

EUROPASI

INTERVISTA

Questionario all'ingresso dell'intervista EUROPASI *

A. IDENTIFICAZIONE

●●●●●●●●

Cognome: _____ Nome: _____

Centro: _____

B. TIPO DI TRATTAMENTO

●

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 0. non in trattamento | 5. residenziale drug-free |
| 1. ambulatoriale di disintossicazione | 6. day-care |
| 2. residenziale di disintossicazione | 7. ospedale psichiatrico |
| 3. sostitutivo ambulatoriale | 8. altro ospedale |
| 4. ambulatoriale drug-free | 9. altro tratt. / non specificato |

Descrizione: _____

C. DATA DI AMMISSIONE IN TRATTAMENTO (GG MM AA)

●● ●● ●●

D. DATA DI ESECUZIONE DELL'INTERVISTA (GG MM AA)

●● ●● ●●

E. Orario d'inizio (HH MM)

●● ●●

F. Orario di conclusione (HH MM)

●● ●●

I. SESSO

●

1. maschio 2. femmina

J. INTERVISTATORE

●

K. ESITO DELL'INTERVISTA

●

1. completata 2. rifiutata 3. non in grado di rispondere

Annotazioni

* Dall'adattamento europeo della 5a edizione dell'ASI americano (McLellan, 1992) di A. Kokkevi, C. Hartgers, P. Blanken, E.M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta, A. Uchtenhagen (1994).

1. CONDIZIONE MEDICA

1. Quante volte nella sua vita è stato ricoverato per problemi medici (escl. disintossicazioni, incl. overdose e delirium tremens) (NN) ? ●●
2. Quanto tempo è trascorso dall'ultimo ricovero per problemi di salute fisica (AA MM) ? ●● ●●
3. Ha qualche problema medico cronico che continua ad interferire con la sua vita (0=No, 1=S) ? ●
4. E' mai stato infettato da virus dell'epatite (0=No, 1=S; 2=Non sa, 3=Rifiuta) ? ●
5. Si è mai sottoposto al test per l'HIV (0=No, 1=S; 2=Non sa, 3=Rifiuta) ? ●
6. Se sì, quanti mesi or sono (MM) ? ●●
7. Se sì, qual è stato il risultato dell'ultimo test (0=Negativo, 1=Positivo, 2=Non sa, 3=Rifiuta) ? ●
8. Sta assumendo con regolarità qualche farmaco dietro prescrizione medica per problemi fisici (0=No, 1=S) ? ●
9. Riceve una pensione di invalidità fisica (escl. inval. psichica) (0=No, 1=S) ? ●
10. E' stato curato da un medico per problemi di salute fisica negli ultimi 6 mesi (0=No, 1=S) ? ●
11. Per quanti giorni ha sofferto di problemi medici negli ultimi 30 giorni (GG) ? ●●

PER LE DOMANDE 12-13 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

12. Quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi di salute fisica negli ultimi 30 giorni? ●
13. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi medici? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

14. Come valuteresti il bisogno di trattamento medico del soggetto (0-9) ? ●

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

15. Inattendibilità dell'intervistato? ●
16. Incapacità dell'intervistato a comprendere? ●

COMMENTI

2. CONDIZIONE LAVORATIVA / DI SOSTENTAMENTO

1. Quanti anni di scuola ha completato (AA) ? ●●
2. Quanti anni di studi superiori (universitari o assimilati) ha completato (AA) ? ●●
3. Qual è il più elevato titolo di studio che ha conseguito ? ●
0. nessuno 2. licenza media inferiore 4. dipl. media sup. (5 anni)
1. licenza elementare 3. dipl. professionale (<5 aa.) 5. laurea o assimilato
4. Ha una patente di guida valida (0=No, 1=S) ? ●
5. Quanto è durato il più lungo periodo di occupazione regolare (AA MM) ? ●● ●●
6. Quanto è durato il più lungo periodo di disoccupazione (AA MM) ? ●● ●●
7. Occupazione abituale o ultima (codici in App. 4) ●
Descrizione: _____
8. Modalità di impiego abituale negli ultimi 3 anni ●
1. tempo pieno 5. servizio militare (di leva)
2. tempo parziale (con orario regolare) 6. in pensione (vecchiaia, invalidità ...)
3. tempo parz. (orario non reg., lav. saltuario) 7. disoccupato (incl. casalinga)
4. studente 8. in ambiente confinato (c.t., ...)
9. Per quanti giorni ha lavorato negli ultimi 30 giorni (includere lavoro nero; ●●
escludere spaccio, prostituzione, altre attività illegali) (GG)?

