



Scheda di valutazione del minore e della famiglia

I accesso

La presente scheda viene utilizzata per la valutazione iniziale dei soggetti minorenni con i relativi genitori che accedono al servizio per un problema legato all'uso di sostanze.

Si prega di compilare accuratamente i campi contenuti. Eventuali osservazioni possono essere inserite nei campi note.

Unità operativa	_____	Operatore	_____
Data	_____	Codice progressivo soggetto	_____

1. Dati generali

Fonte di invio Accesso diretto Servizi sociali Pediatri/MG
 Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni Istituto scolastico Pronto soccorso/ospedale
 Altro _____

2. Nucleo familiare presente al colloquio

Padre Età _____ Professione _____

Madre Età _____ Professione _____

Altro soggetto (specificare) _____

N. figli totali _____

Condizioni dei Genitori Uniti Separati Famiglia ricostituita

Se separati Affidato congiunto Affidato condiviso

Motivazione riportata dai genitori per la richiesta di colloquio

--

Elementi indicativi dell'uso di sostanze stupefacenti nel figlio riscontrati e riferiti dai genitori

--

Consenso Sì No

Note _____

3. Adolescente

Età _____ Sesso Maschio Femmina

Consenso Al colloquio Sì No Motivazione _____

 Al drug test Sì No Motivazione _____

Occupazione Studente In cerca di lavoro Occupato Sotto-occupato

Note _____

4. Uso di sostanze dichiarato del minore

Tabacco Si No Età inizio _____
Quantità media/die negli ultimi 30 gg _____
Amici che fumano: N _____ % _____ del totale
Note _____

Alcol Si No Età inizio _____
Tipologia Birra Vino Aperitivi alcolici
 Super-alcolici Altro _____

Frequenza media di assunzione A pasto Fuori pasto Giornaliera
 Settimanale Mensile Abbuffate (binge)

Descrivere la quantità MEDIA di assunzione in una giornata tipo N. Birre _____
 N. Bicchieri Vino _____
 N. Aperitivi _____
 N. Superalcolici _____
 N. Altro _____

Descrivere la quantità MASSIMA di una giornata dove si sono fatte forti assunzioni N. Birre _____
 N. Bicchieri Vino _____
 N. Aperitivi _____
 N. Superalcolici _____
 N. Altro _____

Ha mai avuto ubriacature/forti bevute (ultimi 12 mesi) Si No

Età 1a ubriacatura _____ N. episodi ultimo mese _____

Ha mai avuto bisogno di essere soccorso da personale sanitario per aver bevuto troppo (ultimi 12 mesi) Si No Quante volte nell'ultimo anno? _____

Ha mai avuto bisogno di essere soccorso da personale non sanitario (parenti, amici, ecc.) per aver bevuto troppo (ultimi 12 mesi) Si No Quante volte nell'ultimo anno? _____

Amici che bevono (riferito dal minore) N _____ % _____ del totale

Note _____

4. Uso di sostanze stupefacenti riferito Si No

Tipo di sostanza (1)	Uso				Dose/die e frequenza (N volte/settimana)	Via di assunzione				Età primo uso	Episodi di malore con accesso in pronto soccorso	
	Life Time		Ultimi 30 giorni			E V	I N	Re sp	OS		Si	No
Amfetamine	Si	No	Si	No							Si	No
Ecstasy	Si	No	Si	No							Si	No
Sostanze inalanti	Si	No	Si	No							Si	No
Cannabis	Si	No	Si	No							Si	No
LSD	Si	No	Si	No							Si	No
Cocaina	Si	No	Si	No							Si	No
Crack	Si	No	Si	No							Si	No
Eroina	Si	No	Si	No							Si	No
Metadone	Si	No	Si	No							Si	No
Altri oppiacei (buprenorfina, morfina, ecc.)	Si	No	Si	No							Si	No
GHB (ecstasy liquida)	Si	No	Si	No							Si	No
Steroidi	Si	No	Si	No							Si	No
Altre sostanze (cannabinoidi sintetici, salvia divinorum)	Si	No	Si	No							Si	No
Altri allucinogeni (ketamina, mescalina, sintetici)	Si	No	Si	No							Si	No
Mefedrone	Si	No	Si	No							Si	No
Altre sostanze:	Si	No	Si	No							Si	No

