

Studio *VEdeTTE* 2

Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina: studio di fattibilità

Questionario

codice identificativo:	_ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	regione	centro	codice utente
compilatore:			
nome	_____		
cognome	_____		
data di compilazione	_ _ _ _ _ _ _		
	gg mm aa		

SEZIONE 1: RIFIUTO O PERSO AL FOLLOW-UP

(da compilare in base alla cartella clinica)

1.1 Stato civile

- Celibe/nubile
- Coniugato
- Convivente
- Separato/Divorziato
- Vedovo
- Non rilevato

1.2 Titolo di studio

- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Diploma di corsi professionali successivi alla scuola media inferiore
- Diploma scuola media superiore
- Laurea
- Non rilevato

1.3 Sistemazione abitativa

- Con il partner e i figli
- Solo con il partner
- Con i figli
- Con la famiglia di origine (genitori e/o altri parenti)
- Con amici
- Da solo
- In carcere
- In comunità terapeutica
- Nessuna sistemazione stabile (anche residenza temporanea presso centri di accoglienza)
- Non rilevato

1.4 Tipo di impiego lavorativo

- Stabile
- Saltuario (impiego occasionale o contratto a breve termine)
- Studente
- Condizione non professionale (casalinga, pensionato, invalido civile, soldato di leva, ecc...)
- Disoccupato
- Non rilevato

SEZIONE 2: CARTELLA CLINICA

2.1 E' stato eseguito un test anti-HIV negli ultimi due anni?

SI NO NON RILEVATO

2.1.1 Se SI,

Data	Risultato	
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

2.2 E' stato eseguito un test anti-HBV negli ultimi due anni?

SI NO NON RILEVATO

2.2.1 Se SI,

Data	Risultato	
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

2.3 E' stato eseguito un test anti-HCV negli ultimi due anni?

SI NO NON RILEVATO

2.3.1 Se SI,

Data	Risultato	
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo
__ __ __ __	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

VEdeTTE 2

2.4 Sono state segnalate malattie importanti (diabete, cardiopatia, cirrosi epatica, ulcera duodenale, etc) in cartella clinica negli ultimi due anni?

SI NO NON RILEVATO

2.4.1 Se SI, quali?

Malattia	Data diagnosi
_____	__ __ __
_____	__ __ __
_____	__ __ __
_____	__ __ __

2.5 Sezione non compilata.

- Motivo:** Soggetto non in carico a SerT VedeTTE negli ultimi due anni
 Soggetto negli ultimi due anni in carico a SerT NON VEdeTTE in cui non è possibile visionare la cartella clinica
 Soggetto in comunità terapeutica negli ultimi due anni
 Altro: _____

SEZIONE 3: CAMBIAMENTI

3.1 Ci sono state variazioni del suo stato civile negli ultimi due anni?

- SI
- No
- Non risponde

3.1.1 Se SI: stato civile attuale

- Celibe/nubile
- Coniugato (vd. tab. 3.3)
- Convivente (vd. tab. 3.3)
- Separato/Divorziato (vd. tab. 3.3)
- Vedovo (vd. tab. 3.3)
- Non risponde

3.2 Attualmente è studente?

- Si
- No
- Non risponde

3.2.1 Se SI, ha ripreso a studiare negli ultimi due anni?

- Si
- No
- Non risponde

Se si: numero di anni di studio conclusi nel periodo I_I_I

3.2.2 Se NO, ha smesso di studiare negli ultimi due anni?

- Si
- No
- Non risponde

3.3 Si è verificato qualcuno dei seguenti eventi negli ultimi due anni e in quale semestre? (più risposte possibili)

EVENTO	SEMESTRE				NOTE
	I	II	III	IV	
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Convivenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Separazione - divorzio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rientro nella famiglia di origine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nascita di un figlio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nuovo lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Perdita del lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SEZIONE 4: SALUTE

4.1 Negli ultimi due anni ha effettuato un test sierologico anti-HIV?

- Si
- No
- Non risponde

4.1.1 Se SI, è avvenuta una sieroconversione?

- Si
- No
- Non risponde

4.2 Negli ultimi due anni ha contratto qualcuna delle seguenti patologie?

1. Patologia HIV correlata (candidosi, broncopolmoniti, toxoplasmosi, sarcoma di Kaposi, etc)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
2. Epatite B (test di laboratorio positivo per HBV)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
3. Epatite C (test di laboratorio positivo per HCV)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
4. MST* (sifilide, gonorrea, etc)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
5. Altre malattie importanti (diabete, cardiopatia, cirrosi epatica, ulcera duodenale, etc) Se sì , specificare _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
TBC°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE

*MST= malattie sessualmente trasmesse

°TBC= tubercolosi

SEZIONE 5: PROBLEMI GIUDIZIARI

5.1 Ha avuto problemi legali negli ultimi 24 mesi (arresti, denunce, processi)?

ULTIMI 12 MESI

- Sì
 No
 Non risponde

PRECEDENTI 12 MESI

- Sì
 No
 Non risponde

5.1.1 Se SÌ

Numero non risponde

Per reati: (più risposte possibili)

- connessi alle norme sugli stupefacenti
 contro il patrimonio e assimilati
 altri reati
 non risponde

Se SÌ

Numero non risponde

Per reati: (più risposte possibili)

- connessi alle norme sugli stupefacenti
 contro il patrimonio e assimilati
 altri reati
 non risponde

5.2 Periodi di carcerazione negli ultimi 24 mesi:

ULTIMI 12 MESI

- Sì
 No
 Non risponde

PRECEDENTI 12 MESI

- Sì
 No
 Non risponde

5.2.1 Se SÌ, durata mesi giorni Non risponde

5.3 Quando è finito l'ultimo periodo di carcerazione?

mese anno Non risponde

5.4 E' attualmente in

	SI	NO
Carcere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libertàvigilata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libertàcondizionata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regime di semilibertà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arresti domiciliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affidamento in prova al servizio sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regime di sospensione della pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanzioni sostitutive delle pene detentive brevi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non risponde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5 Patente di guida valida

- Si
- No
- Non risponde

5.5.1 Se NO

- Mai conseguita
- Sospesa
- Ritirata
- Non risponde

5.5.2 Se sospesa o ritirata indicare il motivo

- Provvedimento prefettura per detenzione sostanze illegali
- Guida in stato di ebbrezza o intossicazione
- Altro
- Non risponde

5.6 Quante volte è stato fermato per guida in stato di ebbrezza o intossicazione ?

Negli ultimi 2 anni, di cui negli ultimi 30 giorni Non risponde

|_| |

SEZIONE 6: USO DI SOSTANZE

6.1 Ha fatto USO, anche per brevi periodi, negli ultimi due anni di una delle seguenti sostanze? Se NO per eroina, attribuisca alle cure del SerT, con un punteggio da 1 a 10, il merito di tale astensione: Non risponde

EROINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Punti _ _
COCAINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ECSTASY E SIMILI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CANNABIS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ALCOOLICI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
BENZODIAZEPINE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

6.1.1 Se SI per qualche sostanza, ne ha RIDOTTO IL CONSUMO nel corso dei due anni? Se ha ridotto il consumo di eroina, attribuisca alle cure del SerT, con un punteggio da 1 a 10, il merito di tale decremento: Non risponde

EROINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Punti _ _
COCAINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ECSTASY E SIMILI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CANNABIS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ALCOOLICI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
BENZODIAZEPINE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

6.1.2 Se SI per eroina e/o cocaina, ha cambiato le MODALITA' DI UTILIZZAZIONE nel corso dei due anni, almeno per un periodo? (per es. passaggio da uso nasale ad uso e.v. o viceversa). Non risponde

EROINA SI Endov → Inalata NO

Inalata → Endov

COCAINA SI Endov → Inalata NO

Inalata → Endov

6.2 ANDAMENTO DELL'USO DELLE SOSTANZE NELL'ULTIMO BIENNIO

Se il soggetto alla domanda 6.1 ha dichiarato di aver fatto uso di almeno una sostanza, compilare le tabelle seguenti per le sostanze usate.

6.2.1 Uso di sostanze nel primo anno (cioè due anni fa)

	Eroina	Cocaina	Ecstasy e simili	Cannabis	Alcool	Bdz
N° cumulativo giorni di uso	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Gg di utilizzo in media/sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.
	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.
	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.
Spesa media/gg consumo ^{1y}	□□□	□□□	□□□	□□□		
Dose media/gg consumo ^{1*}					□□□	□□□
N° epis. di remiss. ≥7gg ²	□□□	□□□			□□□	□□□
Remissione più lunga in gg ²	□□□	□□□	□□□		□□□	□□□

6.2.2 Uso di sostanze nel secondo anno (cioè lo scorso anno)

	Eroina	Cocaina	Ecstasy e simili	Cannabis	Alcool	Bdz
N° cumulativo giorni di uso	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Gg di utilizzo in media/sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.
	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.
	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.	□,□ per □□ sett.
Spesa media/gg consumo ^{1y}	□□□	□□□	□□□	□□□		
Dose media/gg consumo ^{1*}					□□□	□□□
N° epis. di remiss. ≥7gg ²	□□□	□□□			□□□	□□□
Remissione più lunga in gg ²	□□□	□□□	□□□		□□□	□□□

