensi che rischino di danneggiarsi (fisicamente o in altro modo) le persone che fanno le seguenti cose?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Non so	Rischio elevato	Rischio moderato	Rischio minimo	Nessun rischio
a) Bere 1-2 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"/>				
j) Usare anabolizzanti occasionalmente	<input type="checkbox"/>				
k) Partecipare a giochi in cui si vincono/perdono soldi abitualmente	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

P3 Se hai consumato delle sostanze stupefacenti, per quale motivo lo hai fatto?

(Segna tutte le risposte appropriate)

	Si	No
a) Per ridurre lo stress/per rilassarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Per migliorare il sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Per trattare depressione/ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Per ridurre dolore/inflammazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Per curiosità/per sperimentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Per sballarmi/per divertirmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Per socializzare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Per migliorare le performance (scuola, lavoro, sport, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Perché prescritto dal medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Perché non riesco a farne a meno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Perché mi piace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

P4 Negli ultimi 12 mesi hai avuto incidenti stradali mentre eri alla guida di un'auto e/o moto?

1 No → [Passa alla domanda P5](#)

2 Sì

↳ **P4a** Questi incidenti sono stati causati dal tuo...

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

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

P5 Negli ultimi 12 mesi hai avuto incidenti stradali mentre eri passaggero in un'auto e/o moto?

1 No → [Passa alla domanda P6](#)

2 Sì

↳ **P5a** Questi incidenti sono stati causati perché il conducente...

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

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

P6 Nel corso degli ultimi 12 mesi ti è mai capitato di...?

(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 dipendenze SerD	<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 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 Q: SALUTE GENERALE

Q1 Altezza

Indica l'altezza in cm.

Q2 Peso

Indica il peso in Kg.



→ Identità di genere

→ Orientamento sessuale

→ Sesso

Q3 Qual è la tua identità di genere?

(L'identità di genere è la percezione che ogni persona ha di sé in quanto maschio o femmina e può essere diversa dall'identità sessuale assegnata alla nascita)

1 Uomo 2 Donna 3 Altro

Q4 Qual è il tuo orientamento sessuale?

(L'orientamento sessuale è un'attrazione romantica e/o sessuale nei confronti di un'altra persona)

1 Eterosessuale 2 Omosessuale 3 Altro

Q5 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?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Mai	A volte	Meno della metà del tempo	Più della metà del tempo	La maggior parte del tempo	Sempre
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"/>
	1	2	3	4	5	6

Q6 Abitualmente hai difficoltà a dormire il numero di ore di cui hai bisogno?

1 No → Passa alla domanda Q7

2 Sì

→ Q6a Se hai risposto Sì, perché?

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

- Pensieri/preoccupazioni ricorrenti
- Eventi stressanti
- Orari di lavoro
- Mi devo occupare di una persona che non è autosufficiente (neonato, anziano, disabile, ecc.)
- Eventi esterni di disturbo durante il sonno (rumori, traffico, vicini, animali, ecc.)

Q7 Quante ore dormi in media a notte?

- 1 Meno di 5 ore 2 5-6 ore 3 7-8 ore 4 9-10 ore 5 Più di 10 ore

Q8 Ripensa agli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei sentito/a stressato/a?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

- | | Mai | A volte | 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 |

Q9 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"/> |
| j) Dolori reumatici (fibromialgia, artrite reumatoide, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Patologie della pelle (psoriasi, eczema, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Apnee notturne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Disturbi respiratori cronici
(asma, allergie respiratorie, bronco pneumopatia cronica ostruttiva) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Decadimento cognitivo
(perdita di memoria, morbo di Parkinson, demenza senile, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SEZIONE R: FARMACI

R1 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	Una volta al mese o meno	2-3 volte al mese	Una volta a settimana	Più volte a 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"/>					
j) Farmaci per la terapia del dolore	<input type="checkbox"/>					
k) Cannabis medica	<input type="checkbox"/>					
l) Farmaci contro la tosse	<input type="checkbox"/>					
m) Decongestionanti nasali	<input type="checkbox"/>					
n) Farmaci per l'impotenza o per difficoltà sessuali	<input type="checkbox"/>					
o) Farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, ormoni, ecc.)	<input type="checkbox"/>					
p) Farmaci antifame/anoressizzanti	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

R2 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	Da un conoscente	In farmacia senza prescrizione	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"/>
j) Farmaci per la terapia del dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Cannabis medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Farmaci contro la tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Decongestionanti nasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) 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"/>
o) Farmaci dopanti (steroidi anabolizzanti, ormoni, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Farmaci antifame/anoressizzanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE S: RELAZIONI SOCIALI: COMPORTAMENTI ED ESPERIENZE

S1 Ti è mai capitato di vivere un evento traumatico come essere coinvolto in un incidente grave, subire un'aggressione fisica, essere coinvolto in una calamità naturale, assistere a una morte violenta, avere avuto un lutto improvviso, ecc.?

