

L'INSIEME DEGLI STRUMENTI DI RILEVAZIONE DELLA TEXAS CHRISTIAN UNIVERSITY**Core Set of TCU Forms****2. ABSTRACT**

Titolo:	L'insieme degli strumenti di rilevazione della Texas Christian University <i>Core Set of TCU Forms</i>
Autore:	Institute of Behaviour Research - TCU
Città:	Forth Worth, TX (USA)
Data:	ottobre 1995
Abstract:	<p>Lo studio dei processi di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze, i risultati raggiunti e le esperienze su campo hanno consentito lo sviluppo di un'insieme generico di strumenti per la rilevazione dei dati inerenti le attività che caratterizzano i programmi terapeutici. Tali strumenti consentono di acquisire le informazioni richieste dagli apparati amministrativi e le informazioni di natura clinica, necessarie per impostare e migliorare i servizi e gli interventi offerti all'utenza che ha problemi con la tossicodipendenza. Il loro utilizzo è previsto in tutti i programmi di trattamento, anche se si è ritenuto necessario formulare altri strumenti specialistici in grado di rilevare situazioni particolari.</p> <p>Gli ambiti di rilevazione sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bisogni dei clienti e progressi; ▪ Test di screening ▪ Valutazione dell'organizzazione; ▪ Bisogni formativi e professionali degli operatori;
Parole chiave:	valutazione, efficacia, risultati, modalità di trattamento
File:	doc_strumenti
URL:	www.ibr.tcu.edu



2.1 ABSTRACT

Titolo:	L'insieme degli strumenti di rilevazione della Texas Christian University: Bisogni dei clienti e progressi <i>"Client Needs & Progress"</i>
Autore:	Institute of Behaviour Research - TCU
Città:	Forth Worth, TX (USA)
Data:	ottobre 1995
Abstract:	<p>2.1.1. Scheda di presa in carico – Brief Intake (BI)</p> <p>Questa scheda viene somministrata da un operatore entro 24 ore dal momento in cui il paziente decide di entrare in trattamento. Vengono raccolti dati relativi al background sociale e personale della persona, un breve resoconto sull'uso di sostanze e viene fatta una valutazione sull'abuso di alcool, cocaina, oppiacei, e cannabinoidi attraverso i criteri previsti dal DSM IV. La somministrazione richiede circa 20 minuti.</p> <p>2.1.2. Scheda di autovalutazione al momento dell'ammissione – Client Evaluation of Self at Intake (CESI)</p> <p>Il questionario viene compilato dal cliente, subito dopo l'ammissione e dopo la compilazione della scheda di presa in carico. È costituito da scale su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - motivazione al trattamento (riconoscimento dei problemi, bisogno di aiuto, la disponibilità al trattamento) - funzionamento psicologico (autostima, depressione, ansia, prendere decisioni) - funzionamento sociale (problemi in età evolutiva, ostilità, assunzioni di rischi, conformismo sociale) - Lo strumento consente di definire una misurazione base-line per il monitoraggio dei cambiamenti psicosociali durante il trattamento. La somministrazione richiede 15 minuti. <p>2.1.3 Scheda di valutazione durante il trattamento (Client Evaluation of Self and Treatment (CEST))</p> <p>Il questionario comprende la maggior parte delle scale completate nella scheda di presa in carico, in più ci sono delle scale che misurano il coinvolgimento al trattamento. La motivazione, il funzionamento psicologico e sociale, i self-rating, i bisogni, i servizi ricevuti, la soddisfazione relativa al trattamento, la relazione terapeutica, il coinvolgimento, il supporto amicale e familiare, rappresentano degli indicatori in grado di predire gli esiti del trattamento durante la fase del post-programma. La somministrazione richiede 25 minuti.</p> <p>2.1.4. Scheda di registrazione delle prestazioni erogate – Services Tracking Record (STR)</p> <p>Questa scheda consente agli operatori di organizzare dei report mensili sui servizi erogati all'utenza e sulle transazioni. Contiene informazioni relative alla frequenza delle sedute, ai farmaci prescritti, ai risultati delle analisi e i servizi accessori offerti.</p>



2.1.5. Scheda di dimissione – Discharge Record (DR)

QUESTA SCHEDA CONTIENE INFORMAZIONI RELATIVE AL MONITORAGGIO TEMPORALE DEL TRATTAMENTO (DATE E MOTIVI DI ABBANDONO DEL PROGRAMMA).

Parole chiave: valutazione, efficacia, risultati, modalità di trattamento

File: 2.1.1. – 2.1.2. – 2.1.3. – 2.1.4. – 2.1.5.

URL: www.ibr.tcu.edu

TCU/INTERVISTA DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Completare prima di somministrare l'intervista



A. DATI SOCIO-DEMOGRAFICI	CODICE
1. Quanti anni ha?	39-40
2. Qual è la sua data di nascita? GIORNO/MESE/ANNO	41-46
3. Qual è la sua etnia di appartenenza? <i>Etnia Afroamericana</i> <i>Etnia Indioamericana</i> <i>Etnia Asiatica</i> <i>Etnia Messicana</i> <i>Etnia Ispanica</i> <i>Razza bianca (ad eccezione di quella ispanica)</i> <i>Altre origini (specificare) _____.</i>	47
4. Di che sesso è? <i>0=Donna</i> <i>1=Uomo</i>	48
5. Dove sta vivendo attualmente o dove è vissuto per la maggior parte del tempo nell'ultimo mese? <i>Con la famiglia o altri parenti</i> <i>Con amici</i> <i>Da solo in una propria dimora</i> <i>Senza alcuna dimora(specificare)_____</i> <i>In ospedale o case di cura</i> <i>In prigione o in altre strutture restrittive</i> <i>Altro (specificare)_____</i>	49
6. Qual è il suo stato civile? <i>Celibe/nubile</i> <i>Coniugato/a</i> <i>Convivente</i> <i>Separato/a</i> <i>Divorziato/a</i> <i>Vedovo/a</i>	50
7. Quanti anni di istruzione scolastica ha portato a termine, e cioè qual è il grado d'istruzione più elevato che ha raggiunto?	* 51-52
* [Se "12"]: Ha acquisito un regolare titolo di Scuola Superiore o GED (licenza di Scuola Media Inferiore)	53
1=GED	

2=Diploma

8. Ha lavorato negli ultimi 30 giorni? * 54

1. No

2. Sì, lavori occasionali o irregolari

3. Sì, lavori ad orario ridotto (meno di 35 ore per settimana)

4. Sì, lavoro a tempo pieno (da 35 ore o più per settimana)

* SE "NO":

a. Perché è rimasto inoccupato?

55

1. Non sono riuscito a trovare un lavoro

2. Ho provato ma non sono riuscito a trovare lavoro

3. Sono incapace di lavorare a causa dei problemi determinati dall'alcol o dalla tossicodipendenza

4. Sono incapace di lavorare a causa di problemi di salute

5. C'è bisogno di me a casa

6. Altro (specificare): _____

* SE "SI"

b. Quanti giorni ha lavorato nell'ultimo mese?

56-57

9. Qual è stato il reddito ufficiale che ha conseguito l'anno scorso?

13-18

10. Che tipo di assicurazioni ha stipulato?

19

Nessuna assicurazione

Assicurazioni di tipo medico

Assicurazione "CHAMPUS"

Assicurazione privata – che copre anche l'abuso di sostanze psicoattive

Assicurazione privata – che non prevede alcuna copertura di abuso di sostanze psicoattive

Assicurazione privata – ma non si è a conoscenza se prevede la copertura di abuso di sostanze

Non ne sono al corrente

11. Quali sono le sue attuali condizioni legali?

20

Nessuna

Sono affidato ai Servizi Sociali

Mi trovo in libertà provvisoria

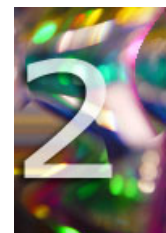
Sono affidato ai Servizi Sociali in condizioni di "messa alla prova"

Sono in attesa di giudizio

Ho una pena in sospeso

Ho un processo in corso

Altro (specificare) _____



12. Ha richiesto l'ammissione ad un programma riabilitativo poiché costretto da ...*?

0=No 1=Si

a. Autorità Mediche (medici, centri di salute)? _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21
b. Familiari o amici? _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	22
c. Datore di lavoro? _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	23
d. Autorità Legali (polizia, giudici, pubblici ufficiali)? _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	24
e. Altri (specificare): _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	25

13. Si trova ad essere ammesso a questo trattamento perché costretto da Pubbliche Autorità? 26

0=No 1=Si

14. Perché in *questo momento* è importante per Lei iniziare il trattamento o avere una consulenza? Lei si trova a chiedere aiuto perché*?

0=No 1=Si

a. Ha problemi medici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	27
b. Ha problemi con la famiglia o con il suo compagno?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	28
c. Ha problemi con amici o vicini di casa?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	29
d. Ha problemi con il lavoro o con le relazioni professionali?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	30
e. Ha problemi legali?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	31
f. Ha problemi emotivi o psicologici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	32
g. Fa uso di alcol?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	33
h. Fa uso di eroina (o altri oppiacei)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	34
i. Fa uso di cocaina o crack?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	35
j. Fa uso di altre medicine?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	36

B. FUNZIONAMENTO PSICOSOCIALE NEGLI ULTIMI SEI MESI

1. Qual è stato uno dei supporti più importanti che ha avuto negli ultimi sei mesi? 37

Il lavoro

Il matrimonio

La famiglia o amici

Il sussidio o la cassa integrazione

L'assistenza pubblica

L'attività di prostituzione

Le attività illegali

Altro _____

2. Come sono state le relazioni con la sua famiglia e con i suoi amici negli ultimi sei mesi? *Descriva quanto spesso*

0= *Mai* - 1=*Qualche volta* - 2=*Spesso*

a. Si è andati d'accordo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	38
b. Si è stati veramente bene in compagnia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	39
c. Si è bevuto insieme	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	40
d. Ci si è ubriacati insieme	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	41
e. Si è fatto uso di sostanze illegali insieme	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	42
f. Si sono fatti discorsi seri circa i propri interessi e le necessità	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	43
g. Ci si è aiutati in caso di bisogno	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	44
h. Si è sentito rifiutato in relazione alle cose che ha fatto	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	45
i. Ci sono stati momenti di disaccordo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	46
j. Ci sono stati importanti discussioni o conflitti	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	47

3. Descriva gli amici e le persone con cui di solito lei ha trascorso il suo tempo negli ultimi sei mesi. *Descriva quanto spesso* -

0= *Mai* - 1=*Qualche volta* - 2=*Spesso*

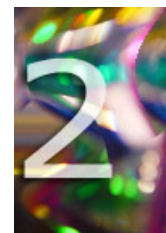
a. Hanno interesse nel lavorare?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	48
b. Hanno un lavoro regolare?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	49
c. Si sentono fiduciosi circa il futuro?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	50
d. Passano del tempo con le loro famiglie?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	51
e. Gli piace rimanere con i loro familiari?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	52
f. Rimangono coinvolti in conflitti o litigi?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	53
g. Tendono a far uso di alcolici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	54
h. Fanno uso di sostanze illegali?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	55
i. Sono coinvolti nel commercio di sostanze illegali?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	56
j. Compiono altre attività illegali?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	57
k. Sono coinvolti con criminali?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	58
l. Sono stati arrestati o hanno avuto problemi con la legge?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	59

4. Nel complesso quante volte è stato arrestato negli ultimi sei mesi? 60-62

5. Non considerando l'uso di sostanze stupefacenti, quanti giorni durante la settimana, è stato coinvolto in attività illegali? 63

6. Negli ultimi sei mesi, quanto del suo reddito è derivato da attività illegali? 64

Niente



Meno della metà

Circa la metà

Più della metà

Tutto

7. Quante volte nella sua vita Le è capitato di essere ricoverato in ospedale per una malattia seria o per un incidente? * 65-66

*SE "1" O PIÙ VOLTE:

a. Quante volte è stato ricoverato negli ultimi sei mesi? |__|__| 67-68

8. Ha spesso seri problemi di salute? 0 1 13

0=No - 1=SI*

*(SE "SI")

a. Quali sono i problemi più gravi di cui soffre? 14-19

.....|__|__| Codice 1

.....|__|__| Codice 2

.....|__|__| Codice 3

9. Non considerando gli effetti conseguenti all'utilizzo di sostanze psicoattive (alcool e droghe) con quale frequenza ha avvertito -

0= Mai - 1=Qualche volta - 2=Spesso

a. Stati gravi di depressione 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 20

b. Ansia o tensione pesante 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 21

c. Allucinazioni (ha sentito o visto cose che le altre persone ritengono immaginarie) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 22

d. Avere problemi nel capire, nel concentrarsi o nel ricordare 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 23

e. Avere problemi del gestire e controllare i comportamenti violenti 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 24

f. Avere pensieri di suicidio 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 25