Negli ultimi 30 giorni, da quali fra le seguenti fonti ha ricevuto denaro per il suo sostentamento (0=No, 1=S) ?

10. Lavoro ●
11. Indennità di disoccupazione (incl. cassa integrazione) ●
12. Sussidi sociali (escl. pensioni) ●
13. Pensione (invalidità, vecchiaia, etc.) ●
14. Partner, familiari, amici (denaro liquido per spese personali) ●
15. Attività illegali ●
16. Prostituzione ●
17. Altro: _____ ●
18. Fra queste, qual'è stata la più importante fonte di sostentamento (10-17) ? ●●
- 19a. Negli ultimi 30 giorni, qual è stato l'ammontare netto del suo reddito da lavoro (in migliaia di lire) ? ●.●●●
- 19b. Ha debiti (in migliaia di lire) ? ●.●●●
20. Quante persone dipendono da Lei per la maggior parte del loro sostentamento (vitto, alloggio, vestiario, ...) (N) ? ●
21. Per quanti giorni ha avuto problemi di lavoro o è stato disoccupato negli ultimi 30 giorni (GG) ? ●●

PER LE DOMANDE 22-23 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

22. Quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi di lavoro negli ultimi 30 giorni? ●

23. In questo momento quanto è importante per lei ricevere una consulenza per questi problemi di lavoro? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

24. Come valuteresti il bisogno di consulenza lavorativa del soggetto (0-9) ? ●

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

25. Inattendibilità dell'intervistato? ●
26. Incapacità dell'intervistato a comprendere? ●

COMMENTI

3. USO DI ALCOL 4.USO DI SOSTANZE PSICOTROPE

SPECIFICARE IN DETTAGLIO IL TIPO DI SOSTANZE (v. Appendice 5 per categorie farmacologiche) E LE MODALITÀ DI USO (v. Manuale per definizioni di uso):

	ETA' INI.	N. VITA	U. 30 G.	VIA*
1. ALCOL (qualunque uso)	●●	●●	●●	●
2. ALCOL (oltre la soglia)	●●	●●	●●	●
3. EROINA	●●	●●	●●	●
4. METADONE	●●	●●	●●	●
5. ALTRI OPIACEI	●●	●●	●●	●
6. SEDATIVI (BARBITURICI, BENZODIAZEPINE, ...)	●●	●●	●●	●
7. COCAINA	●●	●●	●●	●
8. ANFETAMINE	●●	●●	●●	●
9. CANNABIS	●●	●●	●●	●
10. ALLUCINOGENI	●●	●●	●●	●
11. INALANTI	●●	●●	●●	●
12. ALTRO: _____	●●	●●	●●	●
13. PIÙ DI UNA SOSTANZA (al diincl. alcol)	●●	●●	●●	●

* CODIFICARE LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE: 1. orale
4. iniezione sottocutanea o intramuscolare

2. nasale 3. fumo
5. iniezione endovenosa

14. Ha mai usato la via iniettiva (0=No, 1=S) ? ●
- 14A. Se ha usato qualche volta la via iniettiva, specificare (v. manuale):
- | | | | | |
|--|-----------|------|---------|---------|
| | ETA' INI. | VITA | U. 6 M. | U. 30 G |
| | ●● | ●● | ● | ●● |
- 14B. Se ha usato la via iniettiva negli ultimi 6 mesi, specificare: ●
1. senza scambiare 2. scambiando a volte 3. scambiando frequentemente con altri
15. Quante volte ha avuto:
- A. delirium tremens da alcol? ●●
- B. overdose da altre sostanze? ●●

SPECIFICARE ANALITICAMENTE IL TIPO DI SERVIZI ED IL NUMERO DI TRATTAMENTI RICEVUTI NEL CORSO DELLA VITA PER USO DI ALCOL E/O DI ALTRE SOSTANZE (v. Manuale):

	ALCOL	ALTRE SOST.
16.1. Ambulatoriale di disintossicazione	●●	●●
16.2. Residenziale di disintossicazione	●●	●●
16.3. Sostitutivo ambulatoriale	●●	●●
16.4. Ambulatoriale drug-free	●●	●●
16.5. Residenziale drug-free	●●	●●
16.6. Semiresidenziale diurno	●●	●●
16.7. In ospedale o reparto psichiatrico	●●	●●
16.8. In altro ospedale o reparto	●●	●●
16.9. Altri trattamenti	●●	●●

