

Data:	- Drug Checking
Tipo di intervento: - Intervento mobile - Stand - Drug Checking - Chill-Out - Altro:.....	- Ufficio
Tipo di evento: - Club - One-off-Party - Outdoor-Party - Festival - Spazio pubblico - Bar - Altro:.....	
Numero di partecipanti: <200 - 200-500 - 500-1'000 - 1'000-2'000 - 2'000-5'000 >5'000	

Q1. Quanti anni hai? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Q2. Sesso? M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Q3. Ultima scuola frequentata o formazione completata? (una sola risposta)	
Nessuna <input type="checkbox"/> _1	Scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/> _2
Apprendistato, scuola prof. a tempo pieno <input type="checkbox"/> _3	Maturità prof. o liceale, scuola specializzata <input type="checkbox"/> _4
	Università, scuola universitaria prof. (SUPSI), politecnico <input type="checkbox"/> _5
Q4. Qual è la tua attuale occupazione? (una sola risposta, scegli quella più vicina alla realtà)	
In formazione <input type="checkbox"/> _1	Lavoro <input type="checkbox"/> _2
Alla ricerca di lavoro <input type="checkbox"/> _3	Non attivo sul mercato del lavoro <input type="checkbox"/> _4

Q5. Hai mai consumato una delle seguenti sostanze?

(Attenzione: 4 domande per sostanza, con una sola possibilità di risposta per ognuna)

	1. Almeno una volta nella tua vita? No / Sì?		2. Negli ultimi 12 mesi? No / Sì? ... Se sì, ...		3. ... indica il numero di giorni in cui hai assunto la sostanza negli ultimi 30 giorni:					4. La prima volta a che età?
	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	20 o più giorni	9 a 20 giorni	3 a 9 giorni	1 o 2 giorni	Mai	.....anni
Tabacco	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....anni
Alcol	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....anni
Canapa (erba, hashish)	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	.....anni
Cocaina	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Eroina	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Ecstasy (MDMA)	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Speed (anfetamine)	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Metamfetamine (pillola thai, Crystal, Meth)	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
GHB/GBL (Liquid Ecstasy)	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
LSD	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Ketamina	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Popper	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Funghi allucinogeni (Psylo)	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni
Smart Drugs, Research Chemicals, Legal Highs, (quali?	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	..... anni

	1. Almeno una volta nella tua vita? No / Sì?		2. Negli ultimi 12 mesi? No / Sì? ... Se sì, ...		3. ... indica il numero di giorni in cui hai assunto la sostanza negli ultimi 30 giorni:					4. La prima volta a che età?
					20 o più giorni	9 a 20 giorni	3 a 9 giorni	1 o 2 giorni	Mai	
Farmaci psicoattivi prescritti (se sì, quali?	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	.... anni
Farmaci psicoattivi non prescritti (se sì, quali?	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	.... anni
Altri (se sì, quali?	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	.... anni

Q6. Quali media consulti per informarti sulle sostanze psicoattive? (più risposte possibili)

<input type="checkbox"/> Forum (Internet)	<input type="checkbox"/> Media d'informazione (giornale, TV, ecc.)
<input type="checkbox"/> Siti web con informazioni sulle sostanze	<input type="checkbox"/> Consulenza online
<input type="checkbox"/> Siti web con risultati del drug-checking	<input type="checkbox"/> Film, documentari
<input type="checkbox"/> Libri	<input type="checkbox"/> Non mi informo
<input type="checkbox"/> Volantini, opuscoli	<input type="checkbox"/> Altro (precisare:

Consumo d'alcol (Q7/Q8): Una cosiddetta bevanda standard corrisponde a un bicchiere di vino (1 dl circa), ad una birra (3 dl circa), ad un bicchierino di superalcolici (2 cl circa), ad una bottiglia di alcopop, ad un aperitivo o ad un longdrink (p.es. rum & cola, vodka & orange o altri cocktail). Considera che una birra grande (0,5 l) corrisponde a due bevande standard, una bottiglia di vino equivale a 7 bevande standard.

Q7. Pensa agli ultimi 12 mesi. Quanti giorni hai bevuto alcol mediamente nei fine settimane e quante bevande standard in media?