1 No → Passa alla domanda S2

2 Sì

→ **S1a** Se Sì, ti è capitato di...

(Segna tutte le risposte appropriate)

- | | Sì | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Avere incubi legati all'evento, pensare all'evento anche quando non volevi farlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sforzarti di non pensare all'evento o evitare situazioni che te lo ricordavano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Essere costantemente "in allerta" o spaventarti facilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Sentirti distaccato/a dalle persone, da quello che stai facendo o dal tuo contesto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Sentirti in colpa o incapace di smettere di incolpare te stesso/a o altri per l'evento o le possibili conseguenze a questo associate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 |

S2 Quanto ti riconosci nelle seguenti affermazioni riferendoti alle persone per te più care, su una scala da 1 (Per niente) a 5 (Estremamente)?

(Segna una sola opzione per ogni riga)

- | | Per niente | → Estremamente | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) Sono aggressivo/a con le altre persone | <input type="checkbox"/> |
| b) Tento eccessivamente di controllare le altre persone | <input type="checkbox"/> |
| c) Manipolo eccessivamente le altre persone per ottenere ciò che voglio | <input type="checkbox"/> |
| d) Discuto eccessivamente con altre persone | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

S3 Per favore, rispondi alle affermazioni che seguono, pensando a come sei in generale. Indica l'opzione che meglio descrive il tuo comportamento su una scala da 1 (Per niente) a 4 (Molto).

(Segna una sola opzione per ogni riga)

- | | Per niente | → Molto | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| a) Evito di dire quello che penso per paura di essere respinto/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Non mi arrabbio con le persone per paura di poterle ferire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) So sempre come si sentono gli altri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Farei qualcosa che non vorrei piuttosto che offendere o turbare qualcuno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Trovo difficile arrabbiarmi con le persone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Mi preoccupa fare troppe critiche agli altri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Non sono mai duro/a verso qualcuno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Temo di ferire i sentimenti delle altre persone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

S4 Di seguito trovi una serie di affermazioni. Per favore, indica quale grado ti descrive meglio su una scala da 1 (Completamente in disaccordo) a 5 (Completamente d'accordo).

Le persone che conosci potrebbero avere una percezione di te differente dalla tua, vogliamo sapere cosa pensi tu di te stesso/a. Prova a rispondere il più sinceramente possibile.

(Segna una sola opzione per ogni riga)

	Completamente in disaccordo → Completamente d'accordo				
	1	2	3	4	5
a) Faccio fatica a ricordare istruzioni lunghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fatico a ricordare cosa sto facendo quando mi trovo nel mezzo di un'attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ho la tendenza a intraprendere azioni senza prima pensare alle possibili conseguenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ho difficoltà a trattenermi dal fare una cosa che mi piace anche se so che non è permesso farla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Quando mi si chiede di svolgere una serie di azioni, ricordo solo la prima e l'ultima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ho difficoltà a smettere di sorridere o ridere in situazioni in cui questo atteggiamento è inappropriato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ho difficoltà a trovare un modo diverso di risolvere un problema quando ormai ho già in mente un modo per risolverlo (anche se mi rendo conto che non funziona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Dimentico facilmente ciò che mi è stato chiesto di andare a prendere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ho difficoltà a pianificare un'attività (es. ricordare di portare tutto il necessario quando parto per un viaggio o quando vado a lavoro o a scuola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ho difficoltà a smettere di fare una cosa che mi piace (es. guardare la TV, stare in Internet, fare videogiochi la sera anche quando mi rendo conto che è tardi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ho difficoltà a comprendere le spiegazioni/ istruzioni verbali per fare qualcosa a meno che al contempo mi si mostri in pratica come farla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ho difficoltà a svolgere attività che richiedono diversi passaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ho difficoltà a programmare a lungo termine e/o a imparare dall'esperienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Le persone che incontro sembrano pensare che io sia più agitato/incontrollato (fuori dagli schemi) rispetto ad altre persone della mia stessa età	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

S5 Ti è capitato che qualcuno cercasse di controllarti, denigrarti o umiliarti?

