

QUESTIONARIO CONSUMO RICREATIVO DI SOSTANZE PSICOATTIVE V9 Modulo di base / 2020

Data: **Codice dell'istituzione:** **Drug Checking:** Sì _0 No _1 **Sostanza?**.....

Dove ti sei procurato la sostanza analizzata?

In strada	Privatamente (conoscenti, ecc.)	Party o evento	Internet	Produzione propria
<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5

Contesto della consulenza

Tipo di intervento:
 Intervento mobile Stand Chill-Out Ufficio Altro:

Tipo di evento:
 Club One-off party Outdoor party Festival Spazio pubblico Bar Altro:

Stima del numero di partecipanti:
 <200 200-500 501-1'000 1'001-2'000 2'001-5'000 >5'000

Indicazioni personali

Q1. Quanti anni hai? _0 _1 _2 _3 _4 _5 _6 _7 _8 _9

Q2. Sesso: M _0 F _1 **altro, vale a dire**..... _2

Cantone di residenza: _0 _1 _2 _3 _4 _5 _6 _7 _8 _9

Q3. Qual è l'ultima formazione che hai completato? (una sola risposta)

Nessuna	Scuola dell'obbligo	Apprendistato/scuola prof. a tempo pieno/formazione prof. superiore	Maturità prof. o liceale/scuola specializzata	Politecnico/scuola universitaria prof. (SUPSI) / Università
<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _5

Q4. Qual è la tua attuale occupazione? (una sola risposta possibile)

Lavoro e formazione	In formazione	Lavoro	Alla ricerca di lavoro	Non attivo sul mercato del lavoro
<input type="checkbox"/> _0	<input type="checkbox"/> _1	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _4

T1. Hai già fatto analizzare una sostanza?

Sì _1 No _0 Se sì, dove? Quando era l'ultima volta?

Quante volte hai usufruito del Drug Checking? _1 1 volta _2 2 – 5 volte _3 più di 5 volte

Hai già compilato questo formulario?

No _0 Sì _1 Se sì, dove? Quando l'ultima volta?.....

Q5. Hai mai consumato una delle seguenti sostanze? (Attenzione: 6 domande per sostanza con una sola possibilità di risposta per ognuna)	1. Una volta nella tua vita? No/Sì?		2. Negli ultimi 12 mesi?		Q6. Se sì, in quale contesto?	3. Numero di giorni in cui hai assunto la sostanza negli ultimi 30 giorni:					4. Quale dosaggio/quantità hai consumato durante l'ultimo consumo prima del giorno della compilazione di questo formulario?	5. 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	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	20 o più giorni <input type="checkbox"/> ₅	Tra 10 e 19 giorni <input type="checkbox"/> ₄	Tra 3 e 9 giorni <input type="checkbox"/> ₃	1 o 2 giorni <input type="checkbox"/> ₂	Mai <input type="checkbox"/> ₁	Numero di bibite standard: __	.....anni
Alcol	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di bibite standard: __	.....anni
Tabacco	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di sigarette (nelle ultime 24h prima del formulario): __	.....anni
Canapa (erba, hashish)	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di grammi: __ (1 canna ≈ 0.2 gr)	.....anni
Ecstasy (MDMA)	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di pillole: __ Numero di mg: __	.....anni
Anfetamine (speed)	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di grammi: __ (1 linea ≈ 0.1 gr)	.....anni
Cocaina	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di grammi: __ (1 linea ≈ 0.1 gr)	.....anni
LSD	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di cartoni: __ Numero di gocce: __ Numero di µg: __	.....anni
Psilos/Funghi allucinogeni	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Quantità/unità di misura: __	.....anni
Ketamina	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di milligrammi: __	.....anni
2C-B	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di milligrammi: __	.....anni
Popper	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Quantità/unità di misura: __	.....anni
GHB/GBL	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	No <input type="checkbox"/> ₀	Sì <input type="checkbox"/> ₁	Festa/uscita <input type="checkbox"/> ₁ Privato/a casa <input type="checkbox"/> ₂ Lavoro/studio <input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	Numero di millilitri: __	.....anni