Numero di giorni nei fine settimana dal venerdì alla domenica (una risposta sola)	Numero delle bevande standard al giorno in media, da venerdì a domenica (una risposta sola)
<input type="checkbox"/> ₁ solitamente, nessun giorno nel fine settimana	<input type="checkbox"/> ₁ 1 o 2
<input type="checkbox"/> ₂ un giorno per fine settimana, una volta al mese	<input type="checkbox"/> ₂ 3 o 4
<input type="checkbox"/> ₃ un giorno per fine settimana, ogni due settimane	<input type="checkbox"/> ₃ 5 o 6
<input type="checkbox"/> ₄ 1 giorno per fine settimana, ogni settimana	<input type="checkbox"/> ₄ 7 o 8
<input type="checkbox"/> ₅ 2 giorni per fine settimana, ogni settimana	<input type="checkbox"/> ₅ 9 o di più
<input type="checkbox"/> ₆ tutti e tre giorni del fine settimana, ogni settimana	

Q8. Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti è capitato di bere più di 4 bevande alcoliche standard (5 bevande alcoliche se sei maschio) in un'unica occasione? (una sola risposta)

<input type="checkbox"/> ₁ mai negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/> ₅ 1-2 volte la settimana	<input type="checkbox"/> ₈ 1 volta al giorno
<input type="checkbox"/> ₂ meno di 1 volta al mese	<input type="checkbox"/> ₆ 3-4 volte la settimana	<input type="checkbox"/> ₉ 2 volte o di più al giorno
<input type="checkbox"/> ₃ 1 - 2 volte al mese	<input type="checkbox"/> ₇ 5-6 volte la settimana	
<input type="checkbox"/> ₄ 3 - 4 volte al mese		

Q9. Quali sostanze consumi durante una tipica notte di party? (più risposte possibili)

<input type="checkbox"/> Tabacco	Numero sigarette: __	<input type="checkbox"/> Funghi allucinogeni / Psylo
<input type="checkbox"/> Alcol	Numero bevande standard: __	<input type="checkbox"/> Ketamina (precisa la forma di consumo e il numero di milligrammi:.....)
<input type="checkbox"/> Canapa	Numero di canne: __ Numero pipe/bong: __	<input type="checkbox"/> metamfetamine (pillola thai, Crystal, Meth) (precisa la forma di consumo e il numero di milligrammi / pasticche.....)
<input type="checkbox"/> Cocaina	Numero grammi sniffati: __ Numero grammi fumati: __ Numero grammi iniettati: __	<input type="checkbox"/> Popper
<input type="checkbox"/> Eroina	Numero grammi fumati: __ Numero grammi sniffati: __ Numero grammi iniettati: __	<input type="checkbox"/> Energy Drinks (precisare la quantità in decilitri:.....)
<input type="checkbox"/> Ecstasy (MDMA)	Numero di pasticche: __ Numero grammi ingeriti: __ Numero grammi sniffati: __	<input type="checkbox"/> Smart Drugs, Legal highs, Research Chemicals: (quali e quanto?.....)
<input type="checkbox"/> Anfetamine (Speed)	Numero grammi sniffati: __ Numero grammi ingeriti: __	<input type="checkbox"/> Farmaci non prescritti (quali?.....)
<input type="checkbox"/> GHB/GBL (Liquid Ecstasy)	Numero millilitri: __	<input type="checkbox"/> Altro (che cosa?.....)
<input type="checkbox"/> LSD	Numero di cartoni: __ Numero di gocce: __	<input type="checkbox"/> Niente

Q10. Dopo aver consumato delle sostanze psicoattive, ti è mai successo di vivere una delle seguenti esperienze? (più risposte possibili)