NOTE PER ENTRAMBE LE TABELLE (6.2.1 e 6.2.2):

¹ per i giorni di uso

² da chiedere solo ai soggetti che hanno dichiarato un numero cumulativo di giorni di uso pari o superiore a 180 per quell'anno

^y spesa in £ x 1.000

*per l'alcool, segnare la dose in mg. tenendo in conto quanto segue:

Vino: 1 bicchiere= 200cc = 20 mg di alcool

Liquori: 1 bicchierino= 40 cc = 20 mg di alcool

Birra: 1 boccale= 500 cc = 20 mg di alcool

SEZIONE 7: OVERDOSE (con perdita di coscienza)

7.1 Ha avuto episodi di overdose da uso di eroina con perdita di coscienza nel biennio?

- Si
- No
- Non risponde

7.1.1 Se SI

Riportare in tabella i dati richiesti circa le overdosi da eroina.

EROINA				I anno	II anno
N° OVD				___	___
Per quante era in trattamento?				___	___
Quante sono avvenute entro 3 gg dalla fine del trattamento?				___	___
Date OVD	___ ___ ___ ___ gg mm aa	___ ___ ___ ___ gg mm aa	___ ___ ___ ___ gg mm aa	___ ___ ___ ___ gg mm aa	
Soccorso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì , n° di volte totali ___	<input type="checkbox"/> amici <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> passanti, familiari <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> Unità di strada <input type="checkbox"/> Altri sanitari	N° ___ volte N° ___ volte N° ___ volte N° ___ volte N° ___ volte	
Praticato Narcan	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì , n° di volte totali ___	<input type="checkbox"/> amici <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> passanti, familiari <input type="checkbox"/> SerT <input type="checkbox"/> Unità di strada <input type="checkbox"/> Altri sanitari	N° ___ volte N° ___ volte N° ___ volte N° ___ volte N° ___ volte	
Trasportato in Ospedale: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Se SI, ricoverato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se ricoverato, N° di volte ___	

VEDETTE 2

7.2 Ha avuto episodi di overdose da uso di alcool con perdita di coscienza nel biennio?

- Si
- No
- Non risponde

7.2.1 Se SI

Riportare in tabella i dati richiesti circa le overdosi da eroina.

ALCOOL		I anno	II anno
N° OVD		_ _	_ _
Per quante era in trattamento?		_ _	_ _
Quante sono avvenute entro 3 gg dalla fine del trattamento?		_ _	_ _
Date OVD	_ _ _ _ _ _ _ gg mm aa	_ _ _ _ _ _ _ gg mm aa	_ _ _ _ _ _ _ gg mm aa

7.3 Ha avuto episodi di overdose da altre sostanze negli ultimi due anni? E, se SI, a chi si è rivolto? Non risponde

SI	NO	SOSTANZA	AIUTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----

SEZIONE 8: UTILIZZO DI FARMACI

8.1 A parte i farmaci prescritti dal SerT, negli ultimi due anni ne sono stati utilizzati altri per i problemi derivanti dall'uso di sostanze?

- Si
- No
- Non risponde

8.1.1 Se SI riportare in tabella accanto al nome del farmaco se è stato utilizzato o meno e la stima del numero di giorni di assunzione. I dati vanno intesi nel biennio Non risponde

FARMACI	UTILIZZAZIONE	N° DI GIORNI CUMULATIVI
ALCOVER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ANTABUSE / ETILTOX	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
CATAPRESAN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DIVIDOL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
PROZAC / FLUOXEREN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ROIPNOL / DARKENE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SERENASE / HALDOL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TALOFEN / LARGACTIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
VALIUM/TAVOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
METADONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SUBUTEX / TEMGESIC	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

SEZIONE 9: USO SOSTANZE NELL'ULTIMO MESE PRECEDENTE
L'INTERVISTA

9.1 Ha utilizzato sostanze in quest'ultimo mese?

- Si
- No
- Non risponde

9.1.1 Se SI, riportare in tabella, per ogni sostanza usata, la modalità principale e la frequenza. Può essere specificata più di una sostanza. I dati si riferiscono all'ultimo mese precedente l'intervista. Non risponde

Sostanza	Uso nel mese precedente l'intervista	Modalità principale (riportare codice corrispondente)*	Frequenza	
			Numero di giorni nel mese	Numero di volte al giorno nel giorno di assunzione
EROINA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_ _	_ _	_ _
COCAINA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_ _	_ _	_ _
ECSTASY	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_ _	_ _	_ _
CANNABIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_ _	_ _	_ _
ALCOOL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_ _	_ _	_ _

* codici: 1 = endovena 2 = fumata 3 = inalata 4 = orale 5 = intramuscolo

SEZIONE 10: COMPORTAMENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO E
COMPORTAMENTI A RISCHIO

10.1 Ha avuto contatti con operatori delle Unità di Strada nel biennio?

- Sì
- No
- Non risponde

10.1.1 Se sì, riportare in tabella di quale servizio offerto dall'unità di strada ha usufruito. (più risposte)

1. Siringhe sterili	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
2. Acqua distillata	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
3. Acido citrico	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
4. Profilattici	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
5. Fiale di Narcan	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
6. Materiale per disinfezione	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
7. Servizio di counselling	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
8. Attività socializzanti di gruppo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE

10.2 Ha utilizzato macchine scambiatrici di siringhe nel biennio?

- Sì
- No
- Non risponde

10.3 Nell'ultimo biennio:

1. Ha fatto uso di siringhe già usate da altri?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
2. Ha usato strumenti per la preparazione della droga (cucchiaino, filtro, acqua, etc.) già usati da altri?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
3. Ha avuto rapporti sessuali non protetti con il partner fisso?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
3.1 Se sì, il partner fisso era o è tossicodipendente?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE
4. Ha avuto rapporti non protetti con partner occasionali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RISPONDE

SEZIONE 11: INTEGRAZIONE SOCIALE

11.1 Titolo di studio attuale

- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Diploma di corsi professionali successivi alla scuola media inferiore
- Diploma scuola media superiore
- Laurea
- Non risponde

11.2 Sistemazione abitativa attuale

- Con il partner e i figli
- Solo con il partner
- Con i figli
- Con la famiglia di origine (genitori e/o altri parenti)
- Con amici
- Da solo
- In carcere
- In comunità terapeutica
- Nessuna sistemazione stabile (anche residenza temporanea presso centri di accoglienza)
- Non risponde

11.3 Attualmente vive con qualcuno che (più risposte):

- Ha problemi con l'alcol in atto
- Fa uso di droghe inclusi farmaci non prescritti
- Non risponde

11.4 Per quanti giorni ha lavorato negli ultimi 30

l__l Non risponde

(incluso lavoro nero, escluse attività illegali)

11.5 Quanto è durato il più lungo periodo di lavoro (incluso lavoro nero, escluse attività illegali)

- Negli ultimi due anni: aa l_ mm l__l gg l__l Non risponde
- Nei due anni precedenti: aa l_ mm l__l gg l__l Non risponde

11.6 Quanto è durato il più lungo periodo di disoccupazione

- Negli ultimi due anni: aa l_ mm l__l gg l__l Non risponde
- Nei due anni precedenti: aa l_ mm l__l gg l__l Non risponde

11.7 Tipo di impiego lavorativo attuale

- Stabile
- Saltuario (impiego occasionale o contratto a breve termine)
- Studente
- Condizione non professionale (casalinga, pensionato, invalido civile, soldato di leva, ecc...)
- Disoccupato
- Non risponde

11.8 Per quanti giorni, negli ultimi 30, è stato disoccupato o ha avuto problemi di lavoro:

□□□

Non risponde

11.9 Origine delle principali risorse finanziarie (fino a tre risposte)

	Due anni fa	Ultimi 30 giorni
1. Impiego/lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Indennità di disoccupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cassa integrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Assicurazione privata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sussidi sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pensione (vecchiaia, invalidità)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Famiglia acquisita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Famiglia originaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Attività illegali/espediti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prostituzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Non risponde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.10 Con chi trascorre la maggior parte del suo tempo libero (più risposte)

	Due anni fa	Ultimi 30 giorni
1. Da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Coniuge o partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Figli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Altri membri della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Non risponde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.11 Le persone con cui trascorre attualmente la maggior parte del suo tempo libero sono (più risposte):

- senza problemi di alcol o uso di droghe in atto
- con problemi di alcol o uso di droghe in atto
- Non risponde

VEDETTE 2

11.12 Quante volte negli ultimi 30 giorni si è impegnato in una delle seguenti attività nel suo tempo libero (più risposte):

- | | |
|----------------|---|
| 1. Cinema | _ |
| 2. Libri | _ |
| 3. Discoteca | _ |
| 4. Escursioni | _ |
| 5. Viaggi | _ |
| 6. Televisione | _ |
| 7. Videogiochi | _ |
| 8. Bar | _ |
| 9. Piazza | _ |

Non risponde

11.13 Partecipazione attiva e regolare a movimenti associativi (o gruppi) attuale:

- Sì
 No
 Non risponde

11.14 Numero di persone dipendenti dal soggetto per la loro sussistenza:

Due anni fa
|_|

Ultimi 30 giorni
|_|

Non risponde