

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. Con quale frequenza assume bevande alcoliche?

| | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Mai | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Una volta al mese o meno | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> 2 – 4 volte al mese | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> 2 – 4 volte la settimana | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> 4 volte o più la settimana | 4 punti |

2. Quando assume bevande alcoliche, quanto le capita di bere in media, ad esempio in un giorno? Una bevanda alcolica (= unità di bevanda alcolica) corrisponde a circa 3 dl di birra (5 vol.%), 1 dl di vino o spumante (12,5 vol.%), 2 cl di acquavite (55 vol.%) o 4 cl di liquore (30 vol.%).

| | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 bevande alcoliche | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 bevande alcoliche | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> 5 o 6 bevande alcoliche | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> 7 - 9 bevande alcoliche | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> 10 o più bevande alcoliche | 4 punti |

3. Con quale frequenza beve 6 o più bicchieri di alcol (= unità di bevanda alcolica) in un'unica occasione?

| | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Mai | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> Una volta al mese | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Una volta la settimana | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno o quasi ogni giorno | 4 punti |

4. Nel corso degli ultimi 12 mesi, con quale frequenza le è capitato di trovarsi in una situazione in cui non è stata/o in grado di smettere di bere?

| | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Mai | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> Una volta al mese | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Una volta la settimana | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno o quasi ogni giorno | 4 punti |

5. Nel corso degli ultimi 12 mesi, con quale frequenza le è capitato di non essere in grado di far fronte alle attese riposte in lei dalla sua famiglia, dalla sua cerchia di amici oppure nell'ambito della sua vita professionale?

| | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Mai | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> Una volta al mese | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Una volta la settimana | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno o quasi ogni giorno | 4 punti |

6. Nel corso degli ultimi 12 mesi, con quale frequenza le è capitato di aver bisogno di una bevanda alcolica al mattino per sentirsi nuovamente in forma dopo una serata durante la quale ha bevuto molto?

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Mai | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> Una volta al mese | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Una volta la settimana | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno o quasi ogni giorno | 4 punti |

7. Nel corso degli ultimi 12 mesi, con quale frequenza le è capitato di provare sensi di colpa o rimorsi di coscienza a causa della sua abitudine di bere?

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Mai | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> Una volta al mese | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Una volta la settimana | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno o quasi ogni giorno | 4 punti |

8. Nel corso degli ultimi 12 mesi, con quale frequenza le è capitato di non essere in grado di ricordarsi che cosa aveva fatto la sera precedente perché aveva bevuto?

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Mai | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> Una volta al mese | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Una volta la settimana | 3 punti |
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno o quasi ogni giorno | 4 punti |

9. Sotto l'effetto dell'alcol, le è già capitato di ferire se stessa/o o qualcun altro?

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> No | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Sì, ma non durante l'ultimo anno | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Sì, durante l'ultimo anno | 4 punti |

10. È già successo che qualcuno (parente, amica/o, medico) le abbia espresso preoccupazioni per il Suo consumo di alcol oppure le abbia suggerito di diminuirlo?

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> No | 0 punti |
| <input type="checkbox"/> Sì, ma non durante l'ultimo anno | 2 punti |
| <input type="checkbox"/> Sì, durante l'ultimo anno | 4 punti |

Totale punti:

Fonte: Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guideline for Use in Primary Care. World Health Organization WHO, Geneva.