IPSAD 2003

SEZIONE A – Caratteristiche sociali di chi risponde. (Fai una croce sulla voce che ti corrisponde)

01 Sesso

Maschio *01*	Femmina *02*

02 Anno di nascita - Riporta le ultime cifre del tuo anno di nascita 1 9 [ ][ ]

03 Qual'è il tuo stato civile?

Celibe/Nubile *01*	Coniugato/a *02*	Separato/a *03*	Divorziato/a *04*	Vedovo/a *05*

04 Con chi hai abitato negli ultimi 12 mesi?

da solo *01*	solo con dei figli *02*	con coniuge (o compagno/a) *03*	con coniuge (o compagno/a) + figli *04*	con genitore/i e/o altri parenti *05*

con genitori e/o parenti+ figli *06*	con genitori o parenti + coniuge (o compagno/a) *07*	con genitori e/o parenti + coniuge (o compagno/a) + figli *08*	comunità (religiosa, terapeutica...) *09*	altro *10*

05 Quale titolo di studio hai conseguito?

Nessuno *01*	Elementari *02*	Medie inferiori *03*	Qualifica superiore (3 anni) *04*	Diploma superiore *05*	Laurea breve *06*	Laurea *07*

06 Qual'è attualmente la tua condizione occupazionale? (indica la condizione unica o prevalente)

Operaio *01*	Impiegato *02*	Insegnante *03*	Commerciante *04*	Artigiano *05*	Agricoltore *06*

Imprenditore *07*	Dirigente *08*	Libero professionista *09*	Militare di carriera *10*	In cerca di nuova occupazione *11*	In cerca di prima occupazione *12*

In servizio di leva *13*	Casalinga *14*	Studente *15*	Inabile al lavoro *16*	Pensionato/ Ritirato dal lavoro *17*	Altra occupazione *18*

07 In quale Comune abiti? _____

SEZIONE B: TABACCO - Le seguenti domande si riferiscono all'uso di tabacco: sigarette, sigari, pipa.

08 Hai mai fumato sigarette, pipa o sigari?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE C: ALCOL

09 Quanti anni avevi quando hai fumato tabacco per la prima volta? (sigarette, pipa o sigari)

[ ][ ] anni

10 Hai continuato a fumare dopo le prime volte che hai provato?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE C: ALCOL

11 Negli ultimi 12 mesi quante sigarette hai fumato?

Nessuna *01*	Meno di 1 sigaretta a settimana *02*	Meno di 1 sigaretta al giorno *03*	1-5 sigarette al giorno *04*	6-10 sigarette al giorno *05*	11-19 sigarette al giorno *06*	Un pacchetto o più al giorno *07*

12 Negli ultimi 30 giorni quante sigarette hai fumato?

Nessuna *01*	Meno di 1 sigaretta a settimana *02*	Meno di 1 sigaretta al giorno *03*	1-5 sigarette al giorno *04*	6-10 sigarette al giorno *05*	11-19 sigarette al giorno *06*	Un pacchetto o più al giorno *07*

SEZIONE C: ALCOL - Le seguenti domande si riferiscono all'uso di bevande alcoliche.

3 Hai mai bevuto vino, birra, liquori o superalcolici?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE D: FARMACI

4 Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai bevuto vino, birra, liquori o superalcolici?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

5 Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai bevuto vino, birra, liquori o superalcolici?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

6 Hai mai pensato di smettere di bere alcolici?

No *01*	Sì *02*

7 Sei stato mai criticato per il tuo bere?

No *01*	Sì *02*

8 Ti sei mai sentito in colpa per il tuo bere?

No *01*	Sì *02*

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

No *01*	Sì *02*

0 Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza ti è capitato di ubriacarti?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

34 Quali sostanze hai assunto per via iniettiva? Segna una risposta per ogni riga

A	Stimolanti	No *01*	Si *02*
B	Eroina e/o altri oppiacei	No *01*	Si *02*
C	Allucinogeni	No *01*	Si *02*
D	Cocaina e/o crack	No *01*	Si *02*
E	Altro (specificare): _____	No *01*	Si *02*

SEZIONE F: OPINIONI - Le persone differiscono nel disapprovare o meno certi comportamenti o nel valutarli più o meno pericolosi.

35 Quali sono le tue opinioni sui seguenti comportamenti? Segna una risposta per ogni riga

A **Fumare 10 o più sigarette al giorno**

Non disapprovo *01*	Disapprovo *02*	Disapprovo fortemente *03*	Non saprei *04*

B **Fumare occasionalmente hashish o marijuana**

Non disapprovo *01*	Disapprovo *02*	Disapprovo fortemente *03*	Non saprei *04*

C **Provare ecstasy una volta o due**

Non disapprovo *01*	Disapprovo *02*	Disapprovo fortemente *03*	Non saprei *04*

D **Provare eroina una volta o due**

Non disapprovo *01*	Disapprovo *02*	Disapprovo fortemente *03*	Non saprei *04*

E **Provare cocaina una volta o due**

Non disapprovo *01*	Disapprovo *02*	Disapprovo fortemente *03*	Non saprei *04*

36 Nelle domande che seguono desideriamo conoscere la tua opinione circa il danno fisico o di altro tipo che la gente si può procurare facendo certe cose. Segna una risposta per ogni riga

A **Fumare 10 o più sigarette al giorno a mio parere è:**

Non pericoloso *01*	Poco pericoloso *02*	Moderatamente pericoloso *03*	Molto pericoloso *04*