<i>A breve termine</i>	<i>A lungo termine</i>
<input type="checkbox"/> Bad Trip	<input type="checkbox"/> Problemi in famiglia o di coppia
<input type="checkbox"/> Perdita di coscienza	<input type="checkbox"/> Problemi con gli amici
<input type="checkbox"/> Ricovero al pronto soccorso	<input type="checkbox"/> Problemi a scuola / al lavoro
<input type="checkbox"/> Non rispettate le regole di un rapporto sessuale protetto	<input type="checkbox"/> Procedure penali / ritiro della patente
<input type="checkbox"/> Incidente stradale	<input type="checkbox"/> Problemi economici / debiti
<input type="checkbox"/> Altri incidenti (cadute, domestica, al lavoro, durante lo sport, ...)	<input type="checkbox"/> Disturbo della funzionalità sessuale
<input type="checkbox"/> Esperienze di violenza (come vittima o autore)	<input type="checkbox"/> Mancanza di motivazione
<input type="checkbox"/> Rapporto sessuale indesiderato	<input type="checkbox"/> Disturbi cronici del sonno
<input type="checkbox"/> Guida sotto effetto di droghe o alcol	<input type="checkbox"/> Infezioni croniche (epatiti, HIV)
<input type="checkbox"/> Problemi con la polizia (controllo, multe)	<input type="checkbox"/> Depressione
<input type="checkbox"/> Attacchi di panico	<input type="checkbox"/> Attacchi di panico ripetuti
<input type="checkbox"/> Umore depresso	<input type="checkbox"/> Altro (cosa?.....)
<input type="checkbox"/> Attacco epilettico	<input type="checkbox"/> Nulla di tutto questo
<input type="checkbox"/> Reazioni allergiche	
<input type="checkbox"/> Altro (cosa?.....)	
<input type="checkbox"/> Nulla di tutto questo	

F1. Domanda facoltativa: Negli ultimi 30 giorni, quante volte sei uscito/a per far festa (party, festival, club, ecc.)? (una sola risposta)

<input type="checkbox"/> ₁ Mai	<input type="checkbox"/> ₄ 1 volta la settimana (ossia, 4 volte al mese)
<input type="checkbox"/> ₂ 1 volta	<input type="checkbox"/> ₅ 2 - 3 volte la settimana (ossia, 8-12 volte al mese)
<input type="checkbox"/> ₃ 2 - 3 volte	<input type="checkbox"/> ₆ Più di 3 volte la settimana

F2. Domanda facoltativa: Dopo una tipica notte di party, come torni a casa? (una sola risposta)

<input type="checkbox"/> ₁ A piedi	<input type="checkbox"/> ₅ Con il mio veicolo (auto, motorino, scooter, ...)
<input type="checkbox"/> ₂ Con mezzi pubblici	<input type="checkbox"/> ₆ Passeggero di una persona sotto effetto di alcol o altre sostanze
<input type="checkbox"/> ₃ Passeggero di una persona sobria	<input type="checkbox"/> ₇ In bici
<input type="checkbox"/> ₄ Taxi	<input type="checkbox"/> ₈ Altro (cosa?.....)

F3. Domanda facoltativa: L'ultima volta che sei uscito/a (club, party, festival, bar, etc.), hai avuto dei rapporti sessuali?

<input type="checkbox"/> sì, con il mio partner fisso / la mia partner fissa
<input type="checkbox"/> sì, con un partner occasionale (<i>One-Night-Stand, contatto anonimo, ...</i>)
<input type="checkbox"/> no
Se sì, avete usato un preservativo?
<input type="checkbox"/> ₁ sì <input type="checkbox"/> ₂ no <input type="checkbox"/> ₃ non so
Se no, per quale motivo non hai usato il preservativo? (una sola risposta)
<input type="checkbox"/> ₁ Non ci ho pensato
<input type="checkbox"/> ₂ Non ne avevo
<input type="checkbox"/> ₃ Le sostanze consumate mi hanno fatto relativizzare i possibili rischi
<input type="checkbox"/> ₄ Non ho l'abitudine di utilizzarlo, perché non mi piace
<input type="checkbox"/> ₅ Mi fido del mio partner fisso / della mia partner fissa
<input type="checkbox"/> ₆ Altro (<i>precisare:.....</i>)

F4. Domanda facoltativa: Hai già fatto un esame per l'epatite C?

<input type="checkbox"/> ₁ sì <input type="checkbox"/> ₂ no <input type="checkbox"/> ₃ non so
--

F5. Domanda facoltativa: Hai già fatto un esame per l'HIV?

<input type="checkbox"/> ₁ sì <input type="checkbox"/> ₂ no <input type="checkbox"/> ₃ non so
--