Descrizione: _____

17. Come risultato di questi trattamenti, quanti mesi è durato il più lungo periodo di astensione (MM) :
- A. dall'alcol? ●●
- B. dalle altre sostanze? ●●
18. Quale sostanza (2-12) costituisce il problema principale? ●●
(00=nessun problema; 15=alcol più altra sostanza; 16=politossicodipendenza)
19. Quanti mesi è durato l'ultimo periodo di astensione volontaria da questa sostanza, che non fosse il risultato di un trattamento (MM) (00 se mai astenuto) ? ●●
20. Quanti mesi fa è terminata questa astensione (MM) (00 se tuttora ast.) ? ●●
21. Quanto pensa di avere speso negli ultimi 30 giorni per:
- A. alcol (ammontare in migliaia di lire) ? ●●.●●●
- B. altre sostanze (ammontare in migliaia di lire) ? ●●.●●●
22. Per quanti giorni è stato in trattamento non residenziale per uso di alcol o di altre sostanze negli ultimi 30 giorni (GG) ? ●●

23. Per quanti giorni negli ultimi 30 ha avuto problemi da uso di (GG) :

- A. alcol? ●●
- B. altre sostanze? ●●

PER LE DOMANDE 24-25 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

24. Negli ultimi 30 giorni quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi da uso di:

- A. alcol? ●
- B. altre sostanze? ●

25. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per i suoi problemi da uso di:

- A. alcol? ●
- B. altre sostanze? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

26. Come valuteresti il bisogno di trattamento del soggetto per problemi da:

- A. uso di alcol (0-9) ? ●
- B. uso di altre sostanze (0-9) ? ●

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

- 27. Inattendibilità dell'intervistato? ●
- 28. Incapacità dell'intervistato a comprendere? ●

COMMENTI

5. CONDIZIONE LEGALE

- 1. Il presente trattamento è stato proposto o imposto dall'Autorità amministrativa o giudiziaria (0=No, 1=S) ? ●

2. E' attualmente in libertà condizionata o in regime di sospensione o trattamento sostitutivo di una pena (0=No, 1=S) ?

•

Quante volte nella sua vita è stato imputato per qualcuno fra i seguenti delitti (NN) :

3. reati connessi alle norme sugli stupefacenti? ●●
(es.: possesso, spaccio, ...)
4. reati contro il patrimonio e assimilati? ●●
(es.: furto, ricettazione, truffa, falsificazione, estorsione, ...)
5. reati violenti? ●●
(es.: rapina, aggressione, omicidio, violenza carnale, ...)
6. altri reati: _____ ●●
7. Quante di queste imputazioni sono esitate in condanne (NN) ? ●●

Quante volte nella sua vita è stato perseguito per (NN) :

8. contravvenzioni non automobilistiche: _____ ●●
10. guida in stato di ebbrezza o intossicazione? ●●
11. guida senza patente, guida pericolosa, eccesso di velocità o altre gravi violazioni del codice della strada? ●●
12. Quanti mesi ha trascorso in carcere nella sua vita (MM) ? ●●
13. Quanto è durata l'ultima carcerazione (MM) ? ●●
14. Per quale illecito (3-6, 8-11; se più di uno, indicare il più grave) ? ●●
15. E' attualmente pendente a suo carico un procedimento penale ovvero ha riportato una sentenza di condanna non definitiva (0=No, 1=S) ? ●
16. Se sì, per quale illecito (3-6, 8-11; se più di uno, indicare il più grave) ? ●●
17. Per quanti giorni negli ultimi 30 è stato trattenuto in stato di fermo ovvero detenuto (GG) ? ●●
18. Per quanti giorni negli ultimi 30 è stato coinvolto in attività illegali per trarne profitto (GG) ? ●●

PER LE DOMANDE 19-20 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

19. Quanto ritiene gravi i suoi attuali problemi legali (penali) ? ●
20. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un intervento o una consulenza per questi problemi legali (penali) ? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

21. Come valuteresti il bisogno di consulenza legale del soggetto (0-9) ? ●

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

22. Inattendibilità dell'intervistato? ●
23. Incapacità dell'intervistato a comprendere? ●

COMMENTI

STORIA FAMILIARE

Qualcuno fra i suoi familiari ha mai avuto quello che Lei potrebbe definire un problema importante da uso di alcol o di altre sostanze ovvero un problema psichiatrico importante, e cioè dei problemi che abbiano condotto o avrebbero dovuto condurre ad un trattamento?

