

Studio “Valutazione dell’offerta e dell’esito dei trattamenti in Comunità Terapeutiche” (VOECT)

Ministero della Salute - Ricerca finalizzata es. fin. 2006

QUESTIONARIO UTENTI INGRESSO

(da compilare a cura dell’operatore che accoglie l’utente al momento dell’ingresso)

DATA COMPILAZIONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A. DATI GENERALI

Codice Regione: |_|_|_| Codice Struttura: |_|_|_| Codice Utente: |_|_|_|_|

Data di nascita: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Genere:

Maschio Femmina Transgender

2. Nazionalità:

Italiana Estera

3. Stato civile:

Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

4. Figli: SI NO

5. Scolarizzazione:

- Nessuna
- Licenza Elementare
- Licenza Media Inferiore
- Licenza Media Superiore
- Diploma Formazione professionale regionale
- Laurea
- Diploma post universitario

6. Occupazione:

- Disoccupato
- Occupato saltuariamente
- Occupato
- Studente non in condizione lavorativa
- Casalinga
- Pensionato/a
- Invalido/a

7. Situazione abitativa:

- Con partner e/o figli
- Con famiglia di origine o famiglia del partner
- Con amici
- Solo/a
- Senza dimora stabile
- Carcere
- Altro

8. Principale fonte di sostentamento:

- Lavoro
- Partner
- Famiglia
- Amici
- Sussidio assistenziale
- Pensione di lavoro e/o di invalidità
- Prostituzione
- Attività illegali
- Altro

B. INVIO

Data di ingresso: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. Tipologia riferita all'attuale ingresso dell'utente nella presente sede operativa:

- Nuovo utente
- Rientro → Data ultima uscita dalla presente sede operativa
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

10. Trattamenti pregressi nell'arco della vita (possibili più risposte)

- Ambulatoriali solo di tipo farmacologico
- Ambulatoriali solo di tipo psicosociale
- Ambulatoriali di tipo farmacologico e psicosociale integrati
- Comunitari in altra struttura residenziale dell'Ente
- Comunitari in struttura residenziale di altro Ente
- Comunitari in altra struttura semiresidenziale dell'Ente
- Comunitari in struttura semiresidenziale di altro Ente
- Ricoveri ospedalieri per disintossicazione
- Nessun trattamento pregresso
- Altro

11. Tipologia ed esito ultimo trattamento

Tipologia	ESITO						
	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/> Ambulatoriale farmacologico	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Ambulatoriale psicosociale	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Ambulatoriali di tipo farmacologico e psicosociale integrati	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Comunitario Residenziale	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Comunitario Semiresidenziale	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Disintossicazione ospedaliera	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/>						

*Esito: 1 = completato 2 = interrotto per abbandono 3 = interrotto per espulsione
4 = Interrotto per trasferimento ad altro servizio 5 = interrotto per arresto 6 = interrotto per ricovero
7= altro

Data termine ultimo trattamento: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

12. Territorio di provenienza dell'utente (domicilio):

- Comune o Provincia
- Regione
- Altra Regione
- Nazione Estera

13. Servizio/Ente inviante

- Ser.T. pubblico
- Ser.T. privato
- Altri Servizi Territoriali
- Magistratura
- Tribunale per i minorenni
- Stesso Ente che gestisce la struttura
- Altro Ente del Privato Sociale o del Volontariato
- Nessuno
- Altro

14. Modalità dell'invio: (possibili più risposte)

- Invio programmato con il Servizio /Ente inviante
- Preceduto o accompagnato da relazione
- Preceduto o accompagnato da relazione e diagnosi clinica
- Preceduto o accompagnato da presentazione verbale
- Altro

C. USO DI SOSTANZE

15. Uso di sostanze nei 30 giorni precedenti l'attuale ingresso in comunità: segnare per ogni sostanza se l'utente l'ha usata (anche una sola volta) o no. Specificare per ogni sostanza usata la modalità principale e la frequenza. (Somministrare a tutti i soggetti arruolati nello studio)

Sostanze	Uso nei 30 giorni precedenti l'attuale ingresso nella sede operativa	Modalità principale (riportare codice corrispondente)*	Frequenza Compilare una sola delle 3 possibili frequenze			Età primo uso (anni)
			Numero di volte al mese	Numero di volte a settimana	Numero di volte al giorno	
Eroina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Cocaina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Crack	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Alcol^	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Anfetamine	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
MDMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Psicofarmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Cannabis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Tabacco**	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _	_ _
* Codici: 1 = endovena 2 = fumata 3 = inalata 4 = orale 5 = intramuscolo ^ Segnare il numero di bicchieri **Segnare il numero delle sigarette						

16. Stato dell'utente al momento dell'ingresso

- L'utente è entrato in struttura già disintossicato
- L'utente è entrato in struttura non ancora disintossicato

17. Se l'utente è entrato in struttura già disintossicato, compilare la seguente tabella riferendosi al mese precedente l'attivazione del trattamento di disintossicazione: segnare per ogni sostanza se l'utente l'ha usata (anche una sola volta) o no. Specificare per ogni sostanza usata la modalità principale e la frequenza.