9. Ha mai tentato di commettere un omicidio? 0 ☐ 1 ☐ 26

0=No - 1=SI

11. Ha mai assunto medicinali prescritti negli ultimi sei mesi? 0 ☐ 1 ☐ 27

0=No - 1=SI*

a. *[SE SI]: Quali? 28-33

.....|__|__| Codice 1

.....|__|__| Codice 2

.....|__|__| Codice 3

12. Ha assunto medicinali prescritti per problemi di natura psicologia o emotiva negli ultimi sei mesi? 0 ☐ 1 ☐ 34

0=No - 1=Sì*

a. *[SE SÌ]: Quali? 35-40

.....|_|_|_| Codice 1

.....|_|_|_| Codice 2

.....|_|_|_| Codice 3

C. L'USO DI SOSTANZE NEL PASSATO:

1. Ha mai fatto uso di alcol? (birra, vino, superalcolici)? 0 ☐ 1 ☐ 41

0=No - 1=Sì*

*SE SÌ:

a. A quale età ha assunto per la prima volta alcol? |_|_|_| 42-43

b. Quanto spesso ha bevuto sostanze alcoliche negli ultimi sei mesi? |_|_| 44

0=Mai - 1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno

2. Ha mai fatto uso di marijuana? 0 ☐ 1 ☐ 45

0=No - 1=Sì*

*SE "SÌ":

a. A quale età ha fatto uso per la prima volta di questa sostanza? |_|_|_| 46-47

b. Quanto spesso ha fatto uso di marijuana **negli ultimi sei mesi**? |_|_| 48

0=Mai - 1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno

3. Ha mai fatto uso di oppiacei (come eroina, morfina, o metadone acquistato al mercato nero)? 0 ☐ 1 ☐ 49

*SE "SÌ":

a. A che età ha utilizzato per la prima volta gli oppiacei? |_|_| 50-51

b. Quanto spesso ha fatto uso di oppiacei durante gli ultimi sei mesi? |_|_| 52

0=Mai - 1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno

4. Ha mai fatto uso di cocaina e crack? 53

0=No 1=Sì*

*SE "SÌ":

a. A che età ha utilizzato per la prima volta cocaina o crack? |_|_| 54-55

b. Quanto spesso ha fatto uso di cocaina o crack negli ultimi sei mesi? |_|_| 56

0=Mai - 1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno

5. Hai mai fatto uso di "speedballs" (eroina più cocaina)? 57

0=No 1=Sì*

*SE SÌ:

a. A che età ha utilizzato per la prima volta "speedballs"? |_|_| 58-59



b. Quanto spesso ha fatto uso di speedballs negli ultimi sei mesi? <input type="text"/>	60
<i>0=Mai -1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno</i>	
6. Negli ultimi sei mesi, si è mai iniettato droghe? <input type="text"/>	61
<i>0=No - 1=Sì*</i>	
*SE "Sì":	
a. A che età ha utilizzato per la prima volta droghe per via iniettiva? <input type="text"/>	62-63
b. Quanto spesso ha fatto uso di droghe per via iniettiva negli ultimi sei mesi? <input type="text"/>	64
<i>0=Mai -1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno</i>	
7. Ha mai fatto uso di sedativi e calmanti (come tranquillanti, barbiturici o altri sedativi)?	65
<i>0=No - 1=Sì*</i>	
*SE "Sì":	
a. A che età ha utilizzato per la prima volta sedativi e calmanti? <input type="text"/>	66-67
b. Quanto spesso ha fatto uso di tranquillanti negli ultimi sei mesi? <input type="text"/>	68
<i>0=Mai -1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno</i>	
8. Ha mai fatto uso di stimolanti/eccitanti? (come metanfetamine, anfetamine o pillole dimagranti?)	69
<i>0=No - 1=Sì*</i>	
*SE "Sì":	
a. A che età ha utilizzato per la prima volta eccitanti?	70-71
b. Quanto spesso ha fatto uso di stimolanti negli ultimi sei mesi?	72
<i>0=Mai -1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno</i>	
9. Ha mai fatto uso di allucinogeni? (come PCP, LSD, funghi magici, peyote)?	13
<i>0=No - 1=Sì*</i>	
*SE "Sì":	
a. A che età ha fatto per la prima volta uso di allucinogeni?	14-15
b. Quanto spesso ha fatto uso di allucinogeni negli ultimi sei mesi?	16
<i>0=Mai -1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno</i>	
9. Ha mai fatto uso di sostanze che vengono inalate? (come colla, bombolette spray, toluolo, liquidi vari ecc.)	17
<i>0=NO - 1=Sì*</i>	
*SE "Sì":	
a. A quale età ha fatto uso per la prima volta di sostanze inalanti?	18-19
b. Quanto spesso ne ha fatto uso negli ultimi sei mesi? <input type="text"/>	20
<i>0=Mai -1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno</i>	
11. Quanto spesso, negli ultimi sei mesi, ha fatto uso di siringhe o aghi già usati da qualcun altro o che non erano sterilizzati? <input type="text"/>	21
<i>0=Mai -1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno</i>	
12. Quanto spesso negli ultimi sei mesi ha condiviso con altre persone attrezzature domestiche,	22

vestiario? Ha mai utilizzato per lavare e lavarsi anche acqua già utilizzata da altri? ☐

0=Mai - 1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno

13. Nel complesso, con quante persone ha condiviso gli aspetti più intimi della sua vita? Cioè quante persone hanno fatto uso di siringhe, aghi, attrezzature domestiche, vestiario o acqua prima di lei? ☐ 23-25

14. Durante gli ultimi sei mesi, quanto spesso ha avuto rapporti sessuali **senza utilizzare profilattici**? ☐

0=Mai - 1=Poche volte - 2=Ogni mese - 3=Ogni settimana - 4=Ogni giorno

a. Con qualcuno che non era né il suo coniuge né il suo convivente? ☐ 26

b. Con qualcuno che fa uso di droghe per via inettiva? ☐ 27

c. Fa uso di rapporti sessuali per avere soldi, droghe o regali? ☐ 28

D. L'USO DI DROGHE DURANTE LO SCORSO ANNO

Le domande che seguono, si riferiscono all'uso di droghe, alcool, cocaina, marijuana e oppiacei durante lo scorso anno, e cioè il periodo degli *ultimi dodici mesi*. Le informazioni ottenute sono fondamentali per documentare la gravità del suo problema con la tossicodipendenza.

1. Ha mai fatto uso di un qualsiasi tipo di alcolici durante l'anno scorso? (birra, vino, superalcolici, miscugli alcolici) 0 ☐ 1 ☐ 29

0=No* - 1=Si

*SE "NO", Proseguire alla domanda 24

Durante l'anno scorso, quanto spesso - ☐

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte

2. Ha continuato a bere sebbene fosse consapevole che questo comportamento creasse problemi con la sua famiglia e con i suoi amici? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 30

3. Era solito comportarsi in modo rischioso quando si trovava sotto l'effetto dell'alcool? Per esempio, guidava un'auto, lavorava con macchinari, adottava comportamenti a rischio? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 31

4. È mai stato arrestato per aver esagerato con il bere? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 32

5. Si ubriacava quando invece avrebbe dovuto lavorare, andare a scuola o prendersi cura della sua casa e della sua famiglia? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 33

6. Ha ritenuto che il solito numero di drink che assumeva avesse poco effetto su di lei o si trovava a bere di più per ottenere l'effetto desiderato? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 34

7. Ha trascurato il lavoro o gli impegni scolastici, o non si è preso cura della sua famiglia o di altre occupazioni a causa delle conseguenze del bere? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 35

8. Ha continuato a bere sebbene avesse deciso di non farlo? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 36

9. Ha bevuto di più o ha bevuto per un periodo molto più lungo di tempo rispetto a quello che aveva previsto? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 37

10. Ha provato a smettere di bere, ma si è trovato nell'impossibilità di farlo? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 38

Durante lo scorso anno, quanto spesso ha

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte



11. Ha trascorso molto tempo a bere o stare male per il troppo bere, che ha avuto poco tempo per cose importanti come il lavoro, la scuola, la famiglia o gli amici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	39
12. Ha trascurato o addirittura abbandonato cose per lei importanti come il lavoro, la scuola, gli interessi o la sua famiglia allo scopo di bere?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	40
13. Ha continuato a bere anche se era consapevole che questo comportamento l'avrebbe fatto sentire depresso, apatico, sospettoso o autodistruttivo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	41
14. Ha continuato a bere sebbene fosse consapevole di causare a se stesso un problema di salute o di peggiorare la sua salute?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	42
Durante lo scorso anno quando gli effetti dell'alcool scomparivano, quanto spesso -					
15. Ha avuto problemi a prendere sonno o ha sofferto di insonnia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	43
16. Ha mai tremato?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	44
17. Si è sentito depresso, irritabile o nervoso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	45
18. Ha avuto problemi allo stomaco, ha dato di stomaco?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	46
19. Ha sofferto di mal di testa molto pesanti?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	47
20. Si sentiva sudare, le sembrava che il cuore battesse più forte del normale?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	48
21. Ha visto, ha sentito, o udito cose che non erano reali?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	49
22. Ha avuto attacchi o crisi?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	50
23. Ha fatto uso di drink per superare un mal di testa o per sentirsi meglio?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	51
24. Ha fatto uso di un qualsiasi tipo di cocaina durante tutti gli ultimi dodici mesi? (sniffare cocaina, fumare o iniettarsi crack o "speedballs")?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>			52

0=No* - 1=Si

*SE "NO", Proseguire alla domanda 44

Durante lo scorso anno, quanto spesso

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte

25. Ha continuato a far uso di cocaina sebbene fosse consapevole di causare problemi a lei, alla sua famiglia e ai suoi amici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	53
26. Ha fatto qualcosa di pericoloso o un qualcosa che ha aumentato la possibilità di farsi male mentre era sotto l'effetto della cocaina? Per esempio guidare un'auto, fare uso di macchinari, assumendosi dei rischi inutili?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	54
27. È stato arrestato a causa del consumo di cocaina?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	55
28. Ha assunto cocaina quando invece avrebbe dovuto occuparsi di qualcosa altro di importante, come andare al lavoro, a scuola o prendersi cura della sua famiglia e della sua casa?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	56
29. Ha ritenuto che la solita dose di cocaina che assumeva avesse poco effetto su di lei o si trovava a consumarne di più per ottenere l'effetto desiderato?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	57
30. Ha fatto uso di cocaina o di altre sostanze per superare i momenti in cui gli effetti delle sostanze cominciavano a diminuire?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	58
31. Ha fatto uso di cocaina, sebbene avesse deciso di non farne uso o ha promesso a se stesso che non ne avrebbe fatto più uso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	59
32. Ha fatto uso di cocaina per un periodo più lungo rispetto a quello che aveva pianificato?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	60

33. Ha provato a smettere, ma si è trovato nell'impossibilità di farlo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	61
34. Ha trascorso così tanto tempo consumando cocaina o smaltendone gli effetti che le è rimasto poco tempo per cose importanti come il lavoro, gli impegni scolastici, la famiglia o gli amici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	62
35. Ha trascurato o addirittura abbandonato cose per lei importanti come il lavoro, la scuola, gli interessi o la sua famiglia allo scopo di consumare cocaina?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	63

Durante lo scorso anno, quanto spesso -

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte

36. Ha continuato a far uso di cocaina sebbene fosse consapevole che questo la faceva sentire depresso, non interessato alla vita, paranoico o aggressivo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	13
37. Ha continuato a far uso di cocaina sebbene fosse consapevole che il consumo le causasse un problema di salute o peggiorasse il suo stato di salute?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	14

Durante lo scorso anno quando gli effetti della cocaina scomparivano, quanto spesso si è sentito -

0=No* - 1=Si

38. Molto depresso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	15
---------------------	----------------------------	----------------------------	----

Se "NO", proseguire alla domanda 44

SE "SI", SI È MAI SENTITO?

39. Estremamente depresso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	16
40. Ha avuto sogni particolarmente vividi o sgradevoli?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	17
41. Dorme più del solito, ha problemi nell'addormentarsi o rimane sveglio?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	18
42. L'appetito Le è aumentato enormemente?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	19
43. Si sente agitato o estremamente ansioso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	20
44. Durante gli ultimi dodici mesi ha mai fatto uso di un qualsiasi tipo di marijuana?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21

*Se "NO", proseguire alla domanda 58

Durante lo scorso anno, quanto spesso -

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte

45. Ha continuato a far uso di marijuana, sebbene fosse consapevole che questo comportamento creasse problemi a lei e alla sua famiglia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	22
46. Ha fatto qualcosa di pericoloso o un qualcosa che ha aumentato la possibilità di farsi male mentre era sotto l'effetto della marijuana? Per esempio guidare un'auto, fare uso di macchinari o assumendosi dei rischi inutili?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	23
47. È stato mai arrestato a causa del consumo di marijuana?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	24
48. Ha assunto marijuana quando invece avrebbe dovuto occuparsi di qualcosa altro di importante, come andare al lavoro, a scuola o prendersi cura della sua famiglia e della sua casa?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	25
49. Ha ritenuto che la quantità abituale di marijuana avesse meno effetto su di lei e che doveva fare uso di una maggiore quantità per superare gli effetti indesiderati?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	26



50. Ha trascurato il lavoro o la scuola, non si è preso cura della sua famiglia o ha trascurato i suoi impegni a causa del consumo di marijuana?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	27
51. Ha fatto uso di marijuana, sebbene avesse deciso di non farne uso o ha promesso a se stesso che non ne avrebbe fatto più uso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	28
52. Ha fatto uso di marijuana per un periodo più lungo rispetto a quello che aveva pianificato?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	29
53. Ha provato a smettere di usare marijuana ma si è trovato nell'impossibilità di farlo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	30
54. Ha trascorso così tanto tempo usando marijuana o smaltendone gli effetti che le è rimasto poco tempo per cose importanti come il lavoro, gli impegni scolastici, la famiglia o gli amici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	31
55. Ha trascurato o addirittura abbandonato cose per lei importanti come il lavoro, la scuola, gli interessi o la sua famiglia allo scopo di consumare marijuana?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	32
56. Ha continuato a far uso di marijuana, sebbene fosse consapevole che il consumo la facesse sentire depresso, ansioso o nervoso, paranoico, autodistruttivo e aggressivo, o faccia più fatica a concentrarsi e ricordarsi cose?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	33
57. Ha continuato a far uso di marijuana sebbene fosse consapevole che questo comportamento le causasse problemi di salute o peggiorasse il suo stato di salute?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	34
58. Ha mai fatto uso di un qualsiasi tipo di oppiacei durante gli ultimi dodici mesi? (come eroina, morfina, o metadone illegale)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	35

0=No* - 1=Si

*Se "NO", l'intervista si interrompe qui

Durante lo scorso anno, quanto spesso -

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte

59. Ha continuato a far uso di oppiacei sebbene fosse consapevole di causare problemi a lei, alla sua famiglia e ai suoi amici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	36
60. Ha fatto qualcosa di pericoloso o un qualcosa che ha aumentato la possibilità di farsi male mentre era sotto l'effetto degli oppiacei? Per esempio guidare un'auto, fare uso di macchinari o assumendosi dei rischi inutili?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	37
61. È stato arrestato a causa del consumo di oppiacei?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	38
62. Ha assunto oppiacei quando invece avrebbe dovuto occuparsi di qualcosa altro di importante, come andare al lavoro, a scuola o prendersi cura della sua famiglia e della sua casa?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	39
63. Ha ritenuto che la quantità abituale di oppiacei avesse meno effetto su di lei e si è trovato costretto a fare uso di una maggiore quantità per superare gli effetti indesiderati?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	40
64. Ha fatto uso di oppiacei o altre droghe per superare lo stato in cui si è sentito quando gli effetti degli oppiacei diminuivano?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	41
65. Ha fatto uso di oppiacei, sebbene avesse deciso di non farne uso o ha promesso a se stesso che non ne avrebbe fatto più uso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	42
66. Ha fatto uso di oppiacei per un periodo più lungo rispetto a quello che aveva pianificato?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	43
67. Ha provato a smettere di usare oppiacei ma si è trovato nell'impossibilità di farlo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	44
68. Ha trascorso così tanto tempo usando oppiacei e smaltendone gli effetti che le è rimasto poco tempo per cose importanti come il lavoro, gli impegni scolastici, la famiglia o gli amici?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	45