CODIFICARE LE RISPOSTE A QUESTA DOMANDA COME SEGUE (v. Manuale):

0 = No, per tutti i familiari appartenenti alla specifica categoria;

1 = Sì, per qualunque familiare appartenente alla specifica categoria;

X = Il probando non sa o è incerto;

N = Non è mai esistito un familiare della specifica categoria.

NOTA: codificare il familiare più grave se ne esiste più di uno nella stessa categoria

Per parte materna	ALCOL	ALTRE SOSTANZE	MENTALE
Nonna	●	●	●
Nonno	●	●	●
Madre	●	●	●
Zie	●	●	●
Zii	●	●	●
Altri significativi	●	●	●

Per parte paterna	ALCOL	ALTRE SOSTANZE	MENTALE
Nonna	●	●	●
Nonno	●	●	●
Padre	●	●	●
Zie	●	●	●
Zii	●	●	●
Altri significativi	●	●	●

Germani	ALCOL	ALTRE SOSTANZE	MENTALE
Fratello 1	●	●	●
Fratello 2	●	●	●
Sorella 1	●	●	●
Sorella 2	●	●	●
Altro/a fratello/sorella	●	●	●
Altri significativi	●	●	●

6. RELAZIONI FAMILIARI / SOCIALI

1. Stato civile attuale: ●
- | | | |
|--------------|-----------------|------------------|
| 1. coniugato | 2. ri-coniugato | 3. vedovo |
| 4. separato | 5. divorziato | 6. celibe/nubile |
2. Da quanto tempo si trova in questa condizione di stato civile (AA MM) ● ●
(se mai sposato calcolare dall'età di 18 anni)?
3. E' soddisfatto di questa condizione (0=No, 1=Indifferente, 2=S) ? ●
4. Situazione abitativa / di convivenza abituale negli ultimi 3 anni: ●
- | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. con partner e figli | 2. con partner soltanto | 3. con figli soltanto |
| 4. con genitori | 5. con altri familiari | 6. con amici |
| 7. da solo | 8. in ambiente confinato | 9. senza fissa dimora o altro |

Descrizione: _____

5. Da quanto tempo vive in questa situazione (AA MM) ● ● ● ●
(se ancora con famiglia d'origine calcolare dall'età di 18 anni)?
6. E' soddisfatto di questa sistemazione (0=No, 1=Indifferente, 2=S) ? ●
- Vive con qualcuno che (0=No, 1=S) :
- 6A. ha problemi di alcol in atto? ●
- 6B. fa uso di sostanze psicoattive? ●
7. Con chi trascorre la maggior parte del suo tempo libero? ●
- | |
|--|
| 1. familiari senza problemi di alcol od uso disostanze in atto |
| 2. familiari con problemi di alcol od uso disostanze in atto |
| 3. amici senza problemi di alcol od uso disostanze in atto |
| 4. amici con problemi di alcol od uso disostanze in atto |
| 5. da solo |
8. E' soddisfatto di trascorrere così il suo tempo libero (0=No, 1=Indiff., 2=S) ? ●
9. Quanti amici stretti ha (N) ? ●

PER LE DOMANDE DA 9A A 18C CODIFICARE LE RISPOSTE COME SEGUE (v. Manuale):

0 = No, per tutti i familiari/altri soggetti appartenenti alla specifica categoria
1 = Sì, per qualunque familiare/altro soggetto appartenente alla specifica categoria
X = Il probando non sa o è incerto
N = Non è mai esistito un familiare/altro soggetto della specifica categoria

Direbbe di aver avuto delle relazioni personali strette e durature con qualcuna fra le seguenti persone nella sua vita ?

- 9A.1. Madre ●
- 9A.2. Padre ●
- 9A.3. Fratelli / sorelle ●
- 9A.4. Coniuge / partner ●
- 9A.5. Figli ●
- 9A.6. Amici ●

Vi sono stati dei periodi significativi durante i quali ha avuto seri problemi nel portare avanti la relazione con (*v. manuale*) :

	UU. 30 GG.	NELLA VITA
10. Madre	●	●
11. Padre	●	●
12. Fratelli / sorelle	●	●
13. Coniuge / partner	●	●
14. Figli	●	●
15. Altri familiari significativi	●	●
16. Amici stretti	●	●
17. Vicini di casa	●	●
18. Collaboratori / colleghi di lavoro	●	●

Qualcuna fra queste persone (10-18) le ha mai usato violenza ($0=No, 1=S$) :

