



**TEST AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**

**1-Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?**

- Mai
- Meno di una volta al mese
- Da 2 a 4 volte al mese
- Da 2 a 3 volte a settimana
- 4 o più volte a settimana

**2-Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?**

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 o 8
- 10 o più

**3-Con quale frequenza le capita di consumare sei o più bevande in un'unica occasione?**

- Mai
- Meno di 1 volta al mese
- 1 volta al mese
- 1 volta a settimana
- Ogni giorno o quasi

**4-Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?**

- Mai
- Meno di 1 volta al mese
- 1 volta al mese
- 1 volta a settimana
- Ogni giorno o quasi

**5-Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?**

- Mai
- Meno di 1 volta al mese
- 1 volta al mese
- 1 volta a settimana
- Ogni giorno o quasi

**6-Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?**



- Mai
- Meno di 1 volta al mese
- 1 volta al mese
- 1 volta a settimana
- Ogni giorno o quasi

**7-Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto sensi di colpa o rimorso per aver bevuto?**

- Mai
- Meno di 1 volta al mese
- 1 volta al mese
- 1 volta a settimana
- Ogni giorno o quasi

**8-Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?**

- Mai
- Meno di 1 volta al mese
- 1 volta al mese
- 1 volta a settimana
- Ogni giorno o quasi

**9-Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?**

- No
- Si, ma non nell'ultimo anno
- Si, nell'ultimo anno

**10- Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o le hanno suggerito di smettere?**

- No
- Si, ma non nell'ultimo anno
- Si, nell'ultimo anno

Data e Firma del Lavoratore

---