B **Fumare occasionalmente hashish o marijuana a mio parere è:**

Non pericoloso *01*	Poco pericoloso *02*	Moderatamente pericoloso *03*	Molto pericoloso *04*

C **Provare ecstasy una volta o due a mio parere è:**

Non pericoloso *01*	Poco pericoloso *02*	Moderatamente pericoloso *03*	Molto pericoloso *04*

D **Provare eroina una volta o due a mio parere è:**

Non pericoloso *01*	Poco pericoloso *02*	Moderatamente pericoloso *03*	Molto pericoloso *04*

E **Provare cocaina una volta o due a mio parere è:**

Non pericoloso *01*	Poco pericoloso *02*	Moderatamente pericoloso *03*	Molto pericoloso *04*

SEZIONE E-6: COCAINA E / O CRACK

31 a Conosci persone che fanno uso di cocaina e/o crack?

No *01*	Sì *02*

31 b Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, cocaina e/o crack?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E-7: SOSTANZE INALANTI

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

[ ][ ] Anni

31 d Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di cocaina e/o crack?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

31 e Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di cocaina e/o crack?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

31 f Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di cocaina e/o crack?

No *01*	Sì *02*

Se sì a quale età? [ ][ ] Anni

SEZIONE E-7: SOSTANZE INALANTI (colle, solventi, popper…)

32 a Conosci persone che fanno uso di sostanze inalanti?

No *01*	Sì *02*

32 b Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, sostanze inalanti?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla DOMANDA 33

32 c Quanti anni avevi quando hai provato per la prima volta sostanze inalanti?

[ ][ ] Anni

32 d Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di sostanze inalanti?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

32 e Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di sostanze inalanti?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

3 Ti è mai capitato di assumere per via iniettiva le sostanze di cui hai indicato il consumo?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE F: OPINIONI

SEZIONE D: FARMACI - Le seguenti domande si riferiscono all'uso di alcuni medicinali come sedativi e tranquillanti, spesso anche conosciuti come ansiolitici, sonniferi, barbiturici, ecc…

21 Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, sedativi o tranquillanti?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E: ALTRE SOSTANZE

22 Quanti anni avevi quando hai preso per la prima volta sedativi o tranquillanti?

[ ][ ] Anni

23 Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di sedativi o tranquillanti?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

24 Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di sedativi o tranquillanti?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

25 L'ultima volta che hai preso uno di questi farmaci, come te lo sei procurato?

Dietro prescrizione medica *01*	L'ho preso da un conoscente *02*	L'ho comperato in farmacia senza prescrizione medica *03*	In altro modo *04*

SEZIONE E: ALTRE SOSTANZE - Le seguenti domande si riferiscono all'uso di diverse sostanze, alcune delle quali conosciute come droghe.

SEZIONE E-1: HASHISH E/O MARIJUANA (spinelli, erba, canne …)

26 a Conosci persone che fanno uso di hashish e/o marijuana?

No *01*	Sì *02*

26 b Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, hashish e/o marijuana?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E-2: ECSTASY

26 c Quanti anni avevi quando hai provato per la prima volta hashish e/o marijuana?

[ ][ ] Anni

26 d Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di hashish e/o marijuana?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

26 e Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di hashish e/o marijuana?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

SEZIONE E-2: ECSTASY (pasticche…)

27 a Conosci persone che fanno uso di ecstasy?

No *01*	Sì *02*

27 b Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, ecstasy?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E-3: AMFETAMINE

27 c Quanti anni avevi quando hai provato per la prima volta ecstasy?

[ ][ ] Anni

27 d Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di ecstasy?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

27 e Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di ecstasy?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

SEZIONE E-3: AMFETAMINE (eccitanti…)

28 a Conosci persone che fanno uso di amfetamine?

No *01*	Sì *02*

28 b Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, amfetamine?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E-4: EROINA ED ALTRI OPPIACEI

28 c Quanti anni avevi quando hai provato per la prima volta amfetamine?

[ ][ ] Anni

28 d Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di amfetamine?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

28 e Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di amfetamine?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

SEZIONE E-4: EROINA ED ALTRI OPPIACEI (codeina, morfina, oppio, metadone…)

29 a Conosci persone che fanno uso di eroina e/o altri oppiacei?

No *01*	Sì *02*

29 b Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, eroina e/o altri oppiacei?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E-5: ALLUCINOGENI

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

[ ][ ] Anni

29 d Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di eroina e/o altri oppiacei?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

29 e Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di eroina e/o altri oppiacei?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

29 f Hai mai chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di eroina e/o altri oppiacei?

No *01*	Sì *02*

Se sì a quale età? [ ][ ] Anni

SEZIONE E-5: ALLUCINOGENI (LSD, funghi, mescalina, sintetici, ketamina…)

30 a Conosci persone che fanno uso di allucinogeni?

No *01*	Sì *02*

30 b Hai mai preso, almeno una volta in vita tua, allucinogeni?

No *01*	Sì *02*

Se hai risposto NO passa direttamente alla SEZIONE E-6: COCAINA E/O CRACK

30 c Quanti anni avevi quando hai provato per la prima volta allucinogeni?

[ ][ ] Anni

30 d Negli ultimi 12 mesi con quale frequenza hai fatto uso di allucinogeni?

Mai *01*	1 volta al mese o meno *02*	2-4 volte al mese *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*

30 e Negli ultimi 30 giorni con quale frequenza hai fatto uso di allucinogeni?

Mai *01*	1 volta nei trenta giorni *02*	2-4 volte nei trenta giorni *03*	2-3 volte la settimana *04*	4 volte o più la settimana *05*