	UU. 30 GG.	NELLA VITA
18A. Emotivam. (facendo soffrire con parole dure o umilianti) ?	●	●
18B. Fisicam. (provocando dolore fisico o producendo lesioni) ?	●	●
18C. Sessualmente (molestando con approcci forzati o compiendo atti sessuali) ?	●	●

19. Per quanti giorni negli ultimi 30 è stato in forte conflitto con (GG) :

- | | |
|------------------------------------|----|
| A. I suoi familiari ? | ●● |
| B. Altri (esterni alla famiglia) ? | ●● |

PER LE DOMANDE 20-23 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

Quanto è stato preoccupato o disturbato negli ultimi 30 giorni per questi problemi:

- | | |
|----------------|---|
| 20. Familiari? | ● |
| 21. Sociali? | ● |

In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento o una consulenza per questi problemi:

- | | |
|----------------|---|
| 22. Familiari? | ● |
| 23. Sociali? | ● |

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

24. *Come valuteresti il bisogno di consulenza per i problemi familiari e/o sociali del soggetto (0-9) ?*

	●
--	---

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

- | | |
|--|---|
| 25. <i>Inattendibilità dell'intervistato?</i> | ● |
| 26. <i>Incapacità dell'intervistato a comprendere?</i> | ● |

COMMENTI

7. CONDIZIONE PSICHICA

1. Quante volte ha ricevuto un trattamento per problemi psicologici o emozionali (*NN*):
- A. in regime di ricovero o residenziale? ●●
 - B. ambulatoriale? ●●
2. Riceve una pensione per invalidità psichica (*0=No, 1=S*) ? ●

Vi è stato un periodo significativo durante il quale ha avuto qualcuno fra i seguenti problemi che non fossero una conseguenza diretta dell'uso di alcol o di altre sostanze (*v. Manuale per le definizioni appropriate*) (*0=No, 1=S*) :

- | | UU. 30 GG. | NELLA VITA |
|--|------------|------------|
| 3. depressione grave? | ● | ● |
| 4. intensa ansia o tensione nervosa? | ● | ● |
| 5. difficoltà di comprensione, concentrazione, memoria? | ● | ● |
| 6. allucinazioni? | ● | ● |
| 7. difficoltà a controllare il comportamento violento? ● | ● | ● |
| 8. necessità di prescrizioni farmacologiche per problemi psicologici o emozionali? | ● | ● |
| 9. pensieri suicidari seri? | ● | ● |
| 10. compiuto tentativi di suicidio? | ● | ● |
| 10A. Quante volte ha tentato il suicidio (<i>NN</i>) ? | | ●● |
| 11. Per quanti giorni ha avuto questi problemi psicologici o emozionali negli ultimi 30 giorni (<i>GG</i>) ? | | ●● |

PER LE DOMANDE 12-13 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

12. Quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi psicologici o emozionali negli ultimi 30 giorni? ●

13. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi psicologici o emozionali?



Questionario di *follow-up* dell'intervista EUROPASI *

- A. IDENTIFICAZIONE ●●●●●●●●
- D. DATA DI ESECUZIONE DELL'INTERVISTA (GG MM AA) ●● ●● ●●
- E. Orario d'inizio (HH MM) ●● ●●
- F. Orario di conclusione (HH MM) ●● ●●
- G. SI TRATTA DI (N) ●
1. primo follow-up 2. secondo follow-up 3. terzo follow-up
- H. TIPO DI CONTATTO ●
1. diretto 2. telefonico 3. altro: _____
- J. INTERVISTATORE ●
- K. ESITO DELL'INTERVISTA ●
1. completata 2. rifiutata 3. non in grado di rispondere

INFORMAZIONI GENERALI

VARIAZIONI DI INDIRIZZO:

-
1. Caratteristiche del luogo di residenza attuale ●
1. Grande centro (>100.000 abitanti)
2. Medio centro (10.000-100.000 abitanti)
3. Piccolo centro o rurale (<10.000 ab.)
2. Codice di avviamento postale ●●●●●
3. Da quanto tempo abita a questo indirizzo (AA MM) ? ●● ●●
4. L'abitazione di residenza è di proprietà sua o della sua famiglia (0=No, 1=S) ? ●
8. Si è trovato in ambiente confinato negli ultimi 30 giorni? ●
1. no 2. carcere
3. trattamento ospedaliero/residenziale per tossicodipendenza/alcolismo
4. trattamento medico ospedaliero 5. trattam. psichiatrico osped./residenziale
6. tr. residenziale di disintossicazione 7. altro
- Descrizione: _____
9. Per quanti giorni (GG) ? ●●

* Dall'adattamento europeo della 5a edizione dell'ASI americano (McLellan, 1992) di A. Kokkevi, C. Hartgers, P. Blanken, E.M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta, A. Uchtenhagen (1994).

