

SEZIONE 1: DATI ANAGRAFICI E INFORMAZIONI PRELIMINARI

Da compilare SUBITO per tutti i soggetti a cui viene proposto lo studio

1.1 Data di primo accesso al SerT:

|_|_|_|
giorno

|_|_|_|
mese

|_|_|_|
anno

1.2 Tipologia utente

- Utente incidente per questo servizio ma che in passato si era già rivolto ad un altro SerT per effettuare un trattamento
- Utente incidente per questo servizio e che in passato non si era mai rivolto ad un altro SerT per effettuare un trattamento

1.3 Sesso: M F

1.4 Data di nascita :

|_|_|_|
giorno

|_|_|_|
mese

|_|_|_|
anno

1.5 Modalità di accesso al SerT

- 1 - Volontario
- 2 - Familiari
- 3 - Medico di base/medico privato
- 4 - Invio da altri servizi (SerT, Enti Ausiliari, Centri di Accoglienza, etc)
- 5 - Invio da unità di strada
- 6 - Giudiziario (prefettura, magistratura: per es. 47/bis)
- 7- Pronto soccorso/altri reparti ospedalieri
- 8 - Carcere/ospedale militare
- 9 - Altro
- 99 - Non risponde

1.6 Arruolato: SI NO

Se NON ARRUOLATO, specificare il motivo e passare alla SEZIONE 2

1.7 Motivo del non arruolamento:

- 1 - Rifiuto
- 2 - Non contattabile
- 3 - Assente (cioè non si è presentato a tre appuntamenti per la somministrazione del questionario)
- 4 - Deceduto
- 9 - Altro, specificare: _____

1.8 Se il motivo del non arruolamento è il rifiuto,

Motivo del rifiuto:

- 1 - Mantenere l'anonimato
- 2 - Diffidenza verso l'utilità dello studio
- 3 - Non disponibilità a rispondere all'"ennesimo questionario"
- 4 - Non rilevato
- 9 - Altro, specificare: _____

Se Arruolato, riportare subito le seguenti informazioni e continuare la compilazione del questionario dalla SEZIONE 3

1.9 Comune di nascita: _____ **Prov.** _____

1.10 Comune di residenza: _____ **Prov.** _____

SEZIONE 2 - NON ARRUOLATI

Questa sezione deve essere compilata sulla base delle informazioni presenti nella cartella clinica

2.1 Stato civile

- 1 - Celibe/nubile
- 2 - Coniugato
- 3 - Convivente
- 4 - Separato/divorziato
- 5 - Vedovo
- 9 - Non rilevato

2.2 Titolo di studio conseguito

- 1 - Nessuno
- 2 - Licenza Elementare
- 3 - Licenza Media Inferiore
- 4 - Corso di formazione professionale
- 5 - Diploma Scuola Media Superiore
- 6 - Corso di laurea breve, diploma universitario (3 anni)
- 7 - Laurea
- 9 - Non rilevato

2.2.1 Ultima classe frequentata _____ NON RILEVATO

2.2.2 Età all'ultimo anno di frequenza |__|__| NON RILEVATO

2.3 Tipo di impiego lavorativo

- 1 -Stabile
- 2 -Saltuario (Occasionale o Contratto a breve termine)
- 3 -Condizione non professionale (studente, casalinga, militare di leva, invalido civile, etc.)
- 4 -Disoccupato
- 9 -Non rilevato

2.4 Sostanza per cui si richiede il trattamento

- 1 - Eroina
- 2 - Metadone
- 3 - Buprenorfina
- 4 - Altri oppiacei
- 5 - Cocaina

2.5 Assunzione di sostanze

Nel mese precedente la presa in carico presso questo SerT
(da compilare solo per le sostanze di cui l'utente ha fatto uso nel mese
precedente la presa in carico al SerT)