Durante lo scorso anno, quanto spesso -

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte

69. Ha trascurato o addirittura abbandonato cose per lei importanti come il lavoro, la scuola, gli interessi o la sua famiglia allo scopo di consumare oppiacei?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	46
70. Ha continuato a far uso di oppiacei, sebbene fosse consapevole che il consumo la facesse sentire depresso, ansioso o nervoso, paranoico, autodistruttivo e aggressivo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	47
71. Ha continuato a far uso di oppiacei sebbene fosse consapevole che questo comportamento le causasse problemi di salute o peggiorasse il suo stato di salute?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	48

Durante lo scorso anno, quanto spesso -

0= Mai - 1= Una sola volta - 2= Due Volte - 3= Tre o più volte

72. Ha avuto problemi a prendere sonno o ha sofferto di insonnia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	49
73. Si è trovato con occhi rossi e lacrimevoli?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	50
74. Si è sentito depresso, irritabile o nervoso?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	51
75. Ha avuto male allo stomaco, ha dato di stomaco?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	52
76. Ha sofferto di dolore ai muscoli?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	53
77. Si sentiva sudare o si sentiva come se il Suo cuore stesse battendo più forte del normale?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	54
78. Sentiva un gran calore nel corpo, come quando si ha la febbre?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	55
79. Ha avuto diarrea?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	56
80. Si trova spesso a sbadigliare?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	57

FINE INTERVISTA



TCU/ SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE (CESI)

Completare prima di somministrare l'intervista

ISTRUZIONI GENERALI

Si prega di leggere quanto di seguito riportato. È necessario indicare il grado di accordo o altrimenti disaccordo con le affermazioni contenute nel questionario proposto. Se si è fortemente in disaccordo con l'affermazione, segnare con una crocetta il numero 1. Se si è solamente in disaccordo mettere una crocetta sul numero 2. Se si è indecisi segnare il numero 3. Se si è d'accordo segnare il numero 4, e se si è pienamente d'accordo segnare il numero 5.

Si prega di completare ogni affermazione. Una volta completato il questionario, lo si deve consegnare al proprio consulente.

Data odierna: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Di che sesso è:

☐ Uomo☐ Donna

Anno di nascita: : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Etnia di appartenenza: (SEGNARE SOLO UN ITEM)

☐ Etnia Afroamericana/nera☐ Etnia Indioamericana - Alaska☐ Etnia Asiatica - Isole del Pacifico☐ Etnia Ispanica/Latina☐ Razza bianca (ad eccezione di quella ispanica)☐ Altre origini (specificare)

Per quanto tempo è rimasto nel programma riabilitativo fornito da questo Ente?

(SEGNARE SOLO UN ITEM)

☐ Sto espletando la richiesta oggi☐ Sono stato ammesso oggi☐ Sono stato ammesso 1-6 giorni fa☐ Sono stato ammesso da una settimana o più

Si prega di rispondere ad ogni affermazione del questionario, segnando con una crocetta quanto è in accordo o in disaccordo. Segnare solo un'opzione.

1= Fortemente in disaccordo

2= In disaccordo

3=Indeciso

4= D'accordo

5= Molto d'accordo



1. Il consumo di droga è un problema per lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Ha bisogno di aiuto nel gestire il consumo di droghe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. I valori religiosi sono molto importanti nella sua vita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Esercita poco controllo nelle cose che le capitano	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Sta valutando di rimanere in trattamento per un certo periodo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Attua comportamenti che ritiene sicuri	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. I suoi familiari desiderano che lei entri in trattamento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Ha abbandonato la scuola	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Si è tenuto in contatto con gli stessi amici per lungo tempo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Questo programma riabilitativo potrebbe essere l'ultima possibilità di risolvere i suoi problemi con la tossicodipendenza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Questo genere di trattamento non le sarà molto utile	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Il suo problema con le droghe è più complesso di quanto pensasse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Ha problemi nel dormire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Ha molti motivi per essere orgoglioso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Le persone sono importanti per lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Quello che succederà nel prossimo futuro dipenderà soprattutto da lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. È coinvolto in questioni legali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. Lei ha portato con sé armi (coltelli o pistole)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Si è appropriato di cose che non le appartenevano quando era giovane	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. È necessario che trovi aiuto per risolvere i problemi con la tossicodipendenza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21. C'è poco che lei possa fare per cambiare molte delle cose importanti nella sua vita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22. Ha problemi con le regole e con la legge	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23. Il consumo di droghe le causa problemi con la legge	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24. Si sente molto arrabbiato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25. Ha avuto buone relazioni con i genitori	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
26. Rinuncerà ai suoi amici e risolverà i problemi con le droghe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27. Prendersi cura della sua famiglia è molto importante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28. Ha un temperamento focoso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
29. Il consumo di droghe le causa problemi nella concentrazione e nello svolgere il suo lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
30. Avverte molta pressione nel compiere il trattamento riabilitativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
31. Non c'è proprio alcuna soluzione per superare i suoi problemi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
32. Le piace che gli altri abbiano paura di lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
33. Considera le conseguenze dei suoi comportamenti sulle altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
34. Corre il rischio di essere mandato in prigione se non rimane in trattamento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
35. Si sente maltrattato dalle altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

36. Ha progetti per il futuro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
37. Questo programma riabilitativo potrà veramente aiutarla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
38. In questo momento desidera essere in trattamento riabilitativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
39. È interessato alla vita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
40. Ha avuto sentimenti di rabbia e frustrazione nel corso dell'infanzia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
41. Si sente un fallito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
42. Ha problemi nel concentrarsi o nel ricordare cose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
43. Evita qualsiasi cosa possa essere pericolosa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
44. L'uso di droghe sta causando problemi alla sua famiglia e amici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
45. La sua vita è fuori dal suo controllo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
46. Ha paura di determinate cose, come prendere l'ascensore, uscire da solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
47. Si sente ansioso, nervoso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
48. Vorrebbe avere maggior rispetto per se stesso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
49. L'uso di droghe le sta causando problemi nel trovare lavoro o mantenerlo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
50. È veramente attento e cauto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
51. Si sente triste e depresso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
52. Pensa alle possibili conseguenze delle sue azioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
53. Si sente molto stanco o giù di corda	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
54. È stato coinvolto in conflitti e lotte nel corso dell'infanzia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
55. Ha problemi nello stare seduto per lungo tempo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
56. Pensa spesso alle cause dei suoi problemi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
57. Ha molte responsabilità nell'essere ora in trattamento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
58. Il consumo di droga sta causando problemi alla sua salute	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
59. È stanco a causa dei problemi determinati dal consumo di sostanze	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
60. Pensa a differenti soluzioni per superare un problema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
61. Di base non si sente bene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
62. È in trattamento perché altre persone lo hanno obbligato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
63. Lei si preoccupa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
64. Quando era adolescente ha avuto problemi con le autorità scolastiche o con la polizia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
65. Fa uscire di testa facilmente le altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
66. Ha serie difficoltà nell'assumersi decisioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
67. Ha seri problemi droga-correlati	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
68. Le piace fare cose strane o eccitanti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
69. Ha pensieri omicida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
70. Attua buone decisioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
71. In generale, è soddisfatto di se stesso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
72. Ritiene che l'onestà sia un valore da mettere sempre in pratica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
73. Lei necessita di litigare o far mal alle altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
74. Assume decisioni senza pensare alle possibili conseguenze	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



75. Si sente in tensione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
76. Desidera avere opportunità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
77. Nel corso della crescita ha sempre nutrito sentimenti di autostima e sicurezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
78. Potrebbe fare qualsiasi cosa le venisse in mente di fare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
79. Ritiene di non essere importante per gli altri	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
80. Il consumo di droghe sta peggiorando la sua vita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
81. Apprezza la vita veloce e dinamica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
82. Lavora duro per mantenere un lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
83. Sente tensione nei suoi muscoli	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
84. Desidera che la sua vita possa sistemarsi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
85. Qualche volta sente di essere in balia degli eventi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
86. Le piacciono gli amici un po' "fuori di testa"	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
87. Spesso si sente infelice nell'affrontare i problemi quotidiani	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
88. È stato abusato fisicamente e psicologicamente quando era giovane	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
89. Si sente solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
90. Ha problemi legali che le impongono di partecipare ad un programma riabilitativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
91. Questo programma sembra essere eccessivo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
92. Analizza i problemi da molte prospettive	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
93. Il problema con la droga le sta causando la morte se non fa qualcosa subito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
94. Dipende più dalle cose materiali che dalle persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
95. Il suo temperamento la porta ad essere coinvolto in risse o altri problemi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

TCU/SCHEDA DI VALUTAZIONE DURANTE IL TRATTAMENTO (CEST)**ISTRUZIONI GENERALI**

Si prega di leggere quanto di seguito riportato. È necessario indicare il grado di accordo o disaccordo con le affermazioni contenute nel questionario proposto. Se si è fortemente in disaccordo con l'affermazione, segnare con una crocetta il numero 1. Se si è indecisi segnare il numero 3. Se si è pienamente d'accordo segnare il numero 5.

Data odierna: __/__/__

Di che sesso è:

☐ Uomo

☐ Donna

Anno di nascita: : __/__/__

Etnia di appartenenza: (SEGNARE SOLO UN ITEM)

☐ Etnia Afroamericana/nera

☐ Etnia Indioamericana - Alaska

☐ Etnia Asiatica - Isole del Pacifico

☐ Etnia Ispanica/Latina

☐ Razza bianca (ad eccezione di quella ispanica)

☐ Altre origini (specificare)

Per quanto tempo è rimasto nel programma riabilitativo fornito da questo Ente?

(SEGNARE SOLO UN ITEM)

☐ Meno di trenta giorni

☐ Da uno a tre mesi

☐ Più di tre mesi ma meno di un anno

☐ Sono stato ammesso da una settimana o più

Si prega di rispondere ad ogni affermazione del questionario, segnando con una crocetta quanto è in accordo o in disaccordo. Segnare solo un'opzione.

1= Fortemente in disaccordo

2= In disaccordo

3=Indeciso

4= D'accordo

5= Molto d'accordo



1.	Vicino a lei ci sono persone che la motivano e la incoraggiano	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Ha fiducia nel suo consulente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Ha bisogno di aiuto nell'affrontare il problema con la droga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	I suoi valori religiosi sono molto importanti nella sua vita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Ha poco controllo sulle cose che le succedono	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Sta progettando di rimanere in questo programma per un certo periodo di tempo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Gli orari delle sedute sono convenienti per lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	È semplice seguire e comprendere quello che il suo consulente cerca di dirle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Fa cose che non implicano rischi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10.	I suoi familiari vogliono che lei rimanga in questo programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.	Questo programma le impone che lei apprenda il senso di responsabilità e auto-disciplina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12.	Lei conserva le stesse amicizie per lungo tempo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13.	Questo programma potrebbe essere l'ultima chance per risolvere i suoi problemi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14.	Questo programma non le sarà di molto aiuto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15.	È semplice parlare con il suo consulente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16.	Ha problemi nel dormire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17.	Ha molte cose di cui essere orgoglioso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18.	Ha familiari che la aiutano a rimanere lontano dalle droghe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19.	È disponibile a parlare dei suoi sentimenti durante le sedute	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20.	Questo programma è ben organizzato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21.	È motivato e supportato dal suo consulente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22.	Sente che le persone sono importanti per lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23.	Quello che accadrà in futuro dipenderà soprattutto da lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24.	Ha bisogno di più aiuto per risolvere i suoi problemi emotivi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25.	È coinvolto in questioni legali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
26.	Ha fatto progressi nel percorso riabilitativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27.	Ha buoni amici che non fanno uso di droghe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28.	Ha tenuto con sé armi (pistole, coltelli)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
29.	Ha vicino a sé persone di fiducia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
30.	È soddisfatto di questo programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
31.	Ha imparato ad analizzare i problemi e pianificare le soluzioni possibili	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
32.	È urgente che lei trovi aiuto immediatamente per risolvere i suoi problemi con la tossicodipendenza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
33.	C'è poco che possa fare per risolvere i molti problemi che ha	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
34.	Ha problemi nel rispettare le regole e le leggi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
35.	Ha fatto progressi nel percorso riabilitativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
36.	Ha molta rabbia dentro di sé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
37.	Frequenta sempre le sedute programmate per lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

38. Il suo consulente riconosce i progressi che sta facendo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
39. È disposto a rinunciare agli amici e ai posti che frequentava per risolvere i suoi problemi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
40. Prendersi cura della famiglia è un valore molto importante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
41. Ha un temperamento focoso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
42. Il suo consulente è ben organizzato e preparato in ogni seduta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
43. Il suo consulente è sensibile ai suoi problemi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
44. Si sente pressato da altre persone nel compiere un percorso riabilitativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
45. Non c'è alcuna soluzione per i suoi problemi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
46. Le piace che gli altri abbiano paura di lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
47. Ha bisogno di un maggior numero di sedute individuali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
48. Considera le conseguenze delle sue azioni nelle altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
49. Potrebbe essere mandato in prigione se non fosse in questo programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
50. Il suo consulente la fa sentire a disagio o in imbarazzo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
51. Si sente maltrattato dalle altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
52. Il suo consulente vede i suoi problemi e la situazione in cui si trova in modo realistico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
53. Fa progetti per il futuro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
54. Questo programma di trattamento la potrà veramente aiutare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
55. Ha bisogno di un numero maggiore di corsi formativi e di inserimento al lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
56. In questo momento desidera essere in un programma riabilitativo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
57. Si sente interessato alla vita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
58. Gli altri clienti si preoccupano per lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
59. Sente di essere un fallito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
60. Ha problemi di concentrarsi o ricordare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
61. Evita di fare cose rischiose	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
62. Ha smesso o sta smettendo di fare uso di sostanze da quando ha iniziato il programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
63. Il suo consulente la aiuta nello sviluppare fiducia in se stesso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
64. Ha vicino a lei persone che la capiscono	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
65. La sua vita è al di fuori del suo controllo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
66. Partecipa attivamente alle sedute	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
67. Ha fatto progressi nel comprendere i suoi sentimenti e i suoi comportamenti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
68. Ha bisogno di un numero maggiore di sedute di gruppo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
69. Ha paura di certe cose, come gli ascensori, uscire da solo, trovarsi in mezzo alla confusione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
70. Si sente ansioso o nervoso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
71. Vorrebbe avere più rispetto per se stesso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
72. Gli altri clienti le sono d'aiuto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