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

No → Passa alla domanda S6

Sì, da piccolo/a

Sì, da adulto/a

Sì, attualmente

S5a Se hai risposto Sì, chi è stato o chi sono stati gli autori di questi atti?

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

Uno/a sconosciuto/a

Un/a conoscente, un/a amico/a

Un/a familiare convivente

Un/a familiare non convivente

Il/la mio/a attuale partner convivente

Il/la mio/a attuale partner non convivente

Un/a ex partner

Un/a collega, il/la datore/trice di lavoro, il/la dirigente

Un/a mio/a compagno/a di scuola/università/sport

Un/a insegnante

Qualcuno via Internet

Altro

S5b Pensi che l'evento accaduto abbia avuto delle conseguenze sulla tua vita attuale?

1 Sì

2 No

S6 Ti è capitato che qualcuno sistematicamente e ripetutamente nel tempo ti colpisse con forza o ti trattenesse contro la tua volontà?

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

No → Passa alla domanda S7

Sì, da piccolo/a

Sì, da adulto/a

Sì, attualmente

S6a Se hai risposto Sì, chi è stato o chi sono stati gli autori di questi atti?

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

Uno/a sconosciuto/a

Un/a conoscente, un/a amico/a

Un/a familiare convivente

Un/a familiare non convivente

Il/la mio/a attuale partner convivente

Il/la mio/a attuale partner non convivente

Un/a ex partner

Un/a collega, il/la datore/trice di lavoro, il/la dirigente

Un/a mio/a compagno/a di scuola/università/sport

Un/a insegnante

Qualcuno via Internet

Altro

S6b Pensi che l'evento accaduto abbia avuto delle conseguenze sulla tua vita attuale?

1 Sì

2 No

S7 Se hai risposto Sì ad una delle domande precedenti (S5 e/o S6), l'autore o l'autrice principale di tali atti era sotto l'effetto di sostanze psicoattive (come alcol, droghe o psicofarmaci)?

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

No

Non so

Sì, qualche volta

Sì, sempre

S8 Se hai risposto Sì ad una delle domande precedenti (S5 e/o S6), hai denunciato l'episodio alle autorità?

1 Sì → Passa alla domanda S9

2 No

→ **S8a** Se hai risposto No, per quale motivo?

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perché l'atto non era perseguibile per legge | <input type="checkbox"/> Per non pensare più all'accaduto |
| <input type="checkbox"/> Per paura del mio aggressore | <input type="checkbox"/> Per paura di non essere creduto/a |
| <input type="checkbox"/> Ho perdonato/giustificato il mio aggressore | <input type="checkbox"/> Per sfiducia nel sistema giudiziario |
| <input type="checkbox"/> Per vergogna | <input type="checkbox"/> Altro |

S9 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/a 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/a fino a tardi collegato a Internet?	<input type="checkbox"/>				
e) Ti è capitato di sentirti nervoso/a quando non eri collegato/a, mentre poi sei stato benissimo una volta davanti al computer?	<input type="checkbox"/>				
f) Ti è capitato di aver scelto di stare collegato/a a Internet anziché uscire con gli amici/famiglia?	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

S10 Nell'arco della tua vita, senza considerare il lockdown dovuto all'emergenza sanitaria da COVID-19, ti è mai capitato di non uscire di casa per un tempo significativo, senza andare a scuola/lavoro e/o frequentare amici e/o conoscenti?

1 No

2 No, ma avrei voluto

} Se hai risposto No, passa alla domanda S11

3 Sì

→ **S10a** Per quanto tempo sei rimasto/a volontariamente isolato/a?

- 1 Meno di una settimana
2 Meno di un mese
3 1-2 mesi
4 3-6 mesi
5 6 mesi o più

S11 Durante una settimana tipo (escluse le restrizioni per la pandemia da COVID-19), quanto spesso lasci la tua stanza e/o esci fuori di casa (es. andare in giro con gli amici, praticare attività sportiva, bisogni personali)?

- 1 Non lascio mai la mia stanza/casa
- 2 1 giorno o meno a settimana
- 3 2-3 giorni a settimana
- 4 4 giorni o più a settimana

HIKIKOMORI È UNA PERSONA CHE EVITA IL COINVOLGIMENTO SOCIALE, HA LASCIATO LA SCUOLA/IL LAVORO, NON FREQUENTA PRATICAMENTE PIÙ NESSUN AMICO E PASSA TANTISSIMO TEMPO DAVANTI A UN MONITOR, ISOLATO NELLA PROPRIA CAMERA O ABITAZIONE.