Sostanza assunte nel corso della vita	Età al primo uso	Età al primo uso per via endovenosa (se ne è stato fatto uso e.v.)	Sostanze usate nel mese precedente la attuale presa in carico al SerT (più risposte)	Modalità principale di assunzione (riportare codice corrispondente*)	Frequenza di assunzione	
					Numero di giorni al mese	Numero di volte/bicchieri al giorno nel giorno di assunzione
Eroina		_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Metadone	_ _		<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Buprenorfina	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Altri oppiacei	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Cocaina	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Amfetamine	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Ecstasy	_ _		<input type="checkbox"/>		_ _	_ _
Cannabis	_ _		<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Allucinogeni	_ _		<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Ansiolitici/sedativi/ipnotici	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>		_ _	_ _
Inalanti	_ _		<input type="checkbox"/>		_ _	_ _
Alcol °	_ _		<input type="checkbox"/>			
Tabacco	_ _		<input type="checkbox"/>			

* codici: 1 = endovena; 2 = fumata/inalata; 3 = sniffata; 4 = orale; 5 = intramuscolo; 6 = sublinguale

° Per l'alcol, segnare la quantità: in N° bicchieri per il vino, N° lattine per la birra e N° bicchierini per i liquori

N.B. Per età al primo uso, per ecstasy, cannabis, allucinogeni, ansiolitici/sedativi/ipnotici, alcol e tabacco ci si riferisce all'inizio di un uso regolare.

2.6 Tipo/i di trattamento/i aperto/i quando l'utente viene preso in carico (più risposte):

Metadone a dosi scalari	
Metadone a mantenimento	
Disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti	
Naltrexone	
Farmaci sintomatici non sostitutivi	
Buprenorfina a dosi scalari	
Buprenorfina a mantenimento	
Trattamento farmacologico per abuso di cocaina	
Trattamento farmacologico per abuso di amfetamine	
Trattamento farmacologico per abuso di ansiolitici, sedativi o ipnotici	
Trattamento farmacologico per abuso delle cosiddette "nuove droghe"	
Psicoterapia	
Comunità Terapeutica	
Sostegno/Accompagnamento/Consulenza	
Informazione/orientamento al lavoro	
Borse lavoro/inserimenti	
Nessuno	
Non rilevato	

SEZIONE 3 - DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

3.1 Stato civile

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

3.2 Sistemazione abitativa

- 1 - Con il partner e i figli
- 2 - Con il partner
- 3 - Con i figli
- 4 - Con la famiglia di origine (genitori e/o altri parenti)
- 5 - Con amici
- 6 - Da solo
- 7 - In comunità terapeutica
- 8 - Nessuna sistemazione stabile (anche residenza temporanea presso centri di accoglienza, carcere)
- 9 - Non risponde

Attualmente vive con qualcuno che:

3.3 Ha problemi con l'alcol? SI NO NON RISPONDE

3.4 Abusa di sostanze? SI NO NON RISPONDE

3.5 Titolo di studio conseguito

- 1 - Nessuno
- 2 - Licenza Elementare
- 3 - Licenza Media Inferiore
- 4 - Corso di formazione professionale
- 5 - Diploma Scuola Media Superiore
- 6 - Corso di laurea breve, diploma universitario (3 anni)
- 7 - Laurea
- 9 - Non rilevato

3.5.1 Ultima classe frequentata _____ NON RISPONDE

3.5.2 Età all'ultimo anno di frequenza |__|__| _____ NON RISPONDE

3.6 Tipo di impiego lavorativo

- 1 - Stabile
- 2 - Saltuario (impiego occasionale o contratto a breve termine)
- 3 - Studente
- 4 - Condizione non professionale (casalinga, pensionato, invalido civile, soldato di leva, etc.)
- 5 - Disoccupato
- 9 - Non risponde

3.6.1 E' in servizio di leva? SI NO NON RISPONDE

3.6.2 E' iscritto alle liste di disoccupazione? SI NO NON RISPONDE

3.7 E' mai stato in carcere nella sua vita? SI NO NON RISPONDE

Se, Si

3.7.1 Quante volte? |__|__| NON RISPONDE

3.7.2 Che età aveva quando per la prima volta è stato in carcere?

|__|__| NON RISPONDE

3.8 Ha avuto problemi legali negli ultimi 12 mesi (arresti, denunce, processi)?

(Esclusi i provvedimenti amministrativi)

SI NO NON RISPONDE

3.8.1 Se SI, numero: |__|__| NON RISPONDE

3.9 Periodi di carcerazione (negli ultimi 12 mesi) SI NO NON RISPONDE

3.9.1 Se SI, durata: |__|__| |__|__| NON RISPONDE
mesi giorni

3.10 Carcerazione in corso SI NO NON RISPONDE

3.11 Quando è finito l'ultimo periodo di carcerazione?

(Se la carcerazione è in corso, si intende la precedente reclusione)

|__|__| |__|__|__|__| NON RISPONDE
mese anno

N.B. La domanda si riferisce a tutta la vita della persona

SEZIONE 4 - USO SOSTANZE

4.1 Sostanza per cui si richiede il trattamento:

- 1 – Eroina
 2 – Metadone
 3 – Buprenorfina
 4 – Altri oppiacei
 5 – Cocaina

4.2 Assunzione di sostanze

Nel mese precedente la presa in carico presso questo SerT
 (da compilare solo per le sostanze di cui l'utente ha fatto uso nel mese precedente la presa in carico al SerT)

Sostanza assunte nel corso della vita	Età al primo uso	Età al primo uso per via endovenosa (se ne è stato fatto uso e.v.)	Sostanze usate nel mese precedente la attuale presa in carico al SerT (più risposte)	Modalità principale di assunzione (riportare codice corrispondente*)	Frequenza di assunzione	
					Numero di giorni al mese	Numero di volte/bicchieri al giorno nel giorno di assunzione
Eroina		_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Metadone	_ _		<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Buprenorfina	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Altri oppiacei	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Cocaina	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Amfetamine	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Ecstasy	_ _		<input type="checkbox"/>		_ _	_ _
Cannabis	_ _		<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Allucinogeni	_ _		<input type="checkbox"/>	_	_ _	_ _
Ansiolitici/sedativi/ipnotici	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>		_ _	_ _
Inalanti	_ _		<input type="checkbox"/>		_ _	_ _
Alcol °	_ _		<input type="checkbox"/>			
Tabacco	_ _		<input type="checkbox"/>			

* codici: 1 = endovena; 2 = fumata/inalata; 3 = sniffata; 4 = orale; 5 = intramuscolo; 6 = sublinguale

° Per l'alcol, segnare la quantità: in N° bicchieri per il vino, N° lattine per la birra e N° bicchierini per i liquori

N.B. Per età al primo uso, per ecstasy, cannabis, allucinogeni, ansiolitici/sedativi/ipnotici, alcol e tabacco ci si riferisce all'inizio di un uso regolare.

Quando ha iniziato la sostanza per cui richiede il trattamento:

4.2 Con chi viveva ?

- 1 - da solo
- 2 - in famiglia
- 3 - con amici
- 4 - altro
- 9 - non risponde

4.3.1 Lavorava ? SI NO NON RISPONDE

4.3.2 Andava a scuola ? SI NO NON RISPONDE

4.3.2.1 Se SI, che classe frequentava?

_____ NON RISPONDE

4.3.2.2 Se No, quale era stata l'ultima classe frequentata?

_____ NON RISPONDE

4.4 Prima di iniziare a fare uso di sostanze stupefacenti, ha avuto (più risposte):

- 1 - Perdita o riduzione significativa di interesse verso le cose che normalmente le piacevano SI NO NON RISPONDE
- 2 - depressione dell'umore SI NO NON RISPONDE
- 3 - comportamenti autolesivi SI NO NON RISPONDE
- 4 - tentativi di suicidio SI NO NON RISPONDE
- 5 - nervosismo, agitazione interna SI NO NON RISPONDE
- 6 - comportamenti etero-aggressivi SI NO NON RISPONDE
- 7 - alterazioni della percezione (allucinazioni) e del pensiero (deliri) SI NO NON RISPONDE
- 8 - trattamenti ambulatoriali presso servizi psichiatrici SI NO NON RISPONDE
- 9 - ricoveri in reparti psichiatrici SI NO NON RISPONDE

SEZIONE 5 - OVERDOSE E SOVRADOSAGGI

OVERDOSE DA HEROINA

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

5.1.1 Se Si, quanti? |__|__| NON RISPONDE

5.1.2. Quante volte è stato soccorso con i farmaci?

|__|__|
In totale

|__|__|
negli ultimi sei mesi

NON RISPONDE

5.2 Quanti anni aveva quando per la prima volta ha avuto un'overdose?

|__|__|

NON RISPONDE

5.3 Quanti anni aveva quando è avvenuto l'ultimo episodio di overdose?

|__|__|

NON RISPONDE

5.4 Al momento dell'ultima overdose, era in trattamento?

SI NO NON RISPONDE

5.4.1 Se Si, quale?

- 1 - farmacologico con agonisti
- 2 - farmacologico con antagonisti e/o altri farmaci
- 3 - comunità terapeutica
- 4 - altro (specificare)
- 9 - non risponde

5.4.2 Se No, quanto tempo era trascorso dalla interruzione/conclusione di un trattamento?

|__|__|
giorni

|__|__|
mesi

|__|__|
anni

mai stato in trattamento NON RISPONDE

SOVRADOSAGGIO DA ALTRE SOSTANZE

5.5 Ha mai avuto episodi acuti da sovradosaggio per cui è stato soccorso?

SI NO NON RISPONDE

5.5.1 Se Si, da quale sostanza?

Sostanza	Numero volte	N.R.	Età al primo episodio	N.R.	Età all'ultimo episodio	N.R.
<input type="checkbox"/> Cocaina	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amfetamine	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ecstasy	_ _	<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"/> Ansiolitici/Sedativi						
<input type="checkbox"/> Ipnotici	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Alcol	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	<input type="checkbox"/>

5.6 Al momento dell'ultimo episodio da sovradosaggio, era in trattamento?

SI NO NON RISPONDE

5.6.1 Se Si, quale? _____

NON RISPONDE

5.6.2 Se No, quanto tempo era trascorso dalla interruzione/conclusione di un trattamento?

|_|_| |_|_| |_|_| mai stato in trattamento NON RISPONDE
giorni mesi anni

SEZIONE 6 - TRATTAMENTI PREGRESSI

6.1. Si è rivolto, prima dell'attuale presa in carico, ad operatori sanitari per problemi legati all'uso di sostanze?

SI NO NON RISPONDE

6.1.1 Se SI, che età aveva quando per la prima volta ha chiesto aiuto anche occasionale ad una delle strutture sotto elencate e per l'abuso di quale sostanza (se per più di 2 sostanze, segnare solo le 2 principali)?

Struttura	Età	N.R.	Sostanza/e per il cui abuso ha chiesto il trattamento *		N.R.
<input type="checkbox"/> Sert	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatori privati					
<input type="checkbox"/> Medico di base	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliniche/Ospedali	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comunità residenziali	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comunità non residenziali	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro specificare	_ _	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	<input type="checkbox"/>

* codici : eroina =1, altri oppiacei =2, cocaina =3, amfetamine =4, ecstasy =5, cannabis =6, allucinogeni =7, ansiolitici/sedativi/ipnotici =8, inalanti=9, alcol =10.

N.B. Le domande si riferiscono a tutte le sostanze usate dalla persona nel corso della vita e non solo a quella per cui ora richiede il trattamento.

N.R. Non risponde

6.2 Nei 12 mesi precedenti l'attuale presa in carico quanti trattamenti ha iniziato?
 (Includere anche i trattamenti effettuati presso altri servizi e quelli in corso 12 mesi prima dell'attuale presa in carico). **Più risposte.**

Trattamenti	Numero di trattamenti iniziati
Metadone a dosi scalari	_ _
Metadone a mantenimento	_ _
Disintossicazione con sintomatici	_ _
Naltrexone	_ _
Buprenorfina a dosi scalari	_ _
Buprenorfina a mantenimento	_ _
Trattamento farmacologico per abuso di cocaina	_ _
Trattamento farmacologico per abuso di amfetamine	_ _
Trattamento farmacologico per abuso di ansiolitici, sedativi o ipnotici	_ _
Trattamento farmacologico per abuso delle cosidette "nuove droghe"	_ _
Psicoterapia	_ _
Sostegno/accompagnamento/consulenza	_ _
Comunità terapeutica	_ _
Informazione/orientamento/inserimento al lavoro	_ _
Borse lavoro/inserimenti	_ _
Trattamenti per dipendenza da alcol	_ _
NON RISPONDE	_ _

6.3 Quanto tempo è stato effettivamente in trattamento negli ultimi 12 mesi?

|_|_|_|_| |_|_|_|_| NON RISPONDE
 mesi settimane

6.4 Quali sono i motivi per cui ha iniziato questo trattamento presso il SerT? (Più risposte)

- 1 - interrompere l'uso
- 2 - ridurre i sintomi legati all'uso della sostanza
- 3 - ridurre il bisogno di sostanza
- 4 - ridurre i sintomi dell'astinenza
- 5 - mantenere l'astinenza
- 6 - avere un appoggio psicologico
- 7 - reinserirsi nel contesto socio-lavorativo
- 8 - Altro (specificare) _____
- 9 - non risponde

SEZIONE 7 - SALUTE

7.1 Negli ultimi 6 mesi, ha fatto uso di siringhe già usate da altri?

SI NO NON RISPONDE

7.2 Negli ultimi 6 mesi, ha usato strumenti per la preparazione della droga (cucchiaio, filtro, acqua, etc.) già usati da altri?

SI NO NON RISPONDE

7.3 Negli ultimi 6 mesi, ha avuto rapporti sessuali non protetti con partner occasionali?

SI NO NON RISPONDE

7.4 Negli ultimi 6 mesi, ha avuto rapporti sessuali non protetti con il partner fisso?

SI NO NON RISPONDE

7.4.1 Se SI, il partner fisso era o è tossicodipendente?

SI NO NON SO NON RISPONDE

7.4.2 Il partner è HIV positivo?

SI NO NON SO NON RISPONDE

7.5 Da quando ha iniziato a fare uso di stupefacenti, ha avuto (più risposte):

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1 - Perdita o riduzione significativa degli interessi verso le cose che normalmente le piacevano | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 2 - Depressione dell'umore | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 3 - Comportamenti autolesivi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 4 - Tentativi di suicidio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 5 - Nervosismo, agitazione interna | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 6 - Comportamenti etero-aggressivi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 7 - Alterazioni della percezione(allucinazioni) e del pensiero(deliri) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 8 - Trattamenti ambulatoriali presso servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |
| 9 - Ricoveri in reparti psichiatrici | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON RISPONDE |

SEZIONE 8 - PSICHIATRICA

*Da compilare da parte dell'operatore, anche in base ai dati contenuti nella cartella clinica.
Da non somministrare al paziente.*

8.1 Ci sono attualmente elementi clinici per fare diagnosi di disturbi di comorbidità psichiatrica oppure elementi di psico-patologia aggiuntivi a quelli relativi allo stato di TD?

SI NO NON RILEVATO

8.2 E' mai stata posta in passato una diagnosi psichiatrica aggiuntiva a quella relativa allo stato di tossicodipendenza?

SI NO NON RILEVATO

8.2.1. Se SI, ed è stato usato il DSM IV, riportare i codici:

Asse I |__|__|__| |__|__|__|
 |__|__|__| |__|__|__|
 |__|__|__| |__|__|__|
Asse II |__|__|__| |__|__|__|
 |__|__|__| |__|__|__|

Asse III _____

8.2.2. Se SI, ed è stato usato l' ICD, riportare i codici:

__	__	__		__	__	__
__	__	__		__	__	__
__	__	__		__	__	__

8.3 E' stato mai delineato un profilo psicologico?

SI NO

8.3.1 Se SI, con Colloquio

Test (specificare quale) _____

8.4 E' attualmente in terapia farmacologica per problemi psichiatrici?

SI NO NON RILEVATO