



**AIED GENOVA**

Via Cesare, 37/E/rosso - 16121 Genova  
Tel. (010) 586881 - 566565

ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PER L'EDUCAZIONE  
DEMOGRAFICA

**A.I.E.D.- Genova sta conducendo una campagna di prevenzione dello stalking.  
Chiediamo la tua collaborazione per la sua riuscita.**

**I dati che ci fornirai resteranno anonimi e consentiranno una migliore valutazione di questo problema.**

**Piega il questionario e inseriscilo nell'urna.**

età\_\_\_\_\_ sesso\_\_\_\_\_ stato civile\_\_\_\_\_

occupazione\_\_\_\_\_ grado di istruzione\_\_\_\_\_

**1- Conosci il fenomeno dello stalking (la sindrome del molestatore assillante)?**

sì  no

**2- Sei mai stato inseguito, tormentato, molestato, importunato o minacciato nella tua privacy e sicurezza?**

sì  no

**3- Se sì, come?**

Tormentato con telefonate  Pedinato o sorvegliato  
 con lettere o e-mail  Approcciato fisicamente  
 Con regali inattesi

**4- Quanto tempo sono durate le molestie?**

una volta  1-2 mesi  oltre 5 anni  
 6-12 mesi  2-5 anni

**5- Che rapporto avevate prima dell'inizio delle molestie?**

Sconosciuto  Conoscente  Amico  Collega  Parente  
 Ex coniuge  Ex fidanzato  coniuge o fidanzato del tuo partner

**6- Quali dei seguenti termini useresti per descrivere il tuo persecutore?**

Intelligente  Arrabbiato  
 Violento  Geloso  
 Vendicativo  Bisognoso  
 Disoccupato  Depresso  
 Sessualmente perverso  Romantico

**7- Hai mai subito danni a cose di tua proprietà?**

sì  no

**8- se sì, a che cosa?**

---

---

---

**9- Quali delle seguenti sensazioni o sintomi hai avvertito da quando sono iniziate le molestie?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Insonnia                     | <input type="checkbox"/> Depressione            |
| <input type="checkbox"/> Ansia                        | <input type="checkbox"/> Paura                  |
| <input type="checkbox"/> Rabbia                       | <input type="checkbox"/> Stato di allarme       |
| <input type="checkbox"/> Senso di isolamento          | <input type="checkbox"/> Incubi                 |
| <input type="checkbox"/> Perdita di appetito          | <input type="checkbox"/> Sfiducia negli altri   |
| <input type="checkbox"/> Perdita degli amici          | <input type="checkbox"/> Perdita del lavoro     |
| <input type="checkbox"/> Sensazione di essere seguito | <input type="checkbox"/> nessuno dei precedenti |

**10- Hai mai partecipato a corsi di autodifesa?**

- sì  no

**11- Hai dovuto attuare cambiamenti nelle tue abitudini di vita?**

- sì  no

**12- se sì, quali?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evitare di rimanere solo a casa      | <input type="checkbox"/> Cambiare città o abitazione       |
| <input type="checkbox"/> Evitare di rimanere solo in pubblico | <input type="checkbox"/> Controllare le chiamate in arrivo |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____            |  |

**13- Come ti descriveresti prima dell'inizio delle molestie?**

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Felice    | <input type="checkbox"/> Ottimista  |
| <input type="checkbox"/> Fiducioso | <input type="checkbox"/> Estroverso |
| <input type="checkbox"/> Infelice  | <input type="checkbox"/> Pessimista |
| <input type="checkbox"/> Ansioso   | <input type="checkbox"/> Introverso |
| <input type="checkbox"/> Timoroso  | <input type="checkbox"/> Irritabile |
| <input type="checkbox"/> Rilassato |                                     |

**14- Come ti descriveresti dopo aver subito le molestie?**

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Felice    | <input type="checkbox"/> Ottimista  |
| <input type="checkbox"/> Fiducioso | <input type="checkbox"/> Estroverso |
| <input type="checkbox"/> Infelice  | <input type="checkbox"/> Pessimista |
| <input type="checkbox"/> Ansioso   | <input type="checkbox"/> Introverso |
| <input type="checkbox"/> Timoroso  | <input type="checkbox"/> Irritabile |
| <input type="checkbox"/> Rilassato |                                     |

**15- Sei mai passato al "contrattacco" (hai mai reagito)?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minacciare lo stalker | <input type="checkbox"/> Imbarazzarlo e ridicolizzarlo |
| <input type="checkbox"/> Colpirlo              | <input type="checkbox"/> Farlo intimidire da qualcuno  |

**16- Hai mai iniziato procedimenti legali contro il presunto o accertato molestatore?**

- sì  no

**17- Dopo quanto tempo dall'inizio delle molestie?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> subito        | <input type="checkbox"/> entro un mese |
| <input type="checkbox"/> entro un anno | <input type="checkbox"/> alla fine     |

**18- Che esito ha avuto la vicenda?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ancora in atto la molestia      | <input type="checkbox"/> Condanna del molestatore    |
| <input type="checkbox"/> Nulla di fatto                  | <input type="checkbox"/> Assoluzione del molestatore |
| <input type="checkbox"/> Ancora in corso il procedimento |  |

**19- Hai mai chiesto consigli per gestire questa situazione?**

- sì  no

**20- se sì, a chi?**

---



---