1. CONDIZIONE MEDICA

1. Dall'ultima valutazione quante volte è stato ricoverato per problemi medici (escl. disintossicazioni, incl. overdose e delirium tremens) (NN) ? ●●
4. Dall'ultima valutazione è stato infettato dal virus dell'epatite (0=No, 1=Sì 2=Non sa, 3=Rifiuta) ? ●
5. Dall'ultima valutazione si è sottoposto al test per l'HIV (0=No, 1=Sì 2=Non sa, 3=Rifiuta) ? ●
6. Se sì, quanti mesi or sono (MM) ? ●●
7. Se sì, qual è stato il risultato dell'ultimo test (0=Negativo, 1=Positivo, 2=Non sa, 3=Rifiuta) ? ●
8. Sta assumendo con regolarità qualche farmaco dietro prescrizione medica per problemi fisici (0=No, 1=S) ? ●
9. Riceve una pensione di invalidità fisica (escl. inval. psichica) (0=No, 1=S) ? ●
10. Dall'ultima valutazione è stato curato da un medico per problemi di salute fisica (0=No, 1=S) ? ●
11. Per quanti giorni ha sofferto di problemi medici negli ultimi 30 giorni (GG) ? ●●

PER LE DOMANDE 12-13 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

12. Quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi di salute fisica negli ultimi 30 giorni? ●
13. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi medici? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

14. Come valuteresti il bisogno di trattamento medico del soggetto (0-9) ? ●

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

15. Inattendibilità dell'intervistato? ●
16. Incapacità dell'intervistato a comprendere? ●

COMMENTI

2. CONDIZIONE LAVORATIVA / DI SOSTENTAMENTO

1. Dall'ultima valutazione quanti anni di scuola ha completato (AA) ? ●●
2. Dall'ultima valutazione quanti anni di studi superiori (universitari o assimilati) ha completato (AA) ? ●●
4. Ha una patente di guida valida (0=No, 1=S) ? ●
7. Occupazione abituale o ultima (codici in App. 4) ●
Descrizione: _____
8. Modalità di impiego abituale dall' ultima valutazione ●
- | | |
|--|--|
| 1. tempo pieno | 5. servizio militare (di leva) |
| 2. tempo parziale (con orario regolare) | 6. in pensione (vecchiaia, invalidità ...) |
| 3. tempo parz. (orario non reg., lav. saltuario) | 7. disoccupato (incl. casalinga) |
| 4. studente | 8. in ambiente confinato |
9. Per quanti giorni ha lavorato negli ultimi 30 giorni (includere lavoro nero; escludere spaccio, prostituzione, altre attività illegali) (GG)? ●●

Negli ultimi 30 giorni, da quali fra le seguenti fonti ha ricevuto denaro per il suo sostentamento (0=No, 1=S) ?

10. Lavoro ●
11. Indennità di disoccupazione (incl. cassa integrazione) ●
12. Sussidi sociali (escl. pensioni) ●
13. Pensione (invalidità, vecchiaia, etc.) ●
14. Partner, familiari, amici (denaro liquido per spese personali) ●
15. Attività illegali ●
16. Prostituzione ●
17. Altro: _____ ●
18. Fra queste, qual'è stata la più importante fonte di sostentamento (10-17) ? ●●
- 19a. Negli ultimi 30 giorni, qual è stato l'ammontare netto del suo reddito da lavoro (in migliaia di lire) ? ●, ●●●
- 19b. Ha debiti (in migliaia di lire) ? ●, ●●●
20. Quante persone dipendono da Lei per la maggior parte del loro sostentamento (vitto, alloggio, vestiario, ...) (N) ? ●
21. Per quanti giorni ha avuto problemi di lavoro o è stato disoccupato negli ultimi 30 giorni (GG) ? ●●

PER LE DOMANDE 22-23 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

22. Quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi di lavoro negli ultimi 30 giorni? ●
23. In questo momento quanto è importante per lei ricevere una consulenza per questi problemi di lavoro? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

