

STUDIO MULTICENTRICO DI VALUTAZIONE

QUESTIONARIO DI INGRESSO

**DELL'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI TERAPEUTICI SUI
TOSSICODIPENDENTI**

Codice identificativo:	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	Regione	Centro	Codice utente
Compilatore:			
Nome	_____		
Cognome	_____		
Data	_ _ _ _		
	gg mm aa		

Tipologia utente

- A.1 Nuovo utente
A.2 Rientrato per un nuovo trattamento
A.3 Già in trattamento

SEZIONE 1 - DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

1.1 Sesso: M F

1.2 Data di nascita: |__|_| |__|_| |__|_|
 gg mm aa

1.3 Luogo di nascita: _____ Prov. _____

1.4 Luogo di residenza: _____ Prov. _____

1.5 Stato civile

- 1 - Celibe/nubile
 2 - Coniugato
 3 - Convivente
 4 - Separato/Divorziato
 5 - Vedovo

1.6 Sistemazione abitativa

- 1 - Con il partner e i figli
 2 - Solo con il partner
 3 - Con i figli
 4 - Con la famiglia di origine
 5 - Con amici
 6 - Da solo
 7 - Nessuna sistemazione stabile

2.2 Specificare per ogni sostanza usata la modalità principale e la frequenza (più risposte)

Sostanza	Modalità principale (riportare il codice corrispondente) *	Frequenza (barrare la casella corrispondente)				
		1/mese	1/settimana	<1/giorno	1/giorno	>1/giorno
Eroina	__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetamine	__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ectasy	__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinogeni	__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiolitici/sed ativi	__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 1 = endovena; 2 = fumata; 3 = inalata; 4 = orale.

2.3 Beve vino/birra: SI NO NON RISPONDE

2.3.1 Se SI, n. bicchieri al giorno |__|__|

2.4 Beve superalcolici: SI NO NON RISPONDE

2.4.1 Se SI, n. bicchierini al giorno |__|__|

Se la modalità di assunzione dell'eroina è "endovenosa"

2.5 Da che anno usa eroina per via endovenosa? |__|__| NON RISPONDE
aa

2.6 Fabbisogno medio giornaliero per l'approvvigionamento delle sostanze d'abuso

- <50.000
- da 50.000 a 100.000
- da 100.000 a 150.000
- > 150.000
- Non risponde

2.7 Grado di craving (voglia di farsi) nel corso dell'ultima settimana

- 1 - Assente
- 2 - Lieve
- 3 - Moderato
- 4 - Forte
- 9 - Non risponde

2.8 Sindrome astinenziale al momento del colloquio

- 1 - Assente
- 2 - Lieve
- 3 - Moderata
- 4 - Forte

SEZIONE 3 - USO SOSTANZE PRIMA DELL'ULTIMO TRATTAMENTO

Da somministrare solo agli arruolati con un trattamento in corso: tipologia utente A.3

3.1 Specificare per ogni sostanza usata la modalità principale e la frequenza (più risposte)

Sostanza	Modalità principale (riportare il codice corrispondente) *	Frequenza (barrare la casella corrispondente)				
		1/mese	1/settimana	<1/giorno	1/giorno	>1/giorno
Eroina	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetamine	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ectasy	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinogeni	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiolitici/sedati vi	□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 1 = endovena; 2 = fumata; 3 = inalata; 4 = orale.

3.2 Fabbisogno medio giornaliero per l'approvvigionamento delle sostanze d'abuso, prima dell'inizio dell'ultimo trattamento

- <50.000
- da 50.000 a 100.000
- da 100.000 a 150.000
- > 150.000
- Non risponde

3.3 Grado di craving (voglia di farsi) nel corso dell'ultima settimana, prima dell'inizio dell'ultimo trattamento

- 1 - Assente
- 2 - Lieve
- 3 - Moderato
- 4 - Forte
- 9 - Non risponde

3.4 Sindrome astinenziale al momento del colloquio, prima dell'inizio dell'ultimo trattamento

- 1 - Assente
- 2 - Lieve
- 3 - Moderata
- 4 - Forte
- 9 - Non risponde

SEZIONE 4 - SALUTE

4.1 Ha mai avuto episodi di overdose? SI NO NON RISPONDE

4.1.1 Se SI |__|__| N° totale |__|__| N° negli ultimi 6 mesi

4.2 Quanti anni aveva quando è andato in overdose per la prima volta? |__|__|
aa

NON RISPONDE

4.3 Da quanto tempo faceva uso di eroina? |__|__| |__|__| NON RISPONDE
mm aa

4.4 **ATTENZIONE:** le informazioni richieste nella seguente tabella si devono riferire all'ultimo episodio di overdose (il più recente) (barrare la casella corrispondente alla risposta)