73. È molto attento e cauto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
74. Si sente triste o depresso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
75. Pensa ai possibili risultati delle sue azioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
76. Si sente molto stanco o giù di corda	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
77. Ha migliorato le relazioni con le altre persone grazie a questo programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
78. Ha problemi nello stare seduto a lungo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
79. Pensa alle possibili cause dei suoi problemi attuali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
80. Lo staff qui è efficiente e fa il proprio lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
81. È simile agli altri clienti di questo programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
82. Ha molte responsabilità per far parte oggi di un programma di trattamento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
83. Ha fatto progressi con le questioni psicologiche ed emotive	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
84. Il suo consulente rispetta lei e le sue opinioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
85. Lavora in situazioni dove la droga è un fatto comune	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
86. È stanco dei problemi causati dalla droga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
87. Pensa alle diverse soluzioni per affrontare con successo un problema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
88. Di base non si sente bene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
89. Si trova in questo programma a causa di altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
90. Si preoccupa molto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
91. Vicino a sé ci sono persone che si aspettano che attui cambiamenti positivi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
92. Facilmente fa uscire di testa le altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
93. Ha problemi nel prendere decisioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
94. Ha seri problemi di salute droga correlati	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
95. Vicino a sé ha persone che la aiutano a sviluppare fiducia e rispetto di sé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
96. Le piace fare cose strane ed eccitanti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
97. Ha pensieri di suicidio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
98. Attua buone decisioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
99. Ha sviluppato delle buone relazioni da quando è in questo programma di trattamento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
100. In generale, è soddisfatto di se stesso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
101. Sente che l'onestà è un valore da perseguire sempre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
102. Si sente spinto a litigare o ferire le altre persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
103. Attua decisioni senza pensare alle conseguenze	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
104. Il feed-back che dà durante le sedute è sincero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
105. Si sente teso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
106. Le piace avere opportunità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
107. Vicino a sé ha persone che la rispettano e che rispettano gli sforzi che sta facendo in questo programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
108. Potrebbe fare tutto quello che le passa per la mente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
109. Si sente importante per gli altri	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
110. Lei rischia di essere condizionato da ciò che pensa il suo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

consulente					
111. Le piace una vita veloce	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
112. Lavora duramente per mantenersi un lavoro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
113. C'è un senso di appartenenza in questo programma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
114. Sente tensione nei suoi muscoli	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
115. Ritiene che ci siano troppe sedute di counseling	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
116. Vuole che la sua vita assuma una piega diversa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
117. Qualche volta sente di girare a vuoto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
118. Ha bisogno di un numero maggiore di prestazioni mediche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
119. Le piacciono amicizie poco convenzionali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
120. Si sente spesso impreparato o inadeguato nell'affrontare i problemi quotidiani della vita	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
121. Parecchie persone vicino a lei hanno problemi seri con la droga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
122. Questo programma è conveniente per lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
123. Si sente solo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
124. Ha problemi legali che le impongono di essere in trattamento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
125. Questo programma di trattamento pretende troppo da lei	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
126. Analizza i problemi valutando tutte le possibili opzioni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
127. Ha fiducia nel suo consulente e segue ciò che dice	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
128. Il suo progetto di trattamento ha obiettivi realistici	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
129. Dipende più dalle cose che dalle persone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
130. Il suo temperamento la porta a scontri e litigi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Nelle ultime quattro settimane, quante sedute ha frequentato?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
131. Sedute individuali	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> Più di 10					
132. Sedute di gruppo					
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> Più di 10					
133. Sedute di terapia o supporto familiare					
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> Più di 10					



Nelle ultime quattro settimane ha avuto bisogno e ha ricevuto uno dei servizi forniti da questo programma o da un qualsiasi altro programma?

0=No - 1=Si

	BISOGNI		RICEVUTI		ANCORA DA RICEVERE	
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
134. Servizi medici						

TCU/SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Questa scheda deve essere completata ogni mese dallo staff.

CODICE PROGRAMMA: _____
CODICE CLIENTE: _ _ _ _ _ _ _ _ _
DATA ODIERNA: _ _ _ _ _ _ _ _ _
SSN: _____
CODICE CONSULENTE: _ _ _ _ _ _ _ _ _
DATA DI AMMISSIONE: _ _ _ _ _ _ _ _ _
PERIODO MENSILE REGISTRATO DA QUESTO REPORT: DA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ A: _ _ _ _ _ _ _ _ _

A. NUMERO DI CONSULENZE (del mese)

Sedute individuali frequentate

Sedute di gruppo frequentate

Sedute di terapia familiare

Sedute con i Servizi che hanno segnalato l'utente

B. MEDICINALI PRESCRITTI (del mese)

Antabuse

0=No - 1=Si*

Metadone

0=No - 1=Si*

LAAM

0=No - 1=Si*

Buprenorfina

0=No - 1=Si*

Altri (specificare) _____

0=No - 1=Si*

* SE SI:

Lo scorso mese i medicinali sono stati rifiutati per scopi amministrativi o per intossicazione del paziente?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
I medicinali del giorno sono stati somministrati?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Il più alto livello di dosaggio (milligrammi)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Sono state somministrate dosi giornaliere in affido?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
L'affidamento dei farmaci ha avuto inizio questo mese?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>



C. ANALISI DELLE URINE

Quanti campioni di urina sono state raccolti questo mese? *

* SE SONO STATI RACCOLTI CAMPIONI

Quanti di questi sono stati analizzati per rilevare la presenza di droghe illegali? *

In quanti di questi campioni le urine sono state riscontrate positive per la presenza di una o più droghe? *

Sostanze riscontrate:

0=No - 1=Si*

Anfetamine	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Cocaina (Crack)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Marijuana	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Oppiacei	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Sostanze psichedeliche	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Sedativi/Barbiturici	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Altre _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

D. SERVIZI ACCESSORI (del mese)

(Inclusi quelli ricevuti direttamente dall'Ente che attua il programma riabilitativo o dai Servizi che hanno segnalato il caso)

0=No - 1=Si

Prestazioni e test medici	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Prestazioni e test psicologici e psichiatrici	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Training per la motivazione al lavoro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Prestazioni di tipo educativo - pedagogico	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Assistenza legale	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Servizi assistenziali	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Cibo/vestiario/abitazione	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Mediazione di conflitti	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Interventi per violenze carnali e traumi	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Supporti familiari	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Riunioni presso gli Alcolisti Anonimi	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Riunioni presso i Cocainomani Anonimi	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Servizi per l'età evolutiva	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Incontri con i Servizi Giudiziari	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Incontri con i Giudici	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

TCU/SCHEDA DI DIMISSIONE

SEDE:	_____
CODICE CLIENTE:	_ _ _ _ _ _ _
DATA DI OGGI:	_ _ _ _ _ _ _
CODICE CONSULENTE:	_ _ _ _ _ _ _
DATA DI AMMISSIONE:	_ _ _ _ _ _ _

A. CAUSE DI DIMISSIONE

1. il trattamento si è concluso con successo (secondo il giudizio dell'operatore, l'utente non ha più bisogno di trattamento riabilitativo)

2. trasferimento ad un'altra fase del programma di riabilitazione

3. trasferimento ad un altro programma di trattamento su richiesta dell'utente

4. trasferimento ad un'altra agenzia per prestazioni specialistiche

5. decesso:

(cause)

(fonti di informazione)

6. ricovero

7. incarcerazione a causa di revoca del reato

8. incarcerazione per reato precedente al trattamento

9. incarcerazione per reato commesso durante il trattamento

10. dimissione a causa della mancata collaborazione dell'utente e non rispetto delle regole del programma

11. abbandono (motivi) _____

12. altro (specificare) _____

B. DATA DELL'ULTIMA SEDUTA FREQUENTATA PRIMA DELLA DIMISSIONE:

C. DATA DELL'ULTIMA PRESTAZIONE MEDICA:

Che è _____ somministrazione di:

☐ metadone

☐ antabuse

☐ altro (specificare) _____

D. DATA UFFICIALE DI DIMISSIONE:



2.2 ABSTRACT

Titolo:	L'insieme degli strumenti di rilevazione della Texas Christian University: screening for treatment <i>TCU Drug Screen</i>
Autore:	Institute of Behaviour Research - TCU
Città:	Forth Worth, TX (USA)
Data:	ottobre 1995
Abstract:	È uno strumento compilato dall'utente e serve per identificare in modo veloce ed efficace le persone che hanno problemi di serio abuso di sostanze (i criteri seguiti sono quelli previsti dal DSM IV) ed è utile nel definire le diverse opzioni di trattamento. Viene utilizzato soprattutto negli istituti penitenziari per valutare se il trattamento riabilitativo può costituire una valida alternativa all'incarcerazione.
Parole chiave:	valutazione, efficacia, risultati, modalità di trattamento
File:	22
URL:	www.ibr.tcu.edu



TCU/DRUG SCREEN II

ISTRUZIONI GENERALI

Le domande seguenti si riferiscono all'utilizzo di droghe (compreso l'alcol) negli ultimi 12 mesi. Si prega di rispondere segnando gli item prescelti con una croce. Se qualche domanda la dovesse mettere a disagio, può passare alla domanda successiva.

Se si trova in stato di detenzione, le domande si riferiscono ai dodici mesi immediatamente prima del suo arresto; il periodo cioè in cui lei era in libertà.

Naturalmente anche l'alcol è una droga. Le risposte rispetto all'uso di droghe includono anche il consumo di alcol.

Durante gli ultimi dodici mesi (prima dell'arresto se è il caso)-

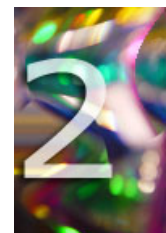
0=No - 1=Si

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ha fatto uso di grandi quantità di droghe o le ha utilizzate per un tempo più lungo di quello che aveva in mente? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha cercato di interrompere l'uso di droghe ma non le è stato possibile? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha speso molto del suo tempo nel cercare droghe, usarle e smaltirne gli effetti? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 4. È stato male a causa del consumo di sostanze - | | |
| a. Non è riuscito a lavorare, andare a scuola, accudire i figli? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Ha causato incidenti o ha messo in pericolo altre persone? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5. A causa del consumo di droghe ha trascorso meno tempo al lavoro, a scuola, con la sua famiglia? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 6. A causa del consumo di droghe: | | |
| a. Ha problemi di ordine psicologico ed emotivo? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Ha problemi con famiglia, amici, lavoro e polizia? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Ha problemi di salute fisica e problemi medici? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha aumentato le dosi che di solito assumeva per ottenere gli stessi effetti? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha mai fatto uso di droghe per evitare gli effetti negativi dell'abuso o per evitare di stare male? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 9. È stato male o ha avuto crisi di astinenza quando ha evitato l'uso di droghe? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 10. Quale sostanza le ha causato i problemi maggiori? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

a. Prima in ordine di gravità

- ☐ Nessuna
- ☐ Alcol
- ☐ Sostanze inalanti
- ☐ Marijuana
- ☐ Cocaina o crack
- ☐ Altri stimolanti
- ☐ Tranquillanti o sedativi
- ☐ Allucinogeni
- ☐ Oppiacei

b. Seconda in ordine di gravità



- ☐ Nessuna
- ☐ Alcol
- ☐ Sostanze inalanti
- ☐ Marijuana
- ☐ Cocaina o crack
- ☐ Altri stimolanti
- ☐ Tranquillanti o sedativi
- ☐ Allucinogeni

c. Terza in ordine di gravità

- ☐ Nessuna
- ☐ Alcol
- ☐ Sostanze inalanti
- ☐ Marijuana
- ☐ Cocaina o crack
- ☐ Altri stimolanti
- ☐ Tranquillanti o sedativi
- ☐ Allucinogeni

USO DI DROGHE NEGLI ULTIMI DODICI MESI

11. Quanto spesso ha fatto uso delle sostanze di seguito riportate durante gli ultimi dodici mesi?

1=*mai*

2=*solo poche volte*

3=*1-3 volte al mese*

4=*1-5 volte a settimana*

5=*più o meno ogni giorno*

a. Alcol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Marijuana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Allucinogeni/LSD/Sostanze psichedeliche/PCP/Funghi magici/Peyote	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Crack/Freebase	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e. Eroina e cocaina (insieme come "Speedballs")	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. Cocaina (da sola)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g. Eroina (da sola)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h. Metadone illegale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i. Altri oppiacei (Oppio/Morfina/Demerol)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j. Metanfetamine/Speed/Ice (stimolanti)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
k. Tranquillizzanti/Barbiturici/Sedativi (Calmanti)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l. Altri (specificare) _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

12. Negli ultimi dodici mesi quanto spesso ha assunto droghe per via iniettiva?

1=*mai*

2=*solo poche volte*

3=*1-3 volte al mese*

4=*1-5 volte a settimana*

5=*quotidianamente*

13. Quanto serio ritiene sia il suo problema con la tossicodipendenza? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

1=*per niente*

2=*leggero*

3=*moderato*

4=*considerevole*

5=*estremamente grave*

14. Quante volte prima di adesso è stato inserito in un programma riabilitativo? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

1=*mai*

2=*1 volta*

3=*2 volte*

4=*3 volte*

5=*4 o più volte*

15. Quanto importante è per lei essere in trattamento in questo momento? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

1=*per niente*

2=*leggero*

3=*moderato*

4=*considerevole*

5=*estremo*

PUNTEGGIO PER IL TCU/ DRUG SCREEN II

Il punteggio della pagina 1 viene calcolato come segue:

Dare 1 punto ad ogni risposta affermativa da 1-9 (nelle domande n. 4, 5 e 6 si deve calcolare 1 punto per ogni affermazione).

Il punteggio totale può variare da 0 a 9; un punteggio superiore al tre indica un problema grave con la tossicodipendenza e corrisponde approssimativamente alla diagnosi di dipendenza da sostanze del DSM.

Le risposte alla domanda 10 indicano quale sostanza (o sostanze) è primariamente responsabile nel causare la tossicodipendenza della persona.



2.3 ABSTRACT

Titolo:	L'insieme degli strumenti di rilevazione della Texas Christian University: Valutazione dell'organizzazione Core Set of TCU Forms: Organizational Assessments
Autore:	Institute of Behaviour Research - TCU
Città:	Forth Worth, TX (USA)
Data:	ottobre 1995
Abstract:	<p>2.3.1. Questionario di identificazione del programma e descrizione – Program Identification (PID)</p> <p>È un questionario che viene compilato dal responsabile del programma di trattamento e che serve a definire le caratteristiche del processo terapeutico. La maggior parte delle sezioni verte sulle peculiarità del programma, sui clienti, sulle équipe e alla fine c'è un sommario relativo ai possibili cambiamenti del programma e la stabilità organizzativa.</p> <p>2.3.2.a Scheda di raccolti dati rivolta allo staff – Organizational Readiness for Change (ORC-S)</p> <p>È un questionario che viene compilato dagli operatori che lavorano nell'ambito dei programmi riabilitativi. Vengono indagate dimensioni quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fattori motivazionali (bisogni formativi, caratteristiche del programma, pressioni al cambiamento); - risorse del programma (disponibilità di attrezzature, computer, spazi, posta elettronica, internet); - dinamiche organizzative (caratteristiche delle staff: efficienza, adattabilità, orientamento clinico, preparazione); - clima (mission, coesione, autonomia, comunicazione, stress, flessibilità al cambiamento); - La somministrazione richiede circa 20 minuti. <p>2.3.2.b Scheda di raccolta dati rivolta ai direttori di programma - Organizational Readiness for Change (ORC-D)</p> <p>È un questionario che viene compilato dai responsabili del programma. Vengono indagate dimensioni quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fattori motivazionali (bisogni formativi, caratteristiche del programma, pressioni al cambiamento); - risorse del programma (disponibilità di attrezzature, computer, spazi, posta elettronica, internet); - dinamiche organizzative (caratteristiche delle staff: efficienza, adattabilità, orientamento clinico, preparazione); - clima (mission, coesione, autonomia, comunicazione, stress, flessibilità al cambiamento). <p>La somministrazione richiede circa 20 minuti</p>
Parole chiave:	valutazione, efficacia, risultati, modalità di trattamento, organizzazione, fattori motivazionali, risorse di programma, dinamiche organizzative



File:	2.3.1. – 2.3.2 a. – 2.3.2. b.
URL:	www.ibr.tcu.edu

TCU/ SCHEDA DI IDENTIFICAZIONE DEL PROGRAMMA E DESCRIZIONE

Questa scheda deve essere compilata dal Direttore del programma o dal Supervisore clinico

Si prega di rispondere alle domande del questionario che descrivono il programma di trattamento.

Lo scopo di questa ricerca che prevede una raccolta dei dati forniti da ogni agenzia fornitrice di programmi riabilitativi, definisce con il termine "programma", una sola modalità di trattamento (trattamento ambulatoriale, residenziale, con metadone a mantenimento, ecc).

Si prega di mettere una croce sul numero che indica in modo più appropriato la descrizione del programma. Se non si conosce l'esatta percentuale o il numero richiesto dalle domande, si prega di dare una stima verosimile.

1. Data odierna: __/__/__

2. Nome del programma: _____

3. Codice del programma: _____

4. Nome dell'Agenzia o dell'organizzazione: _____

Numero di Anni

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

5. Da quanti anni è operativo questo programma?

6. Quanti anni ha lavorato -

a. Nell'ambito dei programmi di trattamento per la tossicodipendenza?

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

b. In questo programma?

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

c. Nel Suo attuale ruolo?

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

7. Il suo titolo (SEGARE UN SOLO ITEM)

☐ Responsabile Ufficio gestionale-operativo

☐ Responsabile Ufficio finanziario

☐ Direttore di programma

☐ Direttore Terapeutico

☐ Supervisore clinico

☐ Coordinatori degli operatori

☐ Altro (specificare) _____

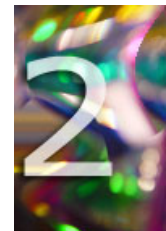
8. Quale di queste affermazioni descrive il programma terapeutico (SEGNARE UN SOLO ITEM)

☐ Programma ambulatoriale intensivo da tre volte a più volte a settimana (non metadone)

☐ Servizi ambulatoriali – meno di tre volte a settimana (no metadone)

☐ Servizio ambulatoriale di metadone

☐ Comunità terapeutica



- ☐ Comunità residenziale
- ☐ Centro diurno
- ☐ Altro (specificare) _____

9. Quale di queste categorie meglio descrive il contesto dove è inserito il programma di trattamento?

- ☐ Centro di salute
- ☐ Ospedale o università
- ☐ Ospedale psichiatrico
- ☐ Centro di salute (che include i servizi primari)
- ☐ Centro di servizi per la salute mentale o comunità di salute mentale
- ☐ Agenzia
- ☐ Centro di servizi per la famiglia e l'età evolutiva
- ☐ Centro di servizi sociali
- ☐ Centro polivalente di servizi
- ☐ Carcere o prigione
- ☐ Centro di detenzione per giovani (riformatorio)
- ☐ Associazione privata
- ☐ Altro (specificare) _____

10. Area territoriale coperta dal programma (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Rurale
- ☐ Suburbana
- ☐ Urbana

11. Ente promotore del programma (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Privato for profit
- ☐ Privato non a scopo di lucro
- ☐ Pubblico
- ☐ Statale
- ☐ Governo tribale (riserve indiane)
- ☐ Dipartimento federale di reclutamento
- ☐ Dipartimento federale della difesa
- ☐ Ufficio federale di detenzione
- ☐ Centro indiano di servizi per la salute
- ☐ Agenzie federali di altro genere
- ☐ Governo locale, di contea, o di comunità
- ☐ Altre corporazioni pubbliche

12. I problemi di abuso di sostanze trattati (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Solo problemi di alcoldipendenza
- ☐ Solo problemi di dipendenza da droghe

☐ Sia problemi di tossicodipendenza che alcolodipendenza

13. Questo programma è stato accreditato da:
- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| a. La commissione sull'accREDITamento delle strutture di servizi alla salute (JCAHO)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b. La commissione per l'accREDITamento delle strutture di riabilitazione (CARF)? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c. L'agenzia/dipartimento statale delle tossicodipendenze? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d. L'agenzia/dipartimento della salute mentale? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| e. Il dipartimento statale di salute pubblica? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| f. Altro (specificare) _____? | | |

14. Quali sono gli strumenti di valutazione o diagnosi che il programma utilizza nel momento iniziale della presa in carico del paziente?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. ASI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b. SASSI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c. MMPI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d. DIS(DSM-IV) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| e. SCL-90 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| f. Altro (specificare) _____ | | |

15. Lo stato richiede un protocollo standardizzato per la raccolta dei dati e dei report?

SE "SI" quale sistema viene utilizzato?

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. TEDS | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| b. CODAP | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| c. UFDS | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| d. Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

16. L'agenzia ha un centro di elaborazioni dati centralizzato?

17. I seguenti servizi vengono forniti dal programma?

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| a. Prestazioni mediche | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| b. Servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| c. Servizi di inserimento al lavoro o servizio di formazione al lavoro | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| d. Anni di recupero scolastici | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| e. Terapia familiare | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| f. Supporto familiare | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| g. Servizi per l'età evolutiva | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| h. Servizi sociali per minori | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| i. Servizio di counseling per HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| j. Assistenza legale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| k. Corsi di anti-tabagismo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |
| l. Servizi di agopuntura | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Solo su segnalazione |



- m. Servizi sociali (abitazione, vestiario, alimentazione) ☐ SI ☐ NO ☐ Solo su segnalazione
- n. Gruppi di aiuto-aiuto (12-setps) ☐ SI ☐ NO ☐ Solo su segnalazione
- o. Servizio di trasporto al programma ☐ SI ☐ NO ☐ Solo su segnalazione
- p. Formazione all'accudimento e cura di sé ☐ SI ☐ NO ☐ Solo su segnalazione
- q. Altro (specificare) _____ ☐ SI ☐ NO ☐ Solo su segnalazione

18. Quanti giorni è aperto il programma durante la settimana?

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐

CARATTERISTICHE DEI CLIENTI

PERCENTUALE - CLIENTI

a. Alcool	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
b. Cocaina-Crack	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
c. Marijuana- hashish	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
d. Eroina	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
e. Metadone non prescritto	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
f. Altri oppiacei e droghe sintetiche	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
g. PCP	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
h. Allucinogeni	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
i. Metanfetamine	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
j. Altro genere di anfetamine	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
k. Altri stimolanti	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
l. Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
m. Altri tranquillanti	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
n. Barbiturici	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
o. Altri sedativi	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
p. Sostanze inalanti	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	
q. Droghe "club" 8MDMA Ecstasy, GHB, Rohypnol, Chetamina)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto	

r.	Over-the counter medications	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
s.	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto

20. Età dei clienti (percentuale approssimativa)

a.	Sotto i 18 anni di età (bambini e adolescenti)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
b.	Dai 18 ai 20 anni di età (adolescenti)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
c.	Dai 21 ai 64 anni di età	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
d.	Dai 65 in poi	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto

21. Etnia di appartenenza dei clienti (percentuale approssimativa)

a.	Afroamericana/nera	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
b.	Indioamericana/nativi dell'Alaska	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
c.	Asiatica/ isole del pacifico	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
d.	Ispanica/latina	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
e.	Bianca(ad eccezione dell'ispanica)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
f.	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto

22. Sesso dei clienti

a.	Femminile	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto
b.	Maschile	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto

23. Percentuale dei clienti segnalati dal sistema giudiziario

<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto

24. Percentuale dei clienti con "doppia diagnosi"

<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	41 <input type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessuna	20%	40%	60%	80%	99	Tutto

25. È previsto un programma speciale per donne e per donne con bambini?

☐ SI ☐ NO


5=molto

Stabile

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐

Instabile

Incerto

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐

Certo

Complesso

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐

Semplice

In stato di cambiamento

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐

Immutato

34. Si sono verificati cambiamenti nei seguenti ruoli professionali nell'ultimo anno?

Direttore dell'Agenzia (CEO)

☐ SI

☐ NO

Direttore del programma terapeutico

☐ SI

☐ NO

Responsabile del settore finanziario

☐ SI

☐ NO

Altre posizione dirigenziali

☐ SI

☐ NO

35. Nell'ultimo anno ci sono stati cambiamenti significativi nel programma in merito a -

Proprietà ?

☐ SI

☐ NO

Affiliazione?

☐ SI

☐ NO

Raccolta di fondi?

☐ SI

☐ NO

Tipologia dei clienti trattati?

☐ SI

☐ NO

Filosofia dell'organizzazione?

☐ SI

☐ NO

Filosofia del programma di trattamento?

☐ SI

☐ NO

Altro (specificare) _____



TCU/SCHEDA DI RACCOLTA DATI RIVOLTA ALLO STAFF DEL PROGRAMMA

Il questionario è costituito da domande che hanno lo scopo di acquisire informazioni sul ruolo di consulente/operatore del programma riabilitativo. La parte iniziale prevede una sezione demografica che ha scopi solamente descrittivi.

Le risposte date in questa parte saranno poi associate a domande simili che verranno poste successivamente. Nel completare questo questionario, si prega di mettere una croce sul numero che si ritiene essere più appropriato.

Se una domanda la mette a disagio, si prega di procedere alla successiva.

1= Fortemente in disaccordo

2= In disaccordo

3=Indeciso

4= D'accordo

5= Molto d'accordo

Il codice anonimo associativo di seguito riportato, viene utilizzato allo scopo di associare dati che provengono da schede differenti di valutazione senza utilizzare il Suo nome o identificare facilmente il suo numero di identificazione.

Si prega di completare gli item seguenti che saranno utilizzati come codice anonimo:

La prima lettera del nome di sua madre:

La prima lettera del nome di suo padre:

Il primo numero del suo codice di "Social Security":

L'ultimo numero del suo codice di "Social Security":

Data odierna: __/__/__

Anno di nascita: ____

Sesso:

☐ Maschio

☐ Femmina

Etnia di appartenenza: (SEGNARE UN SOLO ITEM)

☐ Afroamericana/nera

☐ Indioamericana/nativi dell'Alaska

☐ Asiatica/Isole del Pacifico

☐ Ispanica/Latina

☐ Razza bianca (ad eccezione di quella ispanica)

☐ Altre origini (specificare) _____

Il più elevato grado scolastico raggiunto -

☐ Nessun Diploma di Scuola Superiore

☐ Diploma di Scuola Superiore o equivalente

☐ Diploma di laurea

☐ Certificato di master



☐ Università senza aver conseguito il diploma

☐ Dottorato di ricerca o equivalente

Titolo di associato

Altro (specificare) _____

Ambito/Professione:

☐ Consulenza nell'ambito delle patologie di dipendenza

☐ Consulenza di vario genere

☐ Ambito educativo

☐ Ambito di riabilitazione

☐ Ambito giudiziario

☐ Ambito psicologico

☐ Servizi socio-assistenziali

☐ Assistente medico

☐ Ambito medico: prima assistenza

☐ Ambito medico: psichiatria

☐ Ambito medico: altro

☐ Ambito infermieristico

☐ Praticante infermiere

☐ Ambito amministrativo

☐ Nessuno, inoccupato

☐ Nessuno, studente

☐ Altro (specificare) _____

Titolo specialistico conseguito in ambito delle patologie di dipendenza (SEGNARE SOLO UN ITEM):

☐ Nessuno

☐ Certificato acquisito recentemente

☐ Certificato acquisito non recentemente

☐ Interno

Quanti anni di esperienza ha acquisito nel settore delle dipendenze?

☐ 0-6 mesi

☐ 6-11 mesi

☐ 1 a 3 anni

☐ 3 a 5 anni

☐ più di cinque anni

Da quanto tempo svolge l'attuale incarico di direttore di programma?

☐ 0-6 mesi

☐ 6-11 mesi

☐ 1 a 3 anni

☐ 3 a 5 anni

☐ più di cinque anni

Quanti clienti in questo momento ha in carico?

