

## Settore ambulatoriale dell'aiuto psicosociale in materia di dipendenza (SAMBAD)

# Uscita Pazienti

BREVE

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

**1. In che data è stato compilato il questionario d'uscita?** VMAB001

giorno \_\_\_ mese \_\_\_ anno 20\_\_\_

**2. Qual è il numero BUR del Suo centro/della Sua istituzione?** VMAB005

 \_\_\_\_\_  
 -1  non noto VMAB006

**3. Qual è il numero d'identificazione interno della/dell'utente?**

\_\_\_\_\_ VZAX005

**4. Codice a 4 lettere della/dell'utente** VMAB010

\_\_\_\_\_ (non compilare: il codice viene generato automaticamente)

### A. BASI PER IL TRATTAMENTO

**5. E stato/a seguito per i Suoi propri problemi di dipendenza oppure per i problemi di terzi (parenti, ecc.)?** VMAB030

- 1  propri problemi di dipendenza  
 2  problemi di terzi (parenti, ecc.)

**6. A partire da quale data si considera concluso/a il trattamento o la consulenza?** VMAB020

giorno \_\_\_ mese \_\_\_ anno 20\_\_\_

**7. Qual è la ragione principale della fine del trattamento o della consulenza?** VMAB040

una sola risposta possibile

-1  non noto

- 1  conclusione regolare del trattamento/consulenza senza passaggio verso un centro/un'istituzione specializzato/a in dipendenze  
 2  conclusione regolare del trattamento/consulenza con passaggio verso un centro/un'istituzione specializzato/a in dipendenze, cioè:

- 1  non noto VMAB041  
 1  trattamento/terapia residenziale  
 2  presa in carico in una struttura di giorno/clinica di giorno  
 3  trattamento/terapia ambulatoriale  
 4  appartamento protetto  
 5  altro centro/altra istituzione specializzato/a

- 3  cambiamento di domicilio  
 4  ospedalizzazione  
 5  incarcerazione  
 6  perdita di contatto, da quanti giorni?

 numero di giorni: \_\_\_\_\_  
 VMAB042

- 7  conclusione del trattamento per richiesta esplicita della/dell'utente o del centro/ dell'istituzione  
 8  decesso, qual è la causa del decesso?

- 1  non noto VMAB044  
 1  suicidio  
 2  incidente  
 3  malattia  
 4  overdose o intossicazione acuta  
 5  altra causa di decesso, cioè: \_\_\_\_\_  
 VMAB045

- 9  altra ragione per la fine del trattamento o della consulenza, cioè: \_\_\_\_\_  
 VMAB046

### B. DATI SOCIODEMOGRAFICI

**8. Sesso** VMAC001

- 1  non noto  
 1  maschile  
 2  femminile

**9. Qual è la Sua data di nascita?** VMAC005

giorno \_\_\_ mese \_\_\_ anno 19\_\_\_

-1  non noto VMAC006
**10. Con chi abita al momento dell'uscita?** VNAC030

una sola risposta possibile

- 1  non noto  
 1  da solo/a  
 2  con la famiglia d'origine (genitori, ecc.)  
 3  con il/la partner e/o con i figli  
 4  con amici o altre persone (senza legame di parentela)  
 5  in prigione  
 6  istituzione terapeutica/foyer  
 7  ospedale/clinica  
 8  altro, cioè: \_\_\_\_\_ VMAC031

**11. Qual è la Sua situazione abitativa al momento dell'uscita?**

- 1  non noto VNAC040  
 1  situazione abitativa stabile  
 2  situazione abitativa instabile/senza fissa dimora  
 3  in prigione  
 4  istituzione terapeutica/foyer/ospedale/clinica/altro

### C. ASPETTI LEGATI AL PROBLEMA

→ vedi retro

### F. DATI

**Da quale fonte provengono principalmente le informazioni contenute nel questionario d'uscita?** VMAD040

una sola risposta possibile

- 1  informazioni fornite dalla/dall'utente  
 2  informazioni fornite dalla principale persona curante

