

## AUDIT

### Test sui rischi correlati all' uso di alcol

1. CON QUALE FREQUENZA BEVE UNA BEVANDA CHE CONTIENE ALCOL?

	Mensilmente o Mai (0)	meno (1)	Da 2 a 4 volte al mese (2)	Da 2 a 3 volte la settimana (3)	4 o più volte alla settimana (4)
--	--------------------------	----------	----------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

2. QUANTE BEVANDE CHE CONTENGONO ALCOL CONSUMA IN UNA GIORNATA TIPICA QUANDO BEVE?

1 o 2 (0)	3 o 4 (1)	5 o 6 (2)	7 o 9 (3)	10 o + (4)
-----------	-----------	-----------	-----------	------------

3. CON QUALE FREQUENZA BEVE 6 O PIU BEVANDE ALCOLICHE IN UN' UNICA OCCASIONE?

	Meno di una volta Mai (0)	al mese (1)	1 volta al mese (2)	1 volta alla settimana (3)	Ogni giorno o quasi (4)
--	------------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	-------------------------

4. CON QUALE FREQUENZA DURANTE L' ULTIMO ANNO SI E' ACCORTO/A DI NON RIUSCIRE A SMETTERE DI BERE UNA VOLTA CHE AVEVA INIZIATO?

	Meno di una volta Mai (0)	al mese (1)	1 volta al mese (2)	1 volta alla settimana (3)	Ogni giorno o quasi (4)
--	------------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	-------------------------

5. CON QUALE FREQUENZA DURANTE L' ULTIMO ANNO NON E' RIUSCITO/A A FARE CIO' CHE NORMALMENTE CI SI ASPETTA DA LEI A CAUSA DEL BERE?

	Meno di una volta Mai (0)	al mese (1)	1 volta al mese (2)	1 volta alla settimana (3)	Ogni giorno o quasi (4)
--	------------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	-------------------------

6. CON QUALE FREQUENZA DURANTE L' ULTIMO ANNO HA AVUTO BISOGNO DI BERE DI PRIMA MATTINA PER TIRARSI SU DOPO UNA BEVUTA PESANTE?

	Meno di una volta Mai (0)	al mese (1)	1 volta al mese (2)	1 volta alla settimana (3)	Ogni giorno o quasi (4)
--	------------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	-------------------------

7. CON QUALE FREQUENZA DURANTE L' ULTIMO ANNO HA AVUTO SENSI DI COLPA O RIMORSO A CAUSA DEL SUO BERE?

	Meno di una volta Mai (0)	al mese (1)	1 volta al mese (2)	1 volta alla settimana (3)	Ogni giorno o quasi (4)
--	------------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	-------------------------

8. CON QUALE FREQUENZA DURANTE L' ULTIMO ANNO NON E' RIUSCITO/A A RICORDARE QUELLO CHE ERA SUCCESSO LA SERA PRECEDENTE PERCHE' AVEVA BEVUTO?

	Meno di una volta Mai (0)	al mese (1)	1 volta al mese (2)	1 volta alla settimana (3)	Ogni giorno o quasi (4)
--	------------------------------	-------------	---------------------	-------------------------------	-------------------------

9. SI E' FATTO/A MALE O HA FATTO MALE A QUALCUNO COME RISULTATO DEL BERE?

	Si, ma non nell'	
No (0)	ultimo anno (2)	Si, nell' ultimo anno (4)

10. UN PARENTE, UN AMICO, UN MEDICO O UN ALTRO OPERATORE SOCIO - SANITARIO SI SONO PREOCCUPATI DEL SUO BERE O LE HANNO SUGGERITO DI SMETTERE?

	Si, ma non nell'	
No (0)	ultimo anno (2)	Si, nell' ultimo anno (4)

### RISCHIO SECONDO IL PUNTEGGIO

**Fino a 7**

**8-15**

**16-19**

**20 o +**

**SE VUOI SAPERNE DI PIÙ  
WWW.ACATSAVONAGENOVA.IT**