Sostanze	Uso nell'ultimo mese precedente l'attivazione del trattamento di disintossicazione	Modalità principale (riportare codice corrispondente)*	Frequenza Compilare una sola delle 3 possibili frequenze		
			Numero di volte al mese	Numero di volte a settimana	Numero di volte al giorno
Eroina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Cocaina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Crack	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Alcol^	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Anfetamine	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
MDMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Psicofarmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Cannabis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Tabacco**	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_	_ _	_ _	_ _

* Codici: 1 = endovena 2 = fumata 3 = inalata 4 = orale 5 = intramuscolo
^ Segnare il numero di bicchieri ** segnare il numero delle sigarette

18. Sostanza d'abuso primaria per la quale si richiede il trattamento

- Eroina
- Cocaina
- Crack
- Alcol
- Anfetamine
- MDMA
- Psicofarmaci
- Cannabis
- Tabacco
- Altro (specificare: _____)

19. Sostanze d'abuso secondarie per le quali si richiede il trattamento(possibili più risposte)

- Eroina
- Cocaina
- Crack
- Alcol
- Anfetamine
- MDMA
- Psicofarmaci
- Cannabis
- Tabacco
- Nessuna
- Altro (specificare: _____)

20. Rischio legato all'uso di sostanze:

20.1 Ha mai fatto scambio di siringhe o altra attrezzatura per iniezione? Sì No
Se sì, è successo negli ultimi 6 mesi? Sì No

20.2 Ha mai avuto episodi di overdose? Sì No
Se sì, è successo negli ultimi 6 mesi? Sì No

21. Periodi di astinenza dalla sostanza d'abuso primaria per la quale è stato chiesto il trattamento

21.1 Ha mai smesso di usare la sostanza d'abuso primaria per almeno un mese? SI NO

21.2 Se **Si**, indicare per ogni modalità il numero di volte

	N°volte
• Senza nessun trattamento	_ _
• In carcere	_ _
• In trattamento presso un Ser.T.	_ _
• In trattamento residenziale	_ _
• In trattamento semiresidenziale	_ _
• In ospedale	_ _
• Altro	_ _

21.3 Periodo più lungo di astinenza dalla sostanza d'abuso primaria (mesi) |_|_|

22. Comorbidità presente: (Possibili più risposte)

- HIV/AIDS
- Epatite B
- Epatite C
- Altre patologie croniche: (Specificare _____)
- Pregressi ricoveri per patologia psichiatrica
- Pregressi ricoveri per tentativi di suicidio
- Diagnosi psichiatrica certificata (Specificare: _____)
- Pensione di invalidità per patologia psichiatrica
- Altro

23. Situazione legale (possibili più risposte)

- Incensurato/a
- Presenza di precedenti penali
- In attesa di giudizio
- In misura cautelare
- In misura di esecuzione penale esterna
- Altri problemi di carattere penale
- Nessun problema legale

23.1 Età all'epoca del primo arresto: |_|_| anni

23.2 Tempo complessivamente passato in istituti di pena (mesi): |_|_|_|

D. Presa in carico e trattamento

24. Durata prevista della presa in carico

- Fino a 3 mesi
- Fino a 6 mesi
- Fino a 12 mesi
- Fino a 18 mesi
- Oltre 18 mesi

25. Interventi previsti (possibili più risposte)

- Colloqui periodici (counselling) di tipo educativo
- Colloqui periodici (counselling) sanitario
- Sostegno psicologico
- Consulenza psichiatrica
- Trattamento psichiatrico
- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia di gruppo
- Partecipazione a gruppi tematici
- Partecipazione a gruppi di comunità
- Terapia riabilitativa fisica
- Laboratorio di psicomotricità
- Studio/Recupero scolastico
- Formazione professionale
- Partecipazione ad attività di laboratorio
- Sostegno alla famiglia: Proposto ed accettato
 Proposto, ma rifiutato
- Psicoterapia familiare: Proposto ed accettato
 Proposto, ma rifiutato
- Altro (Specificare: _____)

E. Persona che compila il questionario

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico _____