WHO ASSIST V3.1 Questionario

Nome o ID del cliente:

Data:

Clinica:

INTRODUZIONE (PER FAVORE LEGGERE QUANTO SEGUE AL CLIENTE)

Le domande che seguono riguardano le sue esperienze relativamente al consumo di alcol, tabacco e altre droghe nel corso della sua vita e negli ultimi tre mesi. Queste sostanze possono essere state fumate, ingerite, sniffate, inalate o iniettate *(mostrare al cliente la scheda di risposta).*

Alcune delle sostanze elencate possono essere prescritte da un medico (ad esempio le amfetamine, i sedativi, i farmaci per alleviare il dolore). In questa intervista, non terremo conto dei farmaci assunti perché prescritti dal suo medico.

In ogni caso, per favore ci faccia sapere se ha assunto questi farmaci per motivi diversi da quelli prescritti, o li ha assunti con una frequenza maggiore o a dosi maggiori rispetto a quelle prescrittele.

Sebbene ci interessi anche conoscere l'eventuale utilizzo da parte sua di droghe illegali, le assicuriamo che le informazioni relative a tale eventuale assunzione saranno trattate con la massima riservatezza.

	Punteggi	**Prodotti del tabacco** (sigarette, gomme da masticare contenenti tabacco, sigari)	**Bevande alcoliche** (birra, vino, liquori)	**Cannabinoidi** (marijuana, erba, hashish)	**Cocaina** (cocaina, crack)	**Stimolanti di tipo anfetaminico** (speed, metanfetamina, ecstasy)	**Inalanti** (protossido d'azoto, colla, benzina, diluente per vernici)	**Sedativi o sonniferi** (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam)	**Allucinogeni** (LSD, acido, funghi allucinogeni, ketamina)	**Oppioidi** (eroina, morfina, metadone, buprenorfina, codeina)	**Altro** (specificare)
D1. Nella sua vita, quale delle seguenti sostanze ha mai assunto? (solo uso non medico)	**Se la risposta è "Sì" a una qualsiasi sostanza, porre la domanda 2 per ogni sostanza utilizzata.** **Se la risposta è "No" a tutte, interrompere l'intervista.**	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
		(Se tutte le risposte sono negative, chiedere: "Nemmeno quando andava a scuola?")									
D2. Negli ultimi tre mesi, quanto spesso ha assunto _____?	0 – Mai 2 – Una o due volte 3 – Mensilmente 4 – Settimanalmente 6 – Ogni giorno o quasi ogni giorno										
(Se la risposta è "Mai" per tutte le sostanze, saltare alla domanda 6. Per ciascuna sostanza utilizzata negli ultimi tre mesi, porre le domande 3, 4 e 5)											
D3. Negli ultimi tre mesi, quanto spesso ha sentito un forte desiderio o l'urgenza di assumere _____?	0 – Mai 3 – Una o due volte 4 – Mensilmente 5 – Settimanalmente 6 – Ogni giorno o quasi ogni giorno										
D4. Negli ultimi tre mesi, con quale frequenza l'uso di _____ le ha causato problemi di salute, sociali, legali o finanziari?	0 – Mai 4 – Una o due volte 5 – Mensilmente 6 – Settimanalmente 7 – Ogni giorno o quasi ogni giorno										

CONTINUA SUL RETRO

CONTINUA DALLA PAGINA PRECEDENTE

	Punteggi	Prodotti del tabacco (sigarette, gomme da masticare contenenti tabacco, sigari)	Bevande alcoliche (birra, vino, liquori)	Cannabinoidi (marijuana, erba, hashish)	Cocaina (cocaina, crack)	Stimolanti di tipo anfetaminico (speed, metanfetamina, ecstasy)	Inalanti (protossido d'azoto, colla, benzina, diluente per vernici)	Sedativi o sonniferi (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam)	Allucinogeni (LSD, acido, funghi allucinogeni, ketamina)	Oppioidi (eroina, morfina, metadone, buprenorfina, codeina)	Altro (specificare)
D5. Negli ultimi tre mesi, con quale frequenza non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspettava da lei a causa dell'uso di _____?	0 – Mai 5 – Una o due volte 6 – Mensilmente 7 – Settimanalmente 8 – Ogni giorno o quasi ogni giorno	Per il tabacco la D5 non è codificata									
Porre le domande 6 e 7 per tutte le sostanze assunte nella vita (ovvero quelle con risposta "Sì" alla domanda 1)											
D6. Un suo amico o un suo parente o qualsiasi altra persona ha mai espresso delle preoccupazioni relativamente all'uso da parte sua di _____?	0 – No, mai 6 – Sì, negli ultimi 3 mesi 3 – Sì, ma non negli ultimi 3 mesi										
D7. Ha mai cercato di ridurre l'uso di _____ ma senza riuscirci?	0 – No, mai 6 – Sì, negli ultimi 3 mesi 3 – Sì, ma non negli ultimi 3 mesi										
D8. Ha mai assunto una sostanza per via endovenosa? (solo uso non medico)	☐ No, mai ☐ Sì, negli ultimi 3 mesi ☐ Sì, ma non negli ultimi 3 mesi	Ai clienti che negli ultimi 3 mesi hanno assunto sostanze per via endovenosa è opportuno chiedere informazioni sulle loro abitudini di iniezione, al fine di determinare i livelli di rischio e il miglior percorso di intervento. **In media 4 giorni al mese o meno:** intervento breve che includa la scheda "Rischi dell'iniezione". **In media più di 4 giorni al mese:** ulteriore valutazione e trattamento più intensivo.									
Punteggio specifico per sostanza Somma delle domande da 2 a 7 (escludere D1 e D8)											