**Il questionario d'uscita è stato compilato fino a quest'ultima domanda?** VMAD050

una sola risposta possibile

- 1  sì  
 2  no

## C. ASPETTI LEGATI AL PROBLEMA

### 12. A. Quali sostanze o quali comportamenti comparabili ad una dipendenza sono un problema al momento dell'uscita?

VNAD010

*più risposte possibili*

x  problemi non noti  
y  nessuno

alcol	a	<input type="checkbox"/>	
<b><u>oppioidi</u></b>			
eroina	ba	<input type="checkbox"/>	
metadone (abuso; uso terapeutico escluso)	bb	<input type="checkbox"/>	
buprenorfina (abuso; uso terapeutico escluso)	bc	<input type="checkbox"/>	
fentanyl (abuso; uso terapeutico escluso)	bd	<input type="checkbox"/>	
altri oppioidi, cioè: _____	be	<input type="checkbox"/>	VNAD011be
<b><u>cocaina</u></b>			
cocaina sotto forma di polvere	ca	<input type="checkbox"/>	
crack	cb	<input type="checkbox"/>	
altra forma di cocaina, cioè: _____	cc	<input type="checkbox"/>	VNAD011cc
<b><u>altri stimolanti</u></b>			
anfetamine	da	<input type="checkbox"/>	
metanfetamine (crystal meth, ice, pillole thai)	db	<input type="checkbox"/>	
MDMA e sostanze simili (ecstasy)	dc	<input type="checkbox"/>	
catinoni sintetici (mefedrone, methylone, metcatinone/efedrone, MDPV, metedrone)	dd	<input type="checkbox"/>	
altri stimolanti, cioè: _____	de	<input type="checkbox"/>	VNAD011de
<b><u>ipnotici/sedativi</u></b>			
barbiturici (abuso; uso terapeutico escluso)	ea	<input type="checkbox"/>	
benzodiazepine (abuso; uso terapeutico escluso)	eb	<input type="checkbox"/>	
GHB/GBL	ec	<input type="checkbox"/>	
altri sonniferi/tranquillanti, cioè: _____	ed	<input type="checkbox"/>	VNAD011ed
<b><u>allucinogeni</u></b>			
LSD	fa	<input type="checkbox"/>	
ketamina	fb	<input type="checkbox"/>	
altre sostanze (tutti i tipi), cioè: _____	fc	<input type="checkbox"/>	VNAD011fc
sostanze volatili	g	<input type="checkbox"/>	
canapa	h	<input type="checkbox"/>	
tabacco	i	<input type="checkbox"/>	
altre sostanze (tutti i tipi), cioè: _____	j	<input type="checkbox"/>	VNAD011j

### **comportamenti comparabili ad una dipendenza**

gioco patologico	ka	<input type="checkbox"/>	
dipendenza al computer o/e a internet	kb	<input type="checkbox"/>	
disturbi alimentari	kc	<input type="checkbox"/>	
altri problemi comparabili ad una dipendenza (tutti i tipi), cioè: _____	kd	<input type="checkbox"/>	VNAD011kd

### B. Durante i 30 giorni precedenti l'uscita, a quale frequenza ha consumato le sostanze problematiche?

VNAD015

*una sola risposta possibile per riga*

ogni giorno	4-6 giorni la settimana	2-3 giorni la settimana	max. 1 giorno la settimana	nessun consumo 30 giorni precedenti	non noto
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>

### D. Durante i 30 giorni precedenti l'uscita, a quale frequenza si sono manifestati i Suoi comportamenti comparabili ad una dipendenza?

ogni giorno	4-6 giorni la settimana	2-3 giorni la settimana	max. 1 giorno la settimana	nessuna manifestazione 30 giorni precedenti	non noto
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>
1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	-1 <input type="radio"/>