Trattamento	In trattamento	Se NO, precedente trattamento	Distanza dall'ultimo trattamento	
			gg	mm
Metadone a scalare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Metadone a mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Disintossicazione con sintomatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Naltrexone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Altri farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Comunità terapeutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Consulenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Sostegno/accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Informazione/orientamento/inserimento al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __

4.5 Ha mai preso siringhe già usate da altri? SI NO NON RISPONDE

4.6 Ha rapporti sessuali non protetti? SI NO NON RISPONDE

4.7 Infezione da HIV (test di laboratorio positivo per HIV) SI NO NON RILEVATO

- 4.8 Patologia HIV correlata in atto o pregressa** SI NO NON RILEVATO
(candidosi, broncopolmoniti, toxoplasmosi, sarcoma di Kaposi, etc)
- 4.9 Epatite B in atto o pregressa** SI NO NON RILEVATO
- 4.10 Epatite C in atto o pregressa** SI NO NON RILEVATO
- 4.11 MST in atto o pregresse** (sifilide, gonorrea, etc) SI NO NON RILEVATO
- 4.12 Altre malattie importanti in atto o pregresse** SI NO NON RILEVATO
(diabete, cardiopatia, cirrosi epatica, ulcera duodenale, etc)
- 4.13 TBC** SI NO NON RILEVATO

SEZIONE 5 - PSICHIATRICA

ATTENZIONE: Questa sezione del questionario deve essere direttamente compilata dall'operatore e **NON** somministrata alla persona arruolata

5.1 E' stata mai posta una diagnosi psichiatrica? SI NO

5.1.1 Se **SI**, specificare _____

5.2 Ci sono elementi che fanno sospettare l'attuale presenza di disturbi psichiatrici? SI NO

5.2.1 Se **SI**, quali (più risposte)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Precedenti ricoveri psichiatrici | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Precedenti trattamenti psichiatrici ambulatoriali | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Perdita o riduzione significativa degli interessi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Depressione dell'umore (nel corso della vita) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Atti comportamentali autolesivi (nel corso della vita) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Comportamenti eteroaggressivi (nel corso della vita) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Alterazioni percettive e/o ideative (nel corso della vita) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Tentativi di suicidio (nel corso della vita) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

SEZIONE 6 - TRATTAMENTI PREGRESSI

Da somministrare solo agli arruolati con un trattamento in corso e ai "rientrati" (tipologia utente A.2 e A.3)

6.1 In che anno si è rivolto per la prima volta a (più risposte):

SerT

Ambulatori privati/medico di base

Cliniche/ospedali

Comunità residenziali

Comunità non residenziali

NON RISPONDE

6.2 Dopo quanto tempo dal primo uso di eroina si è rivolto ad un servizio per le tossi dipendenze (SerT, Comunità semiresid/resid, unità di strada, centri di accoglienza....)

mm aa

NON RISPONDE

6.3 Nell'ultimo anno quanti trattamenti ha iniziati, quanti concluso e quanti interrotto? (più risposte)

Trattamenti	N° iniziati	N° conclusi	N° interrotti
Metadone a scalare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metadone a mantenimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disintossicazione con sintomatici	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Naltrexone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altri farmaci	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psicoterapia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comunità terapeutica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consulenza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sostegno/accompagnamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Informazione/orientamento/inserimento al lavoro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.4 Quanto tempo è stato effettivamente in trattamento nell'ultimo anno? |__|__| |__|__|
mm sett.

NON RISPONDE

6.5 Nell'ultimo anno ha tentato di interrompere l'uso dell'eroina in modo autogestito? SI NO

NON RISPONDE

6.5.1 Se **SI**, quante volte? |__|__|

6.6 Quale obiettivo si proponeva nell'accesso all'ultimo trattamento presso un SerT?

- 1 - Disintossicarsi
- 2 - Ridurre il bisogno di sostanza (con farmaci sostitutivi)
- 3 - Ridurre i sintomi dell'astinenza (sintomatici)
- 4 - Avere un appoggio psicologico
- 9 - Non risponde