24. Come valuteresti il bisogno di consulenza lavorativa del soggetto (0-9) ? ●

15. Dall'ultima valutazione quante volte ha avuto:

A. delirium tremens da alcol? ●●

B. overdose da altre sostanze? ●●

SPECIFICARE ANALITICAMENTE IL TIPO DI SERVIZI ED IL NUMERO DI TRATTAMENTI RICEVUTI DALL'ULTIMA VALUTAZIONE PER USO DI ALCOL E/O DI ALTRE SOSTANZE (v. manuale):

	ALCOL	ALTRE SOST.
16.1. Ambulatoriale di disintossicazione	●●	●●
16.2. Residenziale di disintossicazione	●●	●●
16.3. Sostitutivo ambulatoriale	●●	●●
16.4. Ambulatoriale drug-free	●●	●●
16.5. Residenziale drug-free	●●	●●
16.6. Semiresidenziale diurno	●●	●●
16.7. In ospedale o reparto psichiatrico	●●	●●
16.8. In altro ospedale o reparto	●●	●●
16.9. Altri trattamenti	●●	●●

Descrizione: _____

17. Come risultato di questi trattamenti, quanti mesi è durato il più lungo periodo di astensione (MM) :

A. dall'alcol? ●●

B. dalle altre sostanze? ●●

18. Quale sostanza (2-12) costituisce al momento il problema principale? ●●
(00=nessun problema; 15=alcol più altra sostanza; 16=politossicodipendenza)

21. Quanto pensa di avere speso negli ultimi 30 giorni per:

A. alcol (ammontare in migliaia di lire) ? ●,●●●

B. altre sostanze (ammontare in migliaia di lire) ? ●,●●●

22. Per quanti giorni è stato in trattamento non residenziale per uso di alcol o di altre sostanze negli ultimi 30 giorni (GG) ? ●●

23. Per quanti giorni negli ultimi 30 ha avuto problemi da uso di (GG) :

A. alcol? ●●

B. altre sostanze? ●●

PER LE DOMANDE 24-25 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

24. Negli ultimi 30 giorni quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi da uso di:

A. alcol? ●

B. altre sostanze? ●

25. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per i suoi problemi da uso di:

- A. alcol? ●
- B. altre sostanze? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

26. Come valuteresti il bisogno di trattamento del soggetto per problemi da:

- A. uso di alcol (0-9) ? ●
- B. uso di altre sostanze (0-9) ? ●

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

- 27. Inattendibilità dell'intervistato? ●
- 28. Incapacità dell'intervistato a comprendere? ●

COMMENTI

5. CONDIZIONE LEGALE

2. E' attualmente in libertà condizionata o in regime di sospensione o trattamento sostitutivo di una pena (0=No, 1=S) ? ●

Dall'ultima valutazione quante volte è stato imputato per qualcuno fra i seguenti delitti (NN) :

3. reati connessi alle norme sugli stupefacenti? ●●
(es.: possesso, spaccio, ...)

4. reati contro il patrimonio e assimilati? ●●
(es.: furto, ricettazione, truffa, falsificazione, estorsione, ...)

5. reati violenti? ●●
(es.: rapina, aggressione, omicidio, violenza carnale, ...)

6. altri reati: _____ ●●

7. Dall'ultima valutazione quante di queste imputazioni sono esitate in condanne (NN)? ●●

Dall'ultima valutazione quante volte è stato perseguito per (NN) :

8. contravvenzioni non automobilistiche: _____ ●●
10. guida in stato di ebbrezza o intossicazione? ●●
11. guida senza patente, guida pericolosa, eccesso di velocità o altre gravi violazioni del codice della strada? ●●
12. Dall'ultima valutazione quanti mesi ha trascorso in carcere (MM) ? ●●
15. E' attualmente pendente a suo carico un procedimento penale ovvero ha riportato una sentenza di condanna non definitiva (0=No, 1=S) ? ●
16. Se sì, per quale illecito (3-6, 8-11; se più di uno, indicare il più grave) ? ●●
17. Per quanti giorni negli ultimi 30 è stato trattenuto in stato di fermo ovvero detenuto (GG) ? ●●
18. Per quanti giorni negli ultimi 30 è stato coinvolto in attività illegali per trarne profitto (GG) ? ●●

PER LE DOMANDE 19-20 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

19. Quanto ritiene gravi i suoi attuali problemi legali (penali) ? ●
20. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un intervento o una consulenza per questi problemi legali (penali) ? ●

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ DA PARTE DELL'INTERVISTATORE

21. Come valuteresti il bisogno di consulenza legale del soggetto (0-9) ? ●

VALUTAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da (0=No, 1=S):