- ☐ 1-10
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31-40
- ☐ > 40

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

(SEGNARE UN SOLO ITEM):

L'unità di trattamento:

- ☐ Indipendente (non fa parte di altre organizzazioni)
- ☐ È una delle diverse unità di trattamento che fanno parte di un'organizzazione centralizzata

Quale è il numero di codice per l'unità di trattamento? _____

Quale delle seguenti affermazioni descrive in modo esauriente il programma di trattamento? (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Programma ambulatoriale intensivo – da tre volte a più volte a settimana (non metadone)
- ☐ Servizi ambulatoriali – meno di tre volte a settimana (no metadone)
- ☐ Servizio ambulatoriale di erogazione di metadone
- ☐ Comunità terapeutica
- ☐ Comunità residenziale
- ☐ Centro diurno
- ☐ Altro (specificare) _____

Quale di queste categorie meglio descrive il contesto dove inserire il programma di trattamento?

- ☐ Centro di salute
- ☐ Ospedale o università
- ☐ Ospedale psichiatrico
- ☐ Centro di salute (che include i servizi primari)
- ☐ Centro di servizi per la salute mentale o comunità di salute mentale
- ☐ Agenzia
- ☐ Centro di servizi per la famiglia e l'età evolutiva
- ☐ Centro di servizi sociali
- ☐ Centro polivalente di servizi
- ☐ Carcere o prigione
- ☐ Centro di detenzione per giovani (riformatorio)
- ☐ Associazione privata
- ☐ Altro (specificare) _____

Area territoriale coperta dal programma (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Rurale
- ☐ Suburbana
- ☐ Urbana



I problemi di abuso di sostanze trattati (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Solo problemi di alcoldipendenza
- ☐ Solo problemi di dipendenza da droghe
- ☐ Sia problemi di tossicodipendenza che alcoldipendenza

Il programma di trattamento si occupa in modo particolare di:

- Adulti? ☐ NO ☐ SI
- Adolescenti? ☐ NO ☐ SI
- Persone segnalate dal Sistema giudiziario? ☐ NO ☐ SI
- Solo donne? ☐ NO ☐ SI
- Donne incinte o con bambini? ☐ NO ☐ SI
- Persone con doppia diagnosi? ☐ NO ☐ SI

Lo staff necessita di formazione in:

- | | |
|---|--|
| 1. Valutare i problemi e i bisogni dei pazienti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 2. Aumentare la partecipazione del cliente al trattamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 3. Monitorare i progressi del cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 4. Migliorare la relazione con il cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. Migliorare le capacità di autocontrollo del paziente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. Acquisire e migliorare le capacità di autocontrollo del paziente in relazione ai comportamenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 7. Aumentare l'attenzione del paziente durante le sedute di gruppo | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. Utilizzare procedure di valutazione standardizzate e in versione elettronica | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Lei ha bisogno di formazione in:

- | | |
|--|--|
| 9. Valutare i problemi e i bisogni dei pazienti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 10. Aumentare la partecipazione del cliente al trattamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 11. Monitorare i progressi del cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 12. Migliorare la relazione con il cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 13. Migliorare le capacità di autocontrollo del paziente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 14. Acquisire e migliorare le capacità di autocontrollo del paziente in relazione ai comportamenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 15. Aumentare il focus attentivo del paziente durante le sedute di gruppo | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 16. Utilizzare procedure di valutazione standardizzate e in versione elettronica | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Le pressioni attuali che impongono cambiamenti al programma derivano da:

- | | |
|-----------------------------|--|
| 17. I clienti nel programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 18. I membri dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-----|--|--|
| 19. | I supervisori clinici o dai dirigenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 20. | Dai membri dell'agenzia | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 21. | Dai gruppi della comunità | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 22. | Dai fondi e dalla supervisione delle agenzie | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 23. | Dal sistema di accreditamento o dalle autorità che rilasciano i permessi | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

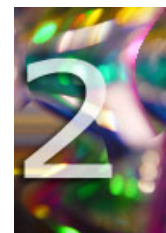
Quanto d'accordo o altrimenti in disaccordo si trova con le affermazione seguenti?

- | | | |
|-----|---|--|
| 24. | Preferisce che la formazione che ha luogo nei workshop sia evidence-based? | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 25. | Gli uffici e le attrezzature sono adeguate | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 26. | Possiede le competenze necessarie per condurre in modo efficace gruppi di lavoro | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 27. | Qualche operatore è confuso circa le mete del programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 28. | Lo staff qui funziona molto bene | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 29. | La teoria sulle dinamiche di gruppo viene spesso utilizzata nel lavoro | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 30. | Spesso ha problemi nell'implementare i concetti appresi nelle conferenze | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 31. | Lo staff comprende che il programma funziona come parte di un sistema integrato di trattamento di comunità. | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 32. | Le decisioni assunte spesso vengono monitorate da un supervisore | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 33. | La formazione dello staff e l'attenzione all'aspetto educativo sono considerate delle priorità | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 34. | Le attrezzature sono adeguate per condurre le sedute di gruppo | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 35. | Spesso lei condivide le sue conoscenze e le sue idee nell'ambito della consulenza con il suo staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 36. | È soddisfatto della formazione proposta dai workshop dell'anno scorso | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 37. | Ha fatto l'anno scorso uso di internet per comunicare con altri professionisti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 38. | La leadership ha una grande fiducia nelle sue capacità professionali | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 39. | La farmacoterapia e i medicinali costituiscono un importante parte di questo programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 40. | C'è troppa frizione tra i membri dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 41. | Qualche operatore non vuole adottare alcun cambiamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 42. | Le idee e i suggerimenti dello staff vengono tenuti in alta considerazione dai responsabili del programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 43. | Generalmente lo staff la percepisce come un'importante fonte di informazioni | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 44. | Ha un accesso facilitato nel lavoro con internet | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 45. | Lo staff lavora sempre insieme come un team | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 46. | Le valutazioni dei clienti di solito vengono fatte con l'uso del computer | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 47. | I suoi obiettivi sono relazionati in modo chiaro alle mete del programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 48. | Ha appreso nuove competenze o tecniche apprese nelle conferenze dell'anno scorso | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 49. | Lei è solito pianificare i suoi obiettivi e tradurli in azione | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 50. | È sottoposto a troppe pressioni per gestire bene il suo lavoro | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 51. | Ai consulenti viene data una grande libertà nel trattare i propri pazienti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 52. | Questo programma incoraggia e supporta la crescita professionale | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 53. | La modificazione del comportamento è un approccio applicato su molti pazienti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 54. | Lei si aggiorna mensilmente sulle nuove tecniche e sui nuovi trattamenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |



55.	Lo staff è pronto ad aiutarsi quando c'è bisogno	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
56.	I computer vengono riparati prontamente se hanno problemi	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
57.	Le idee su nuove modalità di trattamento da parte dello staff vengono scoraggiate	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
58.	Ci sono abbastanza operatori per soddisfare le richieste dei clienti	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
59.	Il budget consente allo staff di frequentare seminari ogni anno	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
60.	Ha sufficienti opportunità per aggiornare le sue competenze	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
61.	La cooperazione e la fiducia reciproca sono molto forti nello staff	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
62.	La maggior parte delle schede relative ai clienti sono computerizzate	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
63.	È disponibile a provare nuove idee anche se lo staff è riluttante	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
64.	Apprendere e utilizzare nuove procedure è semplice per lei	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
65.	Questo programma opera con obiettivi chiari	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
66.	I membri dello staff spesso mostrano segni di stress o di nervosismo	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
67.	Incontra settimanalmente il suo staff	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
68.	Di solito mette in atto ciò che ha in mente	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
69.	E' semplice cambiare procedure per attuare cambiamenti	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
70.	Gli operatori spesso provano differenti tecniche per migliorare l'efficacia del trattamento	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
71.	Lo scorso mese ha fatto uso di internet	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
72.	I canali comunicativi formali ed informali funzionano molto bene	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
73.	Le politiche del programma limitano l'accesso ad internet e l'uso della posta elettronica lo staff	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
74.	Gli uffici consentono l'adeguata privacy per le sedute individuali	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
75.	Qualche volta è troppo cauto o lento nel fare cambiamenti	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
76.	Ai membri dello staff vengono date troppe regole	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
77.	Sente molto stress nel lavorare in questo programma	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
78.	La teoria dei "dodici passi" (AA/NA) è messa in atto da molti consulenti	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
79.	Lo staff è sempre ben informato	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
80.	Il troppo carico di lavoro riduce l'efficacia del programma	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
81.	Si aggiorna regolarmente	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
82.	Gli scambi di esperienze con altri professionisti sarebbero di aiuto	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
83.	Lo staff spesso chiede suggerimenti circa le procedure di programma	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
84.	Sono necessari maggiori momenti di discussione circa i risultati	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
85.	Il programma comprende una formazione regolare interna	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
86.	Ha appreso nuove competenze o tecniche da manuali o da materiale dello scorso anno	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
87.	Frequente sente buone idee da parte dello staff	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
88.	Lo staff spesso chiede le sue opinioni sul modo di lavoro e sui risultati	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
89.	E padrone di sé nel lavoro	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
90.	Ha un computer per lei nel suo ufficio	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
91.	Qualche membro dello staff non condivide il lavoro in modo come con i colleghi	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
92.	È necessario uno staff più numeroso per soddisfare i bisogni del programma	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
93.	L'attitudine generale qui è quella di utilizzare nuove tecnologie	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
94.	Lei svolge un lavoro che regolarmente le permette di aggiornare e migliorare le	1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□

- sue capacità
95. I membri dello staff sono liberi nel fare domande e esprimere pareri sul programma 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 96. Ha le capacità necessarie per condurre efficaci sedute individuali 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 97. La frustrazione dello staff è un evento frequente 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 98. Avrebbe bisogno di un accesso più adeguato su internet mentre lavora 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 99. La leadership ha una pianificazione molto chiara del programma 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 100. Spesso influenza le decisioni dello staff 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 101. Ha un accesso immediato a suggerimenti medici psichiatrici quando ne ha bisogno per i pazienti 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 102. Lei ha un accesso agevole alla posta elettronica 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 103. È incoraggiato a provare nuove e differenti tecniche 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 104. È semplice per lei adattarsi velocemente 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 105. Le teorie cognitive (RET, RBT, Gorski) vengono applicate nelle attività di counseling 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 106. Viene percepito dagli altri staff come un leader 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 107. Le strutture tecnologiche del programma sono per la maggior parte vecchie e obsolete 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 108. Il programma fornisce un confortevole servizio di attesa per i clienti 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 109. Lo staff utilizza quotidianamente il computer 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 110. Il turnover dei membri dello staff è un problema in questo programma 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 111. Gli operatori hanno la possibilità di trascorrere tempo sufficiente con i clienti 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 112. Lo staff di supporto ha le competenze necessarie per svolgere il proprio lavoro 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 113. Lo staff clinico è ben formato 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 114. Il carico di lavoro e le pressioni al programma abbassano la motivazione alla formazione 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
 115. È necessario un numero maggiore di computer per lo staff 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐



TCU/ SCHEDA DI RACCOLTA DATI RIVOLTA AL DIRETTORE DEL PROGRAMMA

ISTRUZIONI GENERALI

Il questionario è costituito da domande che hanno lo scopo di acquisire informazioni sul ruolo di DIRETTORE/RESPONSABILE del programma riabilitativo. La parte iniziale prevede una sezione demografica che ha scopi solamente descrittivi.

Le risposte date in questa parte saranno poi associate a domande simili che verranno poste successivamente. Nel completare questo questionario, si prega di mettere una croce sul numero che si ritiene essere più appropriato. Se una domanda la mette a disagio, si prega di procedere alla successiva.

Si prega di non piegare il foglio.

1= Fortemente in disaccordo

2= In disaccordo

3= Indeciso

4= D'accordo

5= Molto d'accordo

Il codice anonimo di seguito riportato, viene utilizzato allo scopo di associare dati che provengono da schede differenti di valutazione senza utilizzare il suo nome o identificare facilmente il suo numero di identificazione.

Si prega di completare gli item seguenti che saranno utilizzati come codice anonimo:

La prima lettera del nome di sua madre:

La prima lettera del nome di suo padre:

Il primo numero del suo codice di "Social Security":

L'ultimo numero del suo codice di "Social Security":

Data odierna: __/__/__

Anno di nascita: ____

Sesso:

☐ Maschio

☐ Femmina

Etnia di appartenenza: (SEGNARE UN SOLO ITEM)

☐ Afroamericana/nera

☐ Indioamericana/nativi dell'Alaska

☐ Asiatica/Isole del Pacifico

☐ Ispanica/Latina

☐ Razza bianca (ad eccezione di quella ispanica)

☐ Altre origini (specificare) _____

Il più elevato grado scolastico raggiunto -

☐ Nessun Diploma di Scuola Superiore



☐ Diploma di Scuola Superiore o equivalente

☐ Diploma di laurea

☐ Certificato di master

☐ Università senza averla ultimata

☐ Dottorato di ricerca o equivalente

Titolo di associato

Altro (specificare) _____

Ambito/Professione:

☐ Consulenza nell'ambito delle patologie di dipendenza

☐ Consulenza di vario genere

☐ Ambito educativo

☐ Ambito di riabilitazione

☐ Ambito giudiziario

☐ Ambito psicologico

☐ Servizi socio-assistenziali

☐ Assistente medico

☐ Ambito medico: prima assistenza

☐ Ambito medico: psichiatria

☐ Ambito medico: altro

☐ Ambito infermieristico

☐ Praticante infermiere

☐ Ambito amministrativo

☐ Nessuno, inoccupato

☐ Nessuno, studente

☐ Altro (specificare) _____

Titolo specialistico conseguito in ambito delle patologie di dipendenza (SEGNARE SOLO UN ITEM):

☐ Nessuno

☐ Certificato acquisito recentemente

☐ Certificato acquisito non recentemente

☐ Interno

Quanti anni di esperienza ha acquisito nel settore delle dipendenze?

☐ 0-6 mesi

☐ 6-11 mesi

☐ 1 a 3 anni

☐ 3 a 5 anni

☐ più di cinque anni

Da quanto tempo svolge l'attuale incarico di direttore di programma?

☐ 0-6 mesi

☐ 6-11 mesi

- ☐ 1 a 3 anni
- ☐ 3 a 5 anni
- ☐ più di cinque anni

Quanti clienti in questo momento ha in carico?

