

QUESTIONARIO SAFESTYLE 2011

Il seguente questionario è in forma anonima. Ti chiediamo di rispondere con la maggiore accuratezza e sincerità possibile alle seguenti domande, annerendo l'apposito spazio della risposta che ti sembra maggiormente riferibile alla Tua persona. Ricorda di dare la Tua opinione. Nel segnare le risposte, fai segni chiari e ben marcati, e cerca, se possibile, di rispondere ad ogni domanda. **Grazie della disponibilità.**

- 1) Sesso** M
 F
- 2) Età** 13/17 anni
 18/25 anni
 26/30 anni
 oltre 30 anni
- 3) Professione** Studente - Lavoratore
 Studente
 Lavoratore
 Disoccupato
- 4) Titolo di studio** Licenza elementare
 Licenza Media Inferiore
 Licenza Media Superiore
 Laurea
- 5) Regione di residenza** Emilia Romagna
 RA
 FC
 RN
 FE
 BO
 PR
 PC
 MO
 RE
 Abruzzo
 Basilicata
 Calabria
 Campania
 Friuli-Venezia Giulia
 Lazio
 Liguria
 Lombardia
 Marche
 Molise
 Piemonte
 Puglia
 Sardegna
 Sicilia
 Toscana
 Trentino-Alto Adige
 Umbria
 Valle d'Aosta
 Veneto
 Repubblica di San Marino

6) Con che frequenza assumi o hai assunto le seguenti sostanze psicoattive?
CANNABINOIDI (hashish, marijuana)

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

COCAINA

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

ECSTASY (MDMA, MD, XTC)

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

OPPIACEI (eroina, morfina, oppio)

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

COLLE SOLVENTI

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

POPPER

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

AMFETAMINA (speed)

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

KETAMINA

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

ALLUCINOGENI (LSD, funghi)

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

CRACK (cocaina fumata)

-
- Mai
-
-
- 1 volta nella vita
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo anno
-
-
- Più volte nell'ultimo anno
-
-
- 1 / 2 volte nell'ultimo mese
-
-
- 1 volta a settimana
-
-
- Più volte nella settimana
-
-
- Tutti i giorni

7) TABACCO. Sei un fumatore?

-
- No
-
-
- Sì, meno di 10 sigarette al giorno
-
-
- Sì, tra le 11 e le 20 sigarette al giorno
-
-
- Sì, più di 20 sigarette al giorno

8) ALCOL. Indica la frequenza e la quantità di alcol che assumi abitualmente

FREQUENZA: BIRRA

- Mai
- 1/2 volte all'anno
- 2/3/4 volte al mese
- Più volte nella settimana
- Tutti i giorni

QUANTITÀ: BIRRA

- 1 bicchiere
- 2/3 bicchieri
- 3/5 bicchieri
- 6 o più bicchieri

FREQUENZA: VINO

- Mai
- 1/2 volte all'anno
- 2/3/4 volte al mese
- Più volte nella settimana
- Tutti i giorni

QUANTITÀ: VINO

- 1 bicchiere
- 2/3 bicchieri
- 3/5 bicchieri
- 6 o più bicchieri

FREQUENZA: SUPERALCOLICI

- Mai
- 1/2 volte all'anno
- 2/3/4 volte al mese
- Più volte nella settimana
- Tutti i giorni

QUANTITÀ: SUPERALCOLICI

- 1 bicchiere
- 2/3 bicchieri
- 3/5 bicchieri
- 6 o più bicchieri

9) Se hai fatto uso o fai uso delle seguenti sostanze, a che età hai iniziato?

CANNABINOIDI

(hashish, marijuana)

- non ho mai assunto questa sostanza
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni o più

COCAINA

- non ho mai assunto questa sostanza
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni o più

ECSTASY

(MDMA, MD, XTC)

- non ho mai assunto questa sostanza
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni o più

OPPIACEI

(eroina, morfina, oppio)

- non ho mai assunto questa sostanza
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni o più

10) Negli ultimi 12 mesi, a seguito del consumo di alcol e/o di sostanze psicoattive, sei incorso in uno dei seguenti eventi?

Incidenti stradali

- Mai
- 1 volta
- 2 o più volte

Infortuni

- Mai
- 1 volta
- 2 o più volte

Ritiro della patente

- Mai
- 1 volta
- 2 o più volte

Segnalazione dagli Organi Giudiziari

- Mai
- 1 volta
- 2 o più volte

Intervento del Pronto Soccorso

- Mai
- 1 volta
- 2 o più volte

**Episodi di perdita di coscienza /
malore senza ricovero**

- Mai
- 1 volta
- 2 o più volte

**Maggiore conflittualità con la
famiglia e/o partner e/o amici**

- No
- Sì

**Riduzione del rendimento
scolastico o lavorativo**

- No
- Sì

**Peggioramento delle condizioni
economiche**

- No
- Sì

**Riduzione degli interessi e/o
isolamento**

- No
- Sì

11) Quali fra le seguenti sostanze psicoattive hai assunto QUESTA SERA?

(possibili più risposte)

- Nessuna
- Alcol
- Cannabinoidi (hashish, marijuana)
- Cocaina
- Ecstasy (MDMA, MD, XTC)
- Oppiacei (eroina, morfina, oppio)
- Inalanti (colle/solventi, popper)
- Ketamina
- Allucinogeni (LSD, funghi)
- Crack (cocaina fumata)

12) Ora di compilazione del questionario

- Dalle 22:00 alle 23:00
- Dalle 23:00 alle 00:00
- Dalle 00:00 alle 01:00
- Dalle 01:00 alle 02:00
- Dalle 02:00 alle 03:00
- Dalle 03:00 alle 04:00
- Dalle 04:00 alle 05:00
- Dopo le 05:00