

ITEM

Istruzioni: Gradiremmo sapere se ha sperimentato qualcuno fra i seguenti eventi di vita traumatici durante diversi periodi della sua vita. Per favore legga ciascuna descrizione dell'evento traumatico e ci dica se ha sperimentato ciascun evento in infanzia, adolescenza e/o età adulta.	Scuole elementari e medie (fino a 13 anni)	Scuole superiori (tra 14 e 19 anni)	Dopo le scuole (dopo i 19 anni)
ITEM01. Le è stata diagnosticata una malattia potenzialmente letale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM02. Qualcuno a lei caro è deceduto in modo orribile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM03. Qualcuno a lei caro ha ricevuto diagnosi di una malattia potenzialmente letale oppure ha avuto un incidente potenzialmente letale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM04. Qualcuno ha minacciato la sua vita con un'arma (coltello, pistola, bomba ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM05. È stato aggredito/a fisicamente (Preso a pugni, calci, schiaffi, aggredito, derubato ecc.) da un genitore o un tutore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM06. È stato aggredito/a fisicamente (Preso a pugni, calci, schiaffi, aggredito, derubato ecc.) da qualcuno di diverso da un genitore o tutore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM07. E' stato aggredito/a sessualmente (penetrazione anale, vaginale o orale, o contatti con parti intime) da un genitore o un tutore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM08. E' stato aggredito/a sessualmente (penetrazione anale, vaginale o orale, o contatti con parti intime) da qualcuno di diverso da un genitore o un tutore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM09. E' stato molestato/a sessualmente (commenti o comportamenti a sfondo sessuale non voluti).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM10. E' stato esposto/a a guerre o combattimenti (come soldato o come civile).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM11. E' stato tenuto/a prigioniero/a e/o torturato/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM12. Ha inflitto sofferenze estreme o ucciso un'altra persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM13. E' stato/a testimone di sofferenze estreme o della morte di un'altra persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM14. E' stato/a coinvolto/a in un incidente (es, trasporti, lavoro, casa, tempo libero) in cui la sua vita era in pericolo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM15. E' stato/a coinvolto/a ad un disastro naturale (es uragano, tsunami, terremoto) in cui la sua vita è stata potenzialmente in pericolo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM16. È stato coinvolto ad un disastro causato dall'uomo (attacco terroristico, incidente di mezzi di trasporto, sparatoria pubblica etc.) in cui la sua vita è stata in pericolo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM17. E' stato/a perseguitato/a o "stalkerizzato" da qualcuno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM18. E' stato/a ripetutamente bullizzato/a (su internet o di persona).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM19. E' stato/a umiliato/a, mortificato/a, insultato/a da qualcun altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM20. E' stato/a fatto sentire non amato/a, non gradito/a, o senza valore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM21. E' stato/a trascurato/a, ignorato/a, rifiutato/a, o isolato/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEM22. Qualche altro evento non elencato (per favore specifici) _____			

- Per favore ci dica quale evento è stato più stressante inserendo il numero corrispondente all'evento della lista qui: |__|

- **Se ha sperimentato questo evento più di una volta nella vita, per favore ci dica approssimativamente quante volte lo ha sperimentato? |__|__|**

- **Quanto tempo fa è accaduto l'evento?**
 - Meno di 1 mese fa
 - 1-6 mesi fa
 - 6-12 mesi fa
 - 1-5 anni fa
 - Più di 10 anni fa

- **Qual è l'emozione predominante che ADESSO associa a questo evento?**
 - 1-Paura
 - 2- Rabbia
 - 3- Disgusto
 - 4- Tristezza
 - 5-Vergogna
 - 6-Colpa
 - 7-Nessuna emozione

Traduzione a cura di Rodolfo Rossi
 Dipartimento di Medicina dei Sistemi,
 Università di Roma Tor Vergata
 Per info rudy86.rossi@gmail.com