- ☐ 1-10
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31-40
- ☐ > 40

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

(SEGNARE UN SOLO ITEM):

L'unità di trattamento:

- ☐ Indipendente (non fa parte di altre organizzazioni)
- ☐ È una delle diverse unità di trattamento che fanno parte di un'organizzazione centralizzata

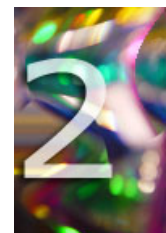
Quale è il numero di codice per l'unità di trattamento? | _____ |

Quale delle seguenti affermazioni descrive in modo esauriente il programma di trattamento? (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Programma ambulatoriale intensivo –da tre volte a più volte a settimana (non metadone)
- ☐ Servizi ambulatoriali – meno di tre volte a settimana (no metadone)
- ☐ Servizio ambulatoriale di erogazione di metadone
- ☐ Comunità terapeutica
- ☐ Comunità residenziale
- ☐ Centro diurno
- ☐ Altro (specificare) _____

Quale di queste categorie meglio descrive la principale attività del programma?

- ☐ Centro di salute
- ☐ Ospedale o università
- ☐ Ospedale psichiatrico
- ☐ Centro di salute (che include i servizi primari)
- ☐ Centro di servizi per la salute mentale o comunità di salute mentale
- ☐ Agenzia
- ☐ Centro di servizi per la famiglia e l'età evolutiva
- ☐ Centro di servizi sociali
- ☐ Centro polivalente di servizi
- ☐ Carcere o prigione
- ☐ Centro di detenzione per giovani (riformatorio)
- ☐ Associazione privata
- ☐ Altro (specificare) _____



Area territoriale coperta dal programma (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Rurale
☐ Suburbana
☐ Urbana

I problemi di abuso di sostanze trattati (SEGNARE UN SOLO ITEM)

- ☐ Solo problemi di alcoldipendenza
☐ Solo problemi di dipendenza da droghe
☐ Sia problemi di tossicodipendenza che alcoldipendenza

Il programma di trattamento si occupa in modo particolare di:

- Adulti? ☐ SI ☐ NO
 Adolescenti? ☐ SI ☐ NO
 Persone segnalate dal Sistema giudiziario? ☐ SI ☐ NO
 Solo donne? ☐ SI ☐ NO
 Donne incinte o con bambini? ☐ SI ☐ NO
 Persone con doppia diagnosi? ☐ SI ☐ NO

Lo staff necessita di formazione in:

- | | |
|---|--|
| 1. Documentare le necessità dei clienti per individuare il programma più adeguato | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 2. Registrare e valutare le prestazioni dei clienti anche nel post-trattamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 3. Ottenere informazioni che possano documentare l'efficacia del trattamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 4. Registrare in modo elettronico le procedure amministrative | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. Valutare le prestazioni dello staff e il funzionamento dell'organizzazione | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. Selezionare nuove modalità di trattamento e strategie per le quali lo staff ha bisogno di formazione | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 7. Migliorare l'assetto dell'archiviazione dei documenti finanziari e amministrativi | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. Produrre relazioni periodiche | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Lo staff clinico ha bisogno di formazione in:

- | | |
|--|--|
| 9. Valutare i problemi e i bisogni dei pazienti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 10. Aumentare la partecipazione del cliente al trattamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 11. Monitorare i progressi del cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 12. Migliorare la relazione con il cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 13. Migliorare le capacità di autocontrollo del paziente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 14. Acquisire e migliorare le capacità di autocontrollo del paziente in relazione ai comportamenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Quanto è d'accordo con le affermazioni che seguono:

- | | |
|--|--|
| 15. Aumentare il focus attentivo del paziente durante le sedute di gruppo | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 16. Utilizzare procedure di valutazione standardizzate e in versione elettronica | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Le pressioni attuali che impongono cambiamenti al programma derivano da:

- | | |
|--|--|
| 17. I clienti nel programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 18. I membri dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 19. Il supervisore clinico o dai dirigenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 20. Dai membri dell'agenzia | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 21. Dai gruppi della comunità | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 22. Dai fondi e dalla supervisione delle agenzie | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 23. Dal sistema di accreditamento o dalle autorità che rilasciano i permessi | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

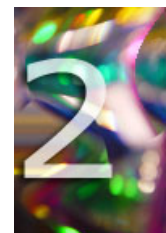
- | | |
|--|--|
| 24. Ritieni che la formazione che ha luogo nei workshop debba essere evidence-based? | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 25. Gli uffici e le attrezzature sono adeguate | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 26. Possiede le competenze necessarie per condurre in modo efficace gruppi di lavoro | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 27. Qualche operatore è confuso circa le mete del programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 28. Lo staff qui funziona molto bene | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 29. La teoria sulle dinamiche di gruppo viene spesso utilizzata nel lavoro | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|--|--|
| 30. Spesso lo staff ha problemi nell'implementare i concetti appresi nelle conferenze | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 31. Lo staff comprende che il programma funziona come parte di un sistema locale di trattamento di comunità. | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 32. Le decisioni assunte spesso vengono monitorate da un supervisore | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 33. La formazione dello staff e l'attenzione all'aspetto educativo sono considerate delle priorità | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 34. Le attrezzature sono adeguate per condurre le sedute di gruppo | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 35. Spesso lei condivide le sue conoscenze e le sue idee nell'ambito della consulenza con il suo staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 36. È soddisfatto della formazione proposta dai workshop per il suo staff dell'anno scorso | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 37. L'anno scorso ha fatto uso di internet per comunicare con altri professionisti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 38. Lei ha una grande fiducia nelle capacità professionali dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 39. La farmacoterapia e i medicinali costituiscono un'importante parte di questo programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 40. C'è troppa frizione tra i membri dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 41. Qualche operatore non vuole adottare nessun cambiamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 42. Lei ascolta spesso le idee e i suggerimenti dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|--|--|
| 43. Generalmente lo staff vi percepisce come un'importante fonte di informazioni | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 44. Ha un accesso facilitato nel lavoro con internet | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 45. Lo staff lavora sempre insieme come un team | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 46. Le valutazioni dei clienti di solito vengono fatte con l'uso del computer | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 47. I suoi obiettivi sono relazionati in modo chiaro alle mete del programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |



- | | |
|--|------------------------|
| 48. Ha appreso nuove competenze o tecniche apprese nelle conferenze dell'anno scorso | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 49. Lei è solito pianificare i suoi obiettivi e tradurli in azione | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 50. È sottoposto a troppe pressioni per gestire bene il suo lavoro | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 51. Ai consulenti viene data una grande autorità nel trattare i propri pazienti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 52. Questo programma incoraggia e supporta la crescita professionale | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 53. La modificazione del comportamento viene applicata in molti pazienti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 54. Lei si aggiorna mensilmente sulle nuove tecniche e sui nuovi trattamenti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 55. Lo staff è pronto ad aiutarsi quando c'è bisogno | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 56. I computer vengono riparati prontamente se hanno problemi | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|---|------------------------|
| 57. Le idee su nuove modalità di trattamento da parte dello staff vengono scoraggiate | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 58. Ci sono abbastanza operatori per soddisfare le richieste dei clienti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 59. Il budget consente allo staff di frequentare conferenze professionali ogni anno | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|--|------------------------|
| 60. Ha sufficienti opportunità per aggiornare le proprie competenze | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 61. La cooperazione e la fiducia reciproca sono molto forti nello staff | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 62. La maggior parte delle schede relative ai clienti sono computerizzate | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 63. È disponibile a provare nuove idee anche se lo staff è riluttante | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 64. Apprendere e utilizzare nuove procedure è semplice per lei | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 65. Questo programma opera con obiettivi chiari | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 66. I membri dello staff spesso mostrano segni di stress o di nervosismo | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 67. Incontra settimanalmente il suo staff | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 68. Di solito mette in atto ciò che ha in mente | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 69. È semplice cambiare procedure per attuare cambiamenti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 70. Gli operatori spesso provano differenti tecniche per migliorare l'efficacia del trattamento | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 71. Lo scorso mese ha fatto uso di internet per accedere ad informazioni nell'ambito dei trattamenti nelle tossicodipendenze | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|--|------------------------|
| 72. I canali comunicativi formali ed informali funzionano molto bene | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 73. Le politiche del programma limitano l'accesso ad internet e l'uso della posta elettronica per lo staff | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|---|------------------------|
| 74. Gli uffici consentono l'adeguata privacy per le sedute individuali | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 75. Qualche volta è troppo cauto o lento nel fare cambiamenti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 76. Ai membri dello staff vengono date troppe regole | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 77. Sente molto stress nel lavorare in questo programma | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 78. La teoria dei "dodici step" (AA/NA) è messa in atto da molti consulenti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |

- | | |
|---|------------------------|
| 79. Lo staff è sempre ben informato | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 80. Il troppo carico di lavoro riduce l'efficacia del programma | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 81. Legge regolarmente articoli specialistici nell'ambito delle tossicodipendenze | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 82. LO scambio di esperienze con altri professionisti che attuano programmi simili sarebbe di aiuto | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 83. Lo staff mette in atto prontamente le sue idee per cambiare le procedure di programma | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 84. Sono necessari maggiori momenti di discussione circa i risultati | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 85. Il programma comprende una formazione regolare interna | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 86. Ha appreso nuove competenze o tecniche da manuali o da materiale educativo dell'anno scorso | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|--|------------------------|
| 87. Frequentemente sente buone idee da parte dello staff | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 88. Lo staff spesso chiede le sue opinioni sul modo di lavoro e sui risultati | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 89. E padrone di sé nel lavoro | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 90. Ha un computer per lei nel suo ufficio | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 91. Qualche membro dello staff non condivide equamente il lavoro tra colleghi | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 92. E necessario uno staff più numeroso per soddisfare i bisogni del programma | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 93. L'attitudine generale qui è quella di utilizzare nuove tecnologie | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 94. Lei svolge un lavoro che regolarmente le permette di aggiornare e migliorare le sue capacità | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 95. I membri dello staff sono liberi nel fare domande e esprimere pareri sul programma | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 96. Ha la capacità necessarie per condurre incontri produttivi con i referenti del territorio e con il consiglio | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 97. La frustrazione dello staff è un evento diffuso | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 98. Il suo staff avrebbe bisogno di un accesso più adeguato ad internet mentre lavora | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 99. Ha una pianificazione molto chiara del programma | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 100. Il suo staff segue prontamente le sue decisioni | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 101. Ha un accesso immediato a suggerimenti medici psichiatrici quando ne ha bisogno per i pazienti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |

Quanto d'accordo è con le affermazioni che seguono?

- | | |
|---|------------------------|
| 102. Lei ha un accesso agevole alla posta elettronica | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 103. È incoraggiato a provare nuove e differenti tecniche | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 104. E semplice per lei adattarsi velocemente | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 105. Le teorie cognitive (RET, RBT, Gorski) vengono applicate nel counseling | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 106. Viene percepito dallo staff come un leader capace | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 107. Le strutture tecnologiche del programma sono per la maggior parte vecchie e obsolete | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 108. Il programma fornisce un confortevole servizio di attesa per i clienti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 109. Lo staff utilizza quotidianamente il computer | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 110. Il turnover dei membri dello staff è un problema in questo programma | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 111. Gli operatori hanno la possibilità di trascorrere un tempo sufficiente con i clienti | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |
| 112. Lo staff di supporto ha le competenze necessarie per svolgere il proprio lavoro | 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ |



113. Lo staff clinico è ben formato 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
114. Il carico di lavoro e le pressioni al programma abbassano la motivazione alla formazione 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
115. È necessario un numero maggiore di computer per lo staff 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐

2.4 ABSTRACT

Titolo:	L'insieme degli strumenti di rilevazione della Texas Christian University: I bisogni formativi degli operatori - Training Needs Survey <i>2.4.1. Scheda di rilevazione dei bisogni formativi rivolta allo staff (PTN-S)</i> <i>2.4.2. Scheda di rilevazione dei bisogni formativi rivolta ai direttori (PTN-D)</i>
Autore:	Institute of Behaviour Research - TCU
Città:	Forth Worth, TX (USA)
Data:	ottobre 1995
Abstract:	È un questionario compilato dai responsabili di programmi riabilitativi e dagli operatori che rileva informazioni relative al clima operativo, alle necessità formative e professionali e ai limiti incontrati nel lavoro quotidiano. Esistono due versioni: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PTN-S: per operatori (2.4.1.) ▪ PTN-D: per responsabili (2.4.2.)
Parole chiave:	valutazione, efficacia, risultati, modalità di trattamento, staff, direttore, clima operativo, necessità formative
File:	2.4.1. - 2.4.2.
URL:	www.ibr.tcu.edu



2.4.1. ABSTRACT

Titolo:	L'insieme degli strumenti di rilevazione della Texas Christian University: Training Needs Survey Scheda di rilevazione dei bisogni formativi per lo staff (PTN-S) Core Set of TCU Forms: Training Needs Survey
Autore:	Institute of Behaviour Research - TCU
Città:	Forth Worth, TX (USA)
Data:	ottobre 1995
Abstract:	È un questionario compilato dagli operatori che operano nell'ambito dei programmi riabilitativi e che rileva informazioni relative al clima operativo, alle necessità formative e professionali e ai limiti incontrati nel lavoro quotidiano.
Parole chiave:	valutazione, efficacia, risultati, modalità di trattamento
File:	2.4.1.
URL:	www.ibr.tcu.edu



TCU/ SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI (PTN-S)

Scheda di rilevazione per il Supervisore clinico e lo Staff

ISTRUZIONI GENERALI

Si prega di rispondere ad ogni item del questionario, mettendo una crocetta sul numero che meglio descrive le caratteristiche del programma di trattamento svolto dal vostro centro.

Lo scopo di questa ricerca che prevede una raccolta dei dati forniti da ogni agenzia fornitrice di programmi riabilitativi, definisce con il termine "programma", una sola modalità di trattamento (trattamento ambulatoriale, residenziale, con metadone a mantenimento, ecc).

1. Data odierna: __/__/__

2. Codice del programma: |_____|

3. È Lei il supervisore clinico di questo programma di trattamento?

☐ NO☐ SI

Numero di Anni

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

4. Passato

Quanti anni ha lavorato

Nell'ambito dei programmi di trattamento per la tossicodipendenza?

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

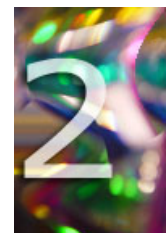
In questo programma?

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

Nel Suo attuale ruolo?

1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐ - 6 ☐ - 7 ☐ - 8+ ☐

Quanto è in accordo o in disaccordo con le affermazioni di seguito riportate?