Il tipo di intervento è deciso sulla base del punteggio specifico per sostanza			
Rischio	**Basso** (sostanze 0-3, alcol 0-10)	**Moderato** (sostanze 4-26, alcol 11-26)	**Alto** (27 o più)
Intervento	Nessun intervento	Intervento breve	Intervento più intensivo

Nome del sanitario:	

Ora utilizzare la scheda ASSIST di valutazione e feedback per trattare il cliente con un intervento breve.

WHO ASSIST V3.0
Scheda di risposta per il cliente

Sostanze

Prodotti del tabacco (sigarette, gomme da masticare contenenti tabacco, sigari, ecc.)

Bevande alcoliche (birra, vino, liquori, ecc.)

Cannabinoidi (marijuana, erba, hashish, ecc.)

Cocaina (cocaina, crack, ecc.)

Stimolanti di tipo anfetaminico (speed, ecstasy, metanfetamina, ice, pasta, crystal, pillole dimagranti, ecc.)

Inalanti (protossido d'azoto, colla, benzina, diluente per vernici, amile, ecc.)

Sedativi o sonniferi (Valium, Serepax, Roipnol, Normison, diazepam, temazepam, ecc.)

Allucinogeni (LSD, acido, funghi, viaggi psichedelici, ketamina, ecc.)

Oppioidi (eroina, oppio, morfina, metadone, codeina, ecc.)

Altro (specificare:)

Scheda di risposta (domande 2 – 5)

Mai: non assunta negli ultimi 3 mesi.

Una o due volte: 1 o 2 volte negli ultimi 3 mesi.

Mensilmente: in media da 1 a 3 volte al mese negli ultimi 3 mesi.

Settimanalmente: da 1 a 4 volte a settimana.

Ogni giorno o quasi ogni giorno: da 5 a 7 giorni a settimana.

Scheda di risposta (domande 6 – 8)

No, mai

Sì, ma non negli ultimi 3 mesi

Sì, negli ultimi 3 mesi

WHO ASSIST V3.0
Scheda di valutazione e feedback per i clienti

Sostanza	Punteggio	Livello di rischio		
Prodotti del tabacco		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Bevande alcoliche		☐ 0-10 Basso	☐ 11-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Cannabis		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Cocaina		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Stimolanti di tipo anfetaminico		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Inalanti		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Sedativi o sonniferi		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Allucinogeni		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Oppioidi		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto
Altro		☐ 0-3 Basso	☐ 4-26 Moderato	☐ 27+ Alto

Cosa significa il punteggio da lei ottenuto?

Basso: La sua attuale modalità di consumo determina un livello di rischio basso per quanto attiene a problemi di salute o di altro tipo.

Moderato: Se persiste con la sua attuale modalità di consumo di sostanze è a rischio di problemi di salute e di altro tipo, sia ora che in futuro.

Alto: La sua attuale modalità di consumo comporta un alto livello di rischio di incorrere in gravi problemi (di salute, sociali, finanziari, legali, relazionali) e potrebbe sviluppare una dipendenza.

È preoccupato rispetto al suo uso di sostanze?