S12 Conosci qualcuno che può essere definito un Hikikomori?

- 1 No → Passa alla Sezione successiva
- 2 Sì

↳ **S12a** Se hai risposto Sì, chi è?

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

- Io
- Un/una mio/a amico/a o compagno/a di scuola/università o un/una collega di lavoro
- Un/una mio/a amico/a-conoscente fuori da scuola, università o lavoro
- Un/una mio/a amico/a-conoscente sul web
- Un familiare
- Un/una mio/a amico/a-conoscente/familiare dei miei amici o familiari

SEZIONE T: COVID-19

T1 Hai contratto il COVID-19?

1 Sì

2 No

→ [Passa alla domanda T6](#)

T2 Quanto sono stati gravi i sintomi?

- 1 L'ho contratto in maniera asintomatica
- 2 Ho avuto sintomi lievi che non mi hanno particolarmente infastidito
- 3 Ho avuto sintomi lievi che mi hanno particolarmente infastidito
- 4 Ho avuto sintomi gravi che non mi hanno portato/a al ricovero
- 5 Ho avuto sintomi gravi che mi hanno portato/a al ricovero
- 6 Ho avuto sintomi molto gravi, che mi hanno portato/a al ricovero in terapia intensiva

T3 In quale periodo (anno/mese) hai contratto il COVID-19?

(Se lo hai contratto più di una volta segna tutte le occasioni)

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
T3a 2020	<input type="checkbox"/>											
T3b 2021	<input type="checkbox"/>											
T3c 2022	<input type="checkbox"/>											

T4 Per quanto tempo sei risultato positivo al COVID-19?

Meno di
7 giorni

1

8-15
giorni

2

16-30
giorni

3

31-45
giorni

4

46-60
giorni

5

61-90
giorni

6

T5 Quali sintomi hai avuto?

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Disturbi gastrointestinali
(diarrea, nausea, vomito) |
| <input type="checkbox"/> Febbre, con temperatura superiore ai
37,5°C per almeno tre giorni consecutivi | <input type="checkbox"/> Congiuntivite
(occhi arrossati) |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Polmonite |
| <input type="checkbox"/> Mal di gola e/o raffreddore | <input type="checkbox"/> Altri sintomi neurovegetativi lievi
(capogiri, brividi, tremori) |
| <input type="checkbox"/> Mal di testa | <input type="checkbox"/> Altri sintomi neurovegetativi gravi
(deliri, infiammazioni cerebrali, danni ai nervi) |
| <input type="checkbox"/> Dolori a muscoli, ossa, articolazioni | <input type="checkbox"/> Difficoltà cognitive
(confusione, ottundimento) |
| <input type="checkbox"/> Perdita di gusto e/o olfatto | <input type="checkbox"/> Irritabilità |
| <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria
(senso di affanno a riposo) | <input type="checkbox"/> Sintomi ansiosi e/o depressivi |
| <input type="checkbox"/> Dolore al petto
(dolore allo sterno) | <input type="checkbox"/> Difficoltà a dormire |
| <input type="checkbox"/> Tachicardia | |

T6 Hai completato il ciclo vaccinale?

1 Sì

→ **T6a** Se hai risposto Sì, hai fatto anche il booster?

1 Sì

2 No

2 No

→ **T6b** Se hai risposto No, hai intenzione di farlo?

1 Sì

2 No

SEZIONE U: ESERCIZIO FISICO

U1 Tenendo presente la definizione di esercizio fisico regolare, puoi affermare che...

1 Non ho mai fatto esercizio fisico regolare

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

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

Se hai scelto queste opzioni di risposta,
il tuo questionario termina qui
GRAZIE PER LA TUA COLLABORAZIONE!

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.

U2 Se hai risposto di fare esercizio fisico regolare, riferendoti agli ultimi 12 mesi, con quale frequenza ti alleni?

Poche volte
l'anno

1

1-2 volte
al mese

2

1-2 volte a
settimana

3

3-4 volte a
settimana

4

Quasi ogni
giorno

5

U3 Quando fai esercizio fisico o ti alleni, qual è la durata media della sessione?

Meno di
30 minuti

1

Fino a
1 ora

2

Fino a
2 ore

3

Più di
2 ore

4

U4 Come definiresti lo sforzo che richiede la tua attività fisica?

Lieve

1

Moderato

2

Intenso

3

U5 Dove svolgi di solito la tua attività fisica?

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

In luoghi all'aperto

In luoghi al chiuso

GRAZIE PER LA TUA COLLABORAZIONE!