Metanfetamine (meth, pillola thai, crystal)	No <input type="checkbox"/> 0	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0	Si <input type="checkbox"/> 1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	Numero di pillole: __	.....anni
					Privato/a casa <input type="checkbox"/> 2						Numero di milligrammi: __	
					Lavoro/studio <input type="checkbox"/> 3							

Eroina

No ₀ Sì ₁

No ₀ Sì ₁

Festa/uscita ₁
Privato/a casa ₂
Lavoro/studio ₃

₅ ₄ ₃ ₂ ₁

Numero di milligrammi: __

.....anni

Q5. Hai mai consumato una delle seguenti sostanze? (Attenzione: 6 domande per sostanza con una sola possibilità di risposta per ognuna)	1. Una volta nella tua vita? No/Sì?	2. Negli ultimi 12 mesi? No/Sì?	Q6. Se sì, in quale contesto?	3. ... indica il numero di giorni in cui hai assunto la sostanza negli ultimi 30 giorni:					4. Quale dosaggio/quantità hai consumato durante l'ultimo consumo prima del giorno della compilazione di questo formulario?	5. La prima volta a che età?
				20 o più giorni	Tra 10 e 19 giorni	Tra 3 e 9 giorni	1 o 2 giorni	Mai		
Nuovi prodotti di sintesi (NPS), p.es. mefedrone, metilone, 4-FA, spice, 2C-E, MDPV										
.....	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
.....	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
.....	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
Uso di farmaci a scopo ricreativo, p.es. benzodiazepine, ritalin, codeina										
.....	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
.....	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
.....	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
Piante psicoattive (droghe naturali), p.es. mescalina, morella comune, salvia divinorum, CBD										
.....	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
.....	Non <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni
.....	Non <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	Festa/uscita <input type="checkbox"/> _1 Privato/a casa <input type="checkbox"/> _2 Lavoro/studio <input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _5	<input type="checkbox"/> _4	<input type="checkbox"/> _3	<input type="checkbox"/> _2	<input type="checkbox"/> _1	Quantità/unità di misura: __	.....anni

Q7. Negli ultimi 12 mesi, hai consumato sostanze simultaneamente o in rapida successione (alcol incluso, tabacco escluso)?

No 0 Sì 1 **Se sì, quante ore è durata l'occasione?** _____ ore¹

Se sì: Con quale frequenza consumi più sostanze psicoattive simultaneamente?

3 1 volta alla settimana o più spesso 2 1-2 volte al mese 1 meno di 1 volta al mese

Quali sostanze usi contemporaneamente più spesso? Indicare le tre miscele di sostanze più frequenti:

Miscela usata più frequentemente:
.....

Seconda miscela usata più frequentemente:
.....

Terza miscela usata più frequentemente:
.....

Q8. Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti è capitato di bere più di 6 bibite standard² in un'unica occasione (p.es. uscita, party)? (una sola risposta)

<input type="checkbox"/> 1 Mai negli ultimi 12 mesi	<input type="checkbox"/> 5 2-3 volte alla settimana	<input type="checkbox"/> 8 1 volta al giorno
<input type="checkbox"/> 2 Meno di 1 volta al mese	<input type="checkbox"/> 6 4-5 volte alla 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 6-7 volte alla settimana	
<input type="checkbox"/> 4 3 – 4 volte al mese		

Quante ore dura generalmente un'occasione in cui bevi più di 6 unità di bevande alcoliche? _____ ore³

Q10. Dopo aver consumato delle sostanze psicoattive (p. es. alcol, canapa, ecstasy, ecc.), ti è mai successo di vivere una delle seguenti esperienze? (Più risposte possibili)

Precisare p.f., per ogni problema vissuto, quale sostanza ha portato principalmente al problema