1= *Fortemente in disaccordo*2= *In disaccordo*3= *Indeciso*4= *D'accordo*5= *Molto d'accordo***Attrezzature e clima lavorativo**5. Gli uffici, le attrezzature, gli strumenti sono adeguati per le necessità del programma di trattamento 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐6. Il programma ha un numero sufficiente di operatori ed équipe per soddisfare i bisogni degli utenti 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐7. Il programma possiede adeguate risorse per soddisfare la maggior parte dei bisogni medici e psichiatrici 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐8. La maggior parte dello staff nutre sentimenti positivi e fiducia in relazione alla qualità dei servizi offerti dal programma 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐9. Il programma ha un futuro assicurato 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐10. Lo staff sta lavorando molto bene 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐**Soddisfazione relativa alle necessità formative**11. Le necessità formative sono assicurate dal programma di trattamento 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐

12. Ha trovato buone opportunità formative organizzate da altre agenzie a cui avete partecipato l'anno scorso 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
13. Il centro ha fornito ottime opportunità formative lo scorso anno 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
14. Enti regionali o Centri privati hanno fornito ottime opportunità formative lo scorso anno 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□

Preferenze sui contenuti formativi

15. Desidera più informazioni scientifiche nell'ambito neurobiologico della dipendenza 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
16. Sono necessarie informazioni aggiuntive sulle caratteristiche farmacologiche dei nuovi medicinali 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
17. Lo staff ha necessità di avere una formazione specialistica nel relazionarsi con categorie particolari di utenti 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
18. Lo staff necessita di formazione sulla questione dell'etica professionale e sul segreto professionale 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
19. Un informazione specialistica è necessaria per affrontare la questione del coinvolgimento familiare 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
20. Lo staff necessita di una formazione adeguata sulla questione "doppia diagnosi" e sui trattamenti appropriati 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
21. Sono necessari momenti formativi per addestrare lo staff nell'utilizzo di strumenti "screening" per formulare diagnosi sintetiche 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□

I bisogni formativi nell'attività del "counseling"

22. Valutare i problemi e i bisogni dei pazienti 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
23. Aumentare la partecipazione del cliente al trattamento 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
24. Monitorare i progressi del cliente 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
25. Migliorare la relazione con il cliente 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
26. Migliorare le capacità di autocontrollo del paziente 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
27. Acquisire e migliorare le capacità di autocontrollo del paziente in relazione ai comportamenti 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
28. Aumentare il focus attentivo del paziente durante le sedute di gruppo 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
29. Utilizzare procedure di valutazione standardizzate e in versione elettronica 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□

Preferenze circa le modalità formative

30. Sessioni generiche che affrontano questione multiple 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
31. Una giornata formativa full-time su una singola questione rappresenta un formato formativo efficace 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
32. Un modello concettuale sul processo di trattamento che evidenzia come le attività contribuiscono alla riabilitazione sarebbe utile. 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
33. I seminari formativi dovrebbero basarsi sulle evidenze scientifiche e presentare manuali di intervento 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
34. I seminari dovrebbero includere il "role-playing" e le attività di gruppo 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
35. Consultazioni telefoniche in seguito a seminari formativi sarebbero di aiuto. 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
36. Training formativi specialistici consultabili su internet sarebbero di aiuto. 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□
37. Avere la possibilità di scambiarsi esperienze con altri operatori dei programmi di trattamento sarebbe di molto aiuto. 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□

Risorse elettroniche

38. La maggior parte delle schede dei clienti sono registrate al computer 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
39. Lo staff trova l'uso del computer funzionale 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
40. C'è bisogno di altri computer 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
41. Lo staff accede con facilità alla posta elettronica e a internet al lavoro 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
42. La politica del programma limita lo staff nell'utilizzare internet e posta elettronica 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐

Limiti alla formazione

43. Il carico e le pressioni del programma di trattamento determinano una bassa motivazione ai training formativi 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
44. Il budget non consente che la maggior parte dello staff possa frequentare conferenze annuali 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
45. Le questioni discusse a recenti workshop e conferenze sono state troppo contenute. 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
46. La qualità dei formatori nelle conferenze recenti è stata molto bassa 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
47. Le attività formative portano via troppo tempo alla normale attività 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
48. Gli interessi formativi dello staff sono determinati per lo più parte dalla paura del licenziamento e dall'obbligo di presentare gli attestati formativi richiesti dalla professione 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
49. È spesso difficile adattare e trasferire le cose apprese ai workshop alle attività del programma 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
50. Le limitazioni imposte al programma rendono difficile adottare nuove idee 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
51. Le esperienze e la formazione dello staff del programma rappresenta una variabile che limita i possibili cambiamenti del trattamento 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐
52. Ci sono troppi pochi vantaggi nel cercare di cambiare il trattamento o le altre procedure nel programma. 1 ☐ - 2 ☐ - 3 ☐ - 4 ☐ - 5 ☐



2.4.2. ABSTRACT

Titolo:	L'insieme degli strumenti di rilevazione della Texas Christian University: Training Needs Survey Scheda di rilevazione dei bisogni formativi per I direttori (PTN-D) Core Set of TCU Forms: Training Needs Survey
Autore:	Institute of Behaviour Research - TCU
Città:	Forth Worth, TX (USA)
Data:	ottobre 1995
Abstract:	È un questionario che viene compilato dai responsabili di programmi riabilitativi che rileva informazioni relative al clima operativo, alle necessità formative e professionali e ai limiti incontrati nel lavoro quotidiano.
Parole chiave:	valutazione, efficacia, risultati, modalità di trattamento
File:	2.4.2.
URL:	www.ibr.tcu.edu



TCU/ SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI (PTN-S)

Scheda di rilevazione per il Direttore del programma di trattamento

ISTRUZIONI GENERALI

Si prega di rispondere ad ogni item del questionario, mettendo una crocetta sul numero che meglio descrive le caratteristiche del programma di trattamento svolto dal vostro centro.

Lo scopo di questa ricerca che prevede una raccolta dei dati forniti da ogni agenzia fornitrice di programmi riabilitativi, definisce con il termine "programma", una sola modalità di trattamento (trattamento ambulatoriale, residenziale, con metadone a mantenimento, ecc).

1. Data odierna: __/__/__

2. Codice del programma: |_____|

3. Da quanti anni è operativo questo programma riabilitativo? 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ - 6□ - 7□ - 8+□

4. Passato

Quanti anni ha lavorato

Nell'ambito dei programmi di trattamento per la tossicodipendenza? 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ - 6□ - 7□ - 8+□

In questo programma? 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ - 6□ - 7□ - 8+□

Nel Suo attuale ruolo? 1□ - 2□ - 3□ - 4□ - 5□ - 6□ - 7□ - 8+□

DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA

5. Quale delle seguenti affermazioni descrive in modo esauriente il programma di trattamento (SEGNARE UN SOLO ITEM)

☐ Programma ambulatoriale intensivo – da tre volte a più volte a settimana (non metadone)

☐ Servizi ambulatoriali – meno di tre volte a settimana (no metadone)

☐ Servizio ambulatoriale di metadone

☐ Comunità terapeutica

☐ Comunità residenziale

☐ Centro diurno

☐ Altro (specificare) _____

6. Quale di queste categorie meglio descrive il contesto dove è inserito il programma?

☐ Centro di salute

☐ Ospedale o università

☐ Ospedale psichiatrico

☐ Centro di salute (che include i servizi primari)

☐ Centro di servizi per la salute mentale o comunità di salute mentale

☐ Agenzia

☐ Centro di servizi per la famiglia e l'età evolutiva

☐ Centro di servizi sociali

☐ Centro polivalente di servizi

☐ Carcere o prigione

☐ Centro di detenzione per giovani (riformatorio)



☐ Associazione privata

☐ Altro (specificare) _____

7. Area territoriale coperta dal programma (SEGNARE UN SOLO ITEM)

☐ Rurale

☐ Suburbana

☐ Urbana

8. Proprietà del programma (SEGNARE UN SOLO ITEM)

☐ Privato for profit

☐ Privato non a scopo di lucro

☐ Pubblico

☐ Statale

☐ Governo tribale (riserve indiane)

☐ Dipartimento federale di reclutamento

☐ Dipartimento federale della difesa

☐ Ufficio federale di detenzione

☐ Centro indiano di servizi per la salute

☐ Agenzie federali di altro genere

☐ Governo locale, di contea, o di comunità

☐ Altre corporazioni pubbliche

9. I problemi di abuso di sostanze trattati (SEGNARE UN SOLO ITEM)

☐ Solo problemi di alcoldipendenza

☐ Solo problemi di dipendenza da droghe

☐ Sia problemi di tossicodipendenza che alcoldipendenza

10. Questo programma è stato accreditato da -

☐ La commissione sull'accREDITamento delle strutture di servizi alla salute (JCAHO)?

☐ SI

☐ NO

☐ La commissione per l'accREDITamento delle strutture di riabilitazione (CARF)?

☐ SI

☐ NO

☐ L'agenzia/dipartimento statale delle tossicodipendenze?

☐ SI

☐ NO

☐ L'agenzia/dipartimento della salute mentale?

☐ SI

☐ NO

☐ Il dipartimento statale di salute pubblica?

☐ SI

☐ NO

☐ Altro (specificare) _____

LO STAFF (per il programma di trattamento)

11. Numero attuale di consulenti/operatori

☐ 1

☐ 2-3

☐ 4-7

☐ 8-15

☐ >15

12. Numero medio di clienti trattati mensilmente

☐ 1-20

☐ 21-40

☐ 41-80

☐ 81-160

☐ >160

13. Numero medio delle ammissioni mensili

☐ 1-10

☐ 11-20

☐ 21-30

☐ 31-40

☐ >40

14. Numero dei clienti in media per consulente

☐ 1-10

☐ 11-20

☐ 21-30

☐ 31-40

☐ >40

Numero di operatori

15. Numero stimato di operatori

- | | |
|---|---|
| a. Numero degli assunti durante gli ultimi sei mesi | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 6 <input type="checkbox"/> - 7+ <input type="checkbox"/> |
| b. Numero degli operatori che hanno lasciato il programma durante gli ultimi sei mesi | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 6 <input type="checkbox"/> - 7+ <input type="checkbox"/> |
| c. Numero degli operatori che lavora da meno di due anni nel programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 6 <input type="checkbox"/> - 7+ <input type="checkbox"/> |
| d. Numero degli operatori che lavorano nel programma da più di due anni | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 6 <input type="checkbox"/> - 7+ <input type="checkbox"/> |
| e. Numero degli operatori che lavorano nel programma da due a nove anni | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> - 6 <input type="checkbox"/> - 7+ <input type="checkbox"/> |

16. Si sono verificati cambiamenti nei seguenti ruoli professionali nell'ultimo anno?

Direttore dell'Agenzia (CEO)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Direttore del programma terapeutico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Responsabile del settore finanziario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Altre posizione dirigenziali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



TCU/ SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI

Si prega di completare con una croce il grado di accordo o di disaccordo

- 1= Fortemente in disaccordo
 2= In disaccordo
 3=Indeciso
 4= D'accordo
 5= Molto d'accordo

Il programma necessita di -

- | | |
|--|--|
| 17. Servizi di archiviazione e documentazione | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 18. Registrazioni continue dei progressi dei pazienti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 19. Rilevare informazioni che possano documentare l'efficacia del programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 20. Schede di registrazione amministrative standardizzate | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 21. Sistemi di valutazione in relazione alle prestazioni professionali dello staff e in generale sul funzionamento organizzativo | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 22. Selezionare nuovi interventi di trattamento e strategie per incrementare la formazione dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 23. Migliorare il sistema di registrazione delle informazioni amministrative e finanziarie | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 24. Produrre report periodici sulle informazioni cliniche, finanziarie e sui risultati del trattamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Lo staff necessita di formazione in -

- | | |
|--|--|
| 25. Valutare i problemi e i bisogni dei pazienti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 26. Aumentare la partecipazione del cliente al trattamento | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 27. Monitorare i progressi del cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 28. Migliorare la relazione con il cliente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 29. Migliorare le capacità di autocontrollo del paziente | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 30. Acquisire e migliorare le capacità di autocontrollo del paziente in relazione ai comportamenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 31. Aumentare il focus attentivo del paziente durante le sedute di gruppo | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 32. Utilizzare procedure di valutazione standardizzate e in versione elettronica | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Le pressioni attuali che impongono cambiamenti al programma derivano da -

- | | |
|--|--|
| 33. I clienti nel programma | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 34. I membri dello staff | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 35. Il supervisore clinico o dai dirigenti | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 36. Dai membri dell'agenzia | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 37. Da gruppi della comunità | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 38. Da fondi e dalla supervisione delle agenzie | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |
| 39. Dal sistema di accreditamento o dalle autorità che rilasciano i permessi | 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> - 4 <input type="checkbox"/> - 5 <input type="checkbox"/> |

Le diagnosi e il sistema di fatturazione

40. Sono necessarie diagnosi formulate con il DSM per il rimborso dei servizi offerti 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
41. Sono necessarie diagnosi formulate con il DSM per pianificare i progetti individuali riabilitativi 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
42. La maggior parte dello staff è abituata a far uso delle diagnosi DSM per pianificare il trattamento 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
43. Una formazione specialistica nell'utilizzare strumenti per diagnosi sintetiche sarebbe di aiuto allo staff 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
44. Le fatture sono spesso basate su rimborsi standard piuttosto che sui costi reali sostenuti 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
45. I costi documentati per ogni pacchetto di servizi o prestazioni erogate sarebbero di aiuto nel negoziare i rimborsi 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
46. Strumenti amministrativi operativi e formazione adeguata sono necessari per documentare tutte le risorse impiegate nel fornire pacchetti di servizi 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
47. Il confronto dei costi tra programmi simili migliorerebbe le decisioni circa l'organizzazione e la gestione dei programmi riabilitativi 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐
48. Si necessita di linee guida per interpretare i costi in relazione all'efficacia dei trattamenti 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐

Valutazione del clima professionale

1=molto

2=abbastanza

3=va bene

4=abbastanza

5=molto

- | | | |
|-----------------------------|------------------------|-----------|
| 49. Stabile | 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐ | Instabile |
| 50. Incerto | 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐ | Certo |
| 51. Complesso | 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐ | Semplice |
| 52. In stato di cambiamento | 1☐ - 2☐ - 3☐ - 4☐ - 5☐ | immutato |