

Il questionario è anonimo e ti preghiamo di rispondere sinceramente. Grazie per la collaborazione

Data sigla intervistatore

|   |     |         |  |
|---|-----|---------|--|
| sesso:<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | età | Abiti a | Nazionalità  |
|   |     |         | Italiano <input type="checkbox"/> Straniero <input type="checkbox"/> |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Con chi abiti?  |   | Ultimo titolo di studio conseguito  |
| <input type="checkbox"/> famiglia<br><input type="checkbox"/> con altri<br><input type="checkbox"/> da solo | Lavori? <input type="checkbox"/><br>Studi? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> medie<br><input type="checkbox"/> superiori<br><input type="checkbox"/> laurea |

Hai mai utilizzato sostanze stupefacenti? Si   
 Ult. anno  Ult. mese

| Puoi indicare le sostanze che hai utilizzato? | Ultimo anno | Ultimo mese | Modalità prevalenti assunzione ultimo mese | Età primo utilizzo |
|---|-------------|-------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Eroina               |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Oppiacei             |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine       |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Cocaina              |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Crack                |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Anfetamine           |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Hashish              |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Marijuana            |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> LSD                  |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Ketamina             |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Funghi allucinogeni  |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Salvia divinorum     |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Oppio                |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Metadone grigio      |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy              |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Popper               |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/> Psicofarmaci         |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/>                      |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/>                      |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |
| <input type="checkbox"/>                      |             |             | En Fu Sn Ma                                |                    |

Modalità di assunzione: codifica: En: iniettata; Fu: fumata; Sn: sniffata; Ma: orale

Hai mai assunto contemporaneamente più stupefacenti (MIX)? Si   
 Ult. anno  Ult. mese

Hai mai assunto contemporaneamente alcol e stupefacenti? Si   
 Ult. anno  Ult. mese

Solitamente bevi alcolici? Durante la settimana  Fine settimana  No

Puoi indicare il tuo uso di alcolici nell'ultimo anno?  
 Tutti i giorni  Più volte la settimana  Una volta la settimana  Una volta al mese

Hai mai guidato dopo aver bevuto alcolici? Sì   
ultimo anno  ultimo mese

Hai mai sentito la necessità di ridurre il bere? No  Sì

Sei mai stato infastidito da critiche sul tuo modo di bere? No  Sì

Hai mai provato disagio o senso di colpa per il tuo modo di bere? No  Sì

Hai mai bevuto alcolici appena alzato? No  Sì

| Hai mai avuto qualcuno di questi problemi? | Nella vita | Ultimo anno | Ultimo mese |
|--|------------|-------------|-------------|
| Ricoveri ospedalieri                       |            |             |             |
| Trattamenti con psicofarmaci               |            |             |             |
| Problemi psichiatrici                      |            |             |             |
| Dipendenza                                 |            |             |             |
| Disintossicazioni                          |            |             |             |
| Overdose                                   |            |             |             |
| Problemi economici                         |            |             |             |
| Depressione e sbalzi di umore              |            |             |             |
| Ansia                                      |            |             |             |
| Attacchi di panico                         |            |             |             |
| Paranoia                                   |            |             |             |
| Sentimenti di persecuzione                 |            |             |             |
| Disturbi di memoria                        |            |             |             |
| Disturbi del sonno                         |            |             |             |
| Disturbi fisici e psicosomatici            |            |             |             |
| Allucinazioni                              |            |             |             |
| Problemi con la giustizia                  |            |             |             |
| Incidenti stradali                         |            |             |             |

Hai la patente? SÌ  NO

Ti hanno mai sospeso la patente? SÌ  NO  Ultimo anno  Ultimo mese

Ti hanno mai ritirato la patente? SÌ  NO  Ultimo anno  Ultimo mese

Ti hanno tolto punti? SÌ  NO  Ultimo anno  Ultimo mese

Quanto sei soddisfatto ... (1 = poco 5 = molto)

| Lavoro | Amici | Genitori | Partner | Scuola |
|--------|-------|----------|---------|--------|
| ①②③④⑤  | ①②③④⑤ | ①②③④⑤    | ①②③④⑤   | ①②③④⑤  |

|   |
|---|
| Quanto sei preoccupato per il tuo futuro? |
| ①②③④⑤                                     |

Indica la cosa per te più importante nella vita

|                          |                          |                          |                          |                              |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Imparare cose nuove      | Soldi                    | Amore                    | Amici                    | Sesso                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |
| Famiglia                 | Viaggiare                | Lavoro                   | Divertirsi               | Non c'è niente di importante |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     |