

# Consumo ricreativo di sostanze – Questionario 2023

<b>Data</b>	GG.MM.AAAA	
<b>Codice istituzione</b>	- DIBS, Safer Dance Basel (Basilea)	<input type="checkbox"/>
	- DIZ, Saferparty (Zurigo)	<input type="checkbox"/>
	- DILU (Lucerna)	<input type="checkbox"/>
	- Contact Nightlife:	
	dib, Rave it safe (Berna)	<input type="checkbox"/>
	dib, rave it safe (Bienne)	<input type="checkbox"/>
	- Nuit Blanche (Ginevra)	<input type="checkbox"/>
	+ precisare se il drug checking è stazionario o mobile	
	- DANNO	<input type="checkbox"/>
<b>Drug Checking</b>	No <input type="checkbox"/>	
	Sì <input type="checkbox"/> Sostanza _____	
<b>Dove ti sei procurato la sostanza analizzata (persona che consegna la sostanza)?</b>	Strada	<input type="checkbox"/>
	Ambito privato	<input type="checkbox"/>
	Party/evento	<input type="checkbox"/>
	Internet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Darknet
		<input type="checkbox"/> Clearnet
	Social Media / Servizi di messaggeria	<input type="checkbox"/>
	Produzione propria	<input type="checkbox"/>
	Amici/conoscenti	<input type="checkbox"/>
	Nessuna informazione	<input type="checkbox"/>

## Indicazioni personali

<b>Età</b>	
<b>Sesso</b>	M <input type="checkbox"/>
	F <input type="checkbox"/>
	Altro <input type="checkbox"/>
<b>Cantone di residenza</b>	
<b>Ultima formazione completata (1 risposta)</b>	Nessuna <input type="checkbox"/>
	Scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/>
	Apprendistato <input type="checkbox"/>
	Maturità (professionale) / scuola di cultura generale <input type="checkbox"/>
	Scuola universitaria professionale / Università <input type="checkbox"/>
<b>Occupazione attuale (1 risposta)</b>	Lavoro <input type="checkbox"/>
	Formazione <input type="checkbox"/>
	Lavoro e formazione <input type="checkbox"/>
	Alla ricerca di lavoro <input type="checkbox"/>
	Non attivo sul mercato del lavoro <input type="checkbox"/>







## Policonsumo

<b>Negli ultimi 12 mesi, hai consumato sostanze simultaneamente o in rapida successione?</b> (alcol incluso, tabacco escluso)	No <input type="checkbox"/>
	Sì <input type="checkbox"/>
<b>Ti capita di mischiare l'alcol con:</b>	
- GHB/GBL	<input type="checkbox"/>
- Eroina	<input type="checkbox"/>
- Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>
- Oppioidi	<input type="checkbox"/>
- Farmaci per il trattamento dell'ADHD	<input type="checkbox"/>
- Altri farmaci	<input type="checkbox"/>

## Problemi

<b>Dopo aver consumato delle sostanze psicoattive, ti è mai successo di vivere una delle seguenti esperienze?</b> (più risposte possibili)	
<b><i>Problemi psichici</i></b>	
Bad Trip (sovraccarico psicologico)	<input type="checkbox"/>
Morale basso / Sentimenti depressivi / Mancanza di motivazione	<input type="checkbox"/>
Paura o attacchi di panico	<input type="checkbox"/>
Disturbi cronici del sonno	<input type="checkbox"/>
Paranoia (sentimento di essere minacciato / deliri (di persecuzione) / stati psicotici)	<input type="checkbox"/>
<b><i>Problemi fisici</i></b>	
Perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>
Sovradosaggio (alcol incluso)	<input type="checkbox"/>
Palpitazioni	<input type="checkbox"/>
Crisi epilettica	<input type="checkbox"/>
Malattie sessualmente trasmissibili	<input type="checkbox"/>
Altre malattie (malattie cardiovascolari, epatiti, HIV, problemi al fegato / ai reni, ...)	<input type="checkbox"/>
<b><i>Comportamenti a rischio</i></b>	
Regole del Safer Sex non rispettate	<input type="checkbox"/>
Guida di un veicolo sotto l'influsso di sostanze psicoattive o dell'alcol	<input type="checkbox"/>
<b><i>Problemi sociali</i></b>	
Problemi in famiglia o di coppia	<input type="checkbox"/>
Problemi con gli amici	<input type="checkbox"/>
Problemi a scuola / al lavoro	<input type="checkbox"/>
Procedure penali / ritiro della patente	<input type="checkbox"/>
Problemi economici / debiti	<input type="checkbox"/>
Problemi con la polizia (controlli, multe)	<input type="checkbox"/>
Dipendenza ad una sostanza (in passato o attualmente)	<input type="checkbox"/>
Quale? _____	

Hai già chiesto aiuto ad un/a professionista a causa del tuo consumo? (più risposte possibili)	No	<input type="checkbox"/>
	Sì	<input type="checkbox"/> <b>Quale?</b>
		Pronto soccorso <input type="checkbox"/>
		Trattamento medico <input type="checkbox"/>
		Psichiatra o psicologo/a <input type="checkbox"/>
		Consulenza ambulatoriale per le dipendenze <input type="checkbox"/>
	Consulenza presso un servizio sociale / per debiti <input type="checkbox"/>	

Vuoi cambiare qualcosa rispetto al tuo consumo attuale?	No	<input type="checkbox"/>
	Sì	<input type="checkbox"/> <b>Perché e per quale/i sostanza/e?</b> Quale? _____

## Modulo supplementare

---

Quali delle seguenti motivazioni rispecchiano la tua situazione?

(→ dipendenza alle sostanze consumate nel corso degli ultimi 12 mesi)

Potenziamento	Ripiego	Sociale
Espandere la coscienza	Attenuare gli effetti collaterali di un'altra sostanza (p. es. difficoltà di parola o di coordinazione)	Fare festa
Intensificare le percezioni (p. es. musica, colori)	Rilassarsi / staccare	Perché degli amici fanno uso di sostanze
Rafforzare l'effetto di altre sostanze psicoattive	Addormentarsi e dormire tutta la notte dopo una festa	Ridurre le inibizioni / facilitare i rapporti sociali
Restare svegli / essere in forma	Gestire / ridurre lo stress	Perché la sostanza mi è proposta/offerta
Migliorare le prestazioni sul lavoro / nella formazione (p. es. lotta alla stanchezza)	Dimenticare i problemi / ridurre i sentimenti negativi	Essere all'altezza delle aspettative del/la mio/a partner
Migliorare il proprio corpo (body enhancement)	Ridurre l'appetito / mantenere il proprio peso / perdere peso	
Farsi piacere / sentirsi bene	Evitare la noia	
Stimolare / arricchire la propria vita sessuale		