22. Inattendibilità dell'intervistato? ●
23. Incapacità dell'intervistato a comprendere? ●

COMMENTI

6. RELAZIONI FAMILIARI / SOCIALI

1. Stato civile attuale: ●
- | | | |
|--------------|-----------------|------------------|
| 1. coniugato | 2. ri-coniugato | 3. vedovo |
| 4. separato | 5. divorziato | 6. celibe/nubile |

3. E' soddisfatto di questa condizione (0=No, 1=Indifferente, 2=S) ? ●

4. Situazione abitativa/di convivenza dall'ultima valutazione: ●
- | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. con partner e figli | 2. con partner soltanto | 3. con figli soltanto |
| 4. con genitori | 5. con altri familiari | 6. con amici |
| 7. da solo | 8. in ambiente confinato | 9. senza fissa dimora / altro |

Descrizione: _____

6. E' soddisfatto di questa sistemazione (0=No, 1=Indifferente, 2=S) ? ●

Vive con qualcuno che (0=No, 1=S) :

- 6A. ha problemi di alcol in atto? ●

- 6B. fa uso di sostanze psicoattive? ●

7. Con chi trascorre la maggior parte del suo tempo libero? ●

1. familiari senza problemi di alcol od uso di sostanze in atto
2. familiari con problemi di alcol od uso di sostanze in atto
3. amici senza problemi di alcol od uso di sostanze in atto
4. amici con problemi di alcol od uso di sostanze in atto
5. da solo

8. E' soddisfatto di trascorrere così il suo tempo libero (0=No, 1=Indiff., 2=S) ? ●

9. Quanti amici stretti ha (N) ? ●

PER LE DOMANDE DA 10 A 18 CODIFICARE LE RISPOSTE COME SEGUE (v. Manuale):

- 0 = No, per tutti i familiari/altri soggetti appartenenti alla specifica categoria
1 = Sì, per qualunque familiare/altro soggetto appartenente alla specifica categoria
X = Il probando non sa o è incerto
N = Non è mai esistito un familiare/altro soggetto della specifica categoria

Negli ultimi 30 giorni ha avuto seri problemi nel portare avanti la relazione con (v. Manuale) :

10. Madre ●
11. Padre ●
12. Fratelli / sorelle ●
13. Coniuge / partner ●
14. Figli ●
15. Altri familiari significativi ●
16. Amici stretti ●
17. Vicini di casa ●
18. Collaboratori / colleghi di lavoro ●

7. CONDIZIONE PSICHICA

1. Dall'ultima valutazione quante volte ha ricevuto un trattamento per problemi psicologici o emozionali (NN):

A. in regime di ricovero o residenziale? ●●

B. ambulatoriale? ●●

2. Riceve una pensione per invalidità psichica (0=No, 1=S) ? ●

Negli ultimi 30 giorni vi è stato un periodo significativo durante il quale ha avuto qualcuno fra i seguenti problemi che non fossero una conseguenza diretta dell'uso di alcol o di altre sostanze (v. *Manuale per le definizioni appropriate*) (0=No, 1=S) :

3. depressione grave? ●

4. intensa ansia o tensione nervosa? ●

5. difficoltà di comprensione, concentrazione, memoria? ●

6. allucinazioni? ●

7. difficoltà a controllare il comportamento violento? ●

8. necessità di prescrizioni farmacologiche per problemi psicologici o emozionali? ●

9. pensieri suicidari seri? ●

10. compiuto tentativi di suicidio? ●

10A. Dall'ultima valutazione quante volte ha tentato il suicidio (NN) ? ●●

11. Per quanti giorni ha avuto questi problemi psicologici o emozionali negli ultimi 30 giorni (GG) ? ●●

PER LE DOMANDE 12-13 CHIEDERE AL PROBANDO DI USARE LA SCALA DI AUTOVALUTAZIONE

12. Quanto è stato preoccupato o disturbato per questi problemi psicologici o emozionali negli ultimi 30 giorni? ●

13. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi psicologici o emozionali? ●

LE SEGUENTI VOCI DEVONO ESSERE COMPLETATE DALL'INTERVISTATORE

Al momento dell'intervista il paziente (0=No, 1=S):

14. *appare palesemente depresso, introverso, poco socializzante?* ●

15. *appare palesemente ostile?* ●

16. *appare palesemente ansioso o nervoso?* ●

17. *ha problemi nell'esame di realtà, disturbi del pensiero, ideazione paranoide?* ●

18. *ha difficoltà di comprensione, concentrazione, memoria?* ●

19. *ha pensieri suicidari?* ●