CONTINUA SUL RETRO

Tabacco	Alcol	Cannabis	Cocaina	Stimolanti di tipo anfetaminico	Inalanti	Sedativi	Allucinogeni	Oppioidi
Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**	Il suo livello di rischio rispetto alla possibilità di avere questi danni è: (spuntare una casella) ☐ **Basso** ☐ **Moderato** ☐ **Alto**
L'uso regolare di tabacco è associato a:	**L'uso regolare eccessivo di alcol è associato a:**	**L'uso regolare di cannabis è associato a:**	**L'uso regolare di cocaina è associato a:**	**L'uso regolare di stimolanti di tipo anfetaminico è associato a:**	**L'uso regolare di inalanti è associato a:**	**L'uso regolare di sedativi è associato a:**	**L'uso regolare di allucinogeni è associato a:**	**L'uso regolare di oppioidi è associato a:**
Invecchiamento precoce, formazione di rughe sulla pelle	Postumi di una sbornia, comportamenti aggressivi e violenti, incidenti e infortuni	Difficoltà dovute a diminuita capacità di attenzione e a bassa motivazione	Sonno disturbato, tachicardia, mal di testa, perdita di peso	Sonno disturbato, perdita dell'appetito e dimagrimento, disidratazione	Vertigini e allucinazioni, sonnolenza, disorientamento, visione offuscata	Sonnolenza, vertigini e confusione	Allucinazioni visive, uditive, tattili, olfattive (gradevoli o sgradevoli)	Prurito, nausea e vomito
Infezioni respiratorie e asma	Prestazioni sessuali ridotte, invecchiamento precoce	Ansia, paranoia, attacchi di panico, depressione	Intorpidimento, formicolio, pelle umida, prurito o fastidi alla pelle	Bruxismo (digrignamento della mandibola), cefalea, dolori muscolari	Sintomi da raffreddore, sinusite, epistassi	Difficoltà di concentrazione e di memoria	Problemi del sonno	Sonnolenza, stitichezza, carie dentali
Pressione alta, diabete	Problemi di digestione, ulcere gastriche, infiammazione del pancreas, pressione alta	Riduzione della memoria e della capacità di risolvere i problemi	Incidenti e infortuni, problemi finanziari	Sbalzi d'umore: ansia, depressione, agitazione, mania, attacchi di panico, paranoia	Indigestione, ulcere gastriche	Nausea, cefalea, andatura instabile	Nausea e vomito	Difficoltà di concentrazione e di memoria
Infezioni respiratorie, allergie e asma nei bambini conviventi con fumatori	Ansia e depressione, difficoltà di relazione, problemi finanziari e lavorativi	Pressione alta	Pensieri irrazionali	Tremori, battito cardiaco irregolare, mancanza di respiro	Incidenti e infortuni	Problemi del sonno	Aumento del battito cardiaco e pressione alta	Problemi emotivi e problemi sociali
Nelle donne in gravidanza rischio di aborto spontaneo, parto prematuro e nascita di neonati sottopeso	Difficoltà di memoria e difficoltà nella risoluzione di problemi	Asma, bronchite	Sbalzi d'umore: ansia, depressione, mania	Comportamento aggressivo e violento	Perdita della memoria, confusione, depressione, aggressività	Ansia e depressione	Sbalzi d'umore	Riduzione del desiderio sessuale e delle prestazioni sessuali
Nefropatie	Nelle donne in gravidanza rischio per il feto di deformità e di danni cerebrali	Psicosi in soggetti con storia personale o familiare di schizofrenia	Aggressività e paranoia	Psicosi in seguito all'uso prolungato di alti dosaggi	Difficoltà di coordinazione, reazioni rallentate, ipossia	Tolleranza e dipendenza dopo un breve periodo di utilizzo	Ansia, attacchi di panico, paranoia	Difficoltà di relazione
Malattia ostruttiva cronica delle vie aeree	Ictus, lesioni cerebrali permanenti, danni muscolari e nervosi	Malattie cardiache e malattia ostruttiva cronica delle vie aeree	Desiderio intenso (craving), stress derivante dallo stile di vita	Danni permanenti alle cellule cerebrali	Delirio, convulsioni, coma, danni agli organi (cuore, polmoni, fegato, reni)	Sintomi di astinenza gravi	Flashback	Problemi finanziari e lavorativi, violazioni della legge
Cardiopatie, ictus, malattie vascolari	Malattie del fegato, malattie del pancreas	Cancro	Psicosi in seguito all'uso prolungato di alti dosaggi	Danni epatici, emorragia cerebrale, morte improvvisa	Morte per insufficienza cardiaca	Overdose e morte se assunti associati ad alcol, oppioidi o altri farmaci depressivi	Aumentato rischio di malattie mentali come la schizofrenia	Tolleranza, dipendenza, sintomi di astinenza
Cancro	Cancro, suicidio		Morte improvvisa per problemi cardiaci					Overdose e morte per insufficienza respiratoria