

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

Data sigla intervistatore

sesso: 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 <input type="checkbox"/> con altri <input type="checkbox"/> da solo	Lavori? <input type="checkbox"/> Studi? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> medie <input type="checkbox"/> superiori <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"/>