A breve termine	A lungo termine
<i>Problemi psichici</i>	<i>Problemi psichici</i>
<input type="checkbox"/> Bad trip <i></i>	<input type="checkbox"/> Mancanza di motivazione <i></i>
<input type="checkbox"/> Sentimenti depressivi <i></i>	<input type="checkbox"/> Depressione <i></i>
<input type="checkbox"/> Attacchi di panico o di ansia <i></i>	<input type="checkbox"/> Attacchi di panico ripetuti <i></i>
	<input type="checkbox"/> Disturbi cronici del sonno <i></i>
<i>Comportamenti a rischio</i>	<i>Problemi sociali</i>
<input type="checkbox"/> Regole di safer sex non rispettate <i></i>	<input type="checkbox"/> Problemi in famiglia o di coppia <i></i>
<input type="checkbox"/> Guida sotto effetto di droghe o alcol <i></i>	<input type="checkbox"/> Problemi con gli amici <i></i>
<i>Problemi fisici</i>	<input type="checkbox"/> Problemi a scuola / al lavoro <i></i>
<input type="checkbox"/> Perdita di coscienza <i></i>	<input type="checkbox"/> Procedure penali / ritiro della patente <i></i>
<input type="checkbox"/> Sovradosaggio <i></i>	<input type="checkbox"/> Problemi economici / debiti <i></i>
<input type="checkbox"/> Attacco epilettico <i></i>	
<input type="checkbox"/> Reazioni allergiche <i></i>	<i>Problemi fisici</i>

¹ Possibile domanda d'approfondimento per la consulenza

² Una bibita standard corrisponde a un bicchiere di vino (1 dl circa), ad una birra (3.3 dl circa), ad un bicchierino di superalcolici (0.25 dl circa), ad una bottiglia di alcopop, ad un aperitivo o ad un cocktail (p.es. rum & cola, vodka & orange o altro).

³ Possibile domanda d'approfondimento per la consulenza

<input type="checkbox"/> Altri problemi di salute (diarrea, problemi cardiovascolari, ecc.) <small>.....</small> <i>(Quali?.....)</i> Incidenti e atti di violenza <input type="checkbox"/> Incidente stradale <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Altri incidenti (cadute, incidenti domestici, al lavoro, durante lo sport) <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Esperienze di violenza (come vittima o autore) <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Rapporto sessuale indesiderato <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Problemi con la polizia (controllo, multe) <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Altro <i>(cosa?.....)</i> <input type="checkbox"/> Nulla di tutto questo	<input type="checkbox"/> Disturbo della funzionalità sessuale <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Infezioni croniche (epatiti, HIV) <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Altri problemi di salute (malattie cardiovascolari, problemi al fegato / ai reni, ecc.) <small>.....</small> <i>(Quali?.....)</i> <input type="checkbox"/> Dipendenza da una sostanza <small>.....</small> <input type="checkbox"/> Altro <i>(cosa?.....)</i> <input type="checkbox"/> Nulla di tutto questo
--	--

Q11. Hai mai consultato un professionista rispetto al tuo consumo?

	No <input type="checkbox"/> _0	Sì <input type="checkbox"/> _1	Se sì, quale? (Più risposte possibili)	
<input type="checkbox"/> Pronto soccorso	<input type="checkbox"/> Trattamento medico	<input type="checkbox"/> Psichiatra o psicologo	<input type="checkbox"/> Consulenza ambulatoriale per le dipendenze	<input type="checkbox"/> Servizio sociale o per le dipendenze
Hai chiesto aiuto volontariamente?	Hai chiesto aiuto volontariamente?	Hai chiesto aiuto volontariamente?	Hai chiesto aiuto volontariamente?	Hai chiesto aiuto volontariamente?
No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1	No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1

Q12. Attualmente hai delle preoccupazioni rispetto al tuo consumo di sostanze (inclusi alcol e tabacco)?

No <input type="checkbox"/> _0 Sì <input type="checkbox"/> _1 Se sì, perché e a causa di quale(i) sostanza(e)?
--