1) Possono coesistere più sostanze

Amici che usano sostanze riferiti dal minore: N _____ % _____ del totale

Soldi spesi settimanalmente per l'acquisto di sostanze _____/euro

Uso di psicofarmaci non prescritti Si No Nomi: _____

5. Gioco d'azzardo Si No

Tipo Gratta e vinci Slot-machine
 Lotto Scommesse sportive/ippiche
 Superenalotto Video poker
 Bingo Altro
 Giochi abilità

Soldi spesi settimanalmente per gioco d'azzardo € _____ (ultimi 30 gg)

6. Rapporto con le tecnologie digitali Si No Se sì, specificare tempo dedicato/die _____

Tipo Internet Telefonino
 Videogiochi Chat line

7. Episodi antisociali

Si

No

Tipo	Presenza				Frequenza ultimi 30 giorni (N. volte)	Conseguenze
	Life Time		Ultimi 12 mesi			
Risse	Si	No	Si	No		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Piccoli furti	Si	No	Si	No		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Spaccio	Si	No	Si	No		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Atti vandalici	Si	No	Si	No		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Prostituzione	Si	No	Si	No		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Altro _____	Si	No	Si	No		<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)

Note

8. Precedenti disturbi comportamentali registrate dall'operatore

Diagnosticati da operatori sanitari

Si

No

Tipo

- Iperattività
- Deficit di attenzione
- Aggressività
- Difficoltà apprendimento
- Altro: _____

Osservati dai genitori (ultimi 12 mesi)

Si

No

Tipo (possono coesistere più tipi)

- Iperattività
- Deficit di attenzione
- Autolesionismo
- Difficoltà apprendimento
- Scarso rispetto delle regole
- Crisi di ira
- Aggressività verbale
- Aggressività fisica
- Tendenza a mentire
- Piccoli furti domestici
- Assenze scolastiche ingiustificate
- Irregolarità sonno/veglia
- Irregolarità alimentare (frequenza/tipo)

- Iperfagia
- Bulimia
- Scarsa alimentazione
- Non regolarità pasti
- Altro: _____
- Altro _____

Peso ____ Altezza ____

9. Atteggiamenti o attuale verso il rispetto delle regole (riferito dai genitori)

Giudizio di	Non rispettoso	Poco rispettoso	Abbastanza rispettoso	Molto rispettoso
Madre				
Padre				

10. Comportamenti a rischio riferiti dal soggetto minorenne

Sessuali Si No _____

Coinvolto in attività di micro-spaccio e traffico (gestione acquisti di gruppo, vendita ad altre persone, ecc.) Si Probabile No _____

11. Rendimento scolastico

Pregresse bocciature Si No N. _____ Età _____

Situazione attuale N. materie insufficienti (ultimo anno scolastico) _____

Note _____

12. Conflittualità familiare (riferita dall'adolescente e, in separata sede, dai genitori)

Rapporto	Giudizio soggettivo								
	Adolescente			Madre			Padre		
	Grado di intesa*	Grado di stima**	Violenza ***	Grado di intesa*	Grado di stima**	Violenza ***	Grado di intesa*	Grado di stima**	Violenza ***
Madre - Figlio	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica			
Padre - Figlio	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica

* Grado di armonia e di accordo tra i soggetti

** Grado di apprezzamento/ammirazione tra i soggetti riferito

*** Presenza di episodi di aggressività verbale o fisica tra i soggetti riferito

Note _____

13. Atteggiamento dei genitori nei confronti dell'uso di sostanze (giudizio dell'operatore)

Sostanze illegali

Padre Tollerante Parzialmente tollerante Non tollerante Dubbioso

Madre Tollerante Parzialmente tollerante Non tollerante Dubbioso

Note

Sostanze legali (alcol, tabacco, farmaci psicoattivi)

Padre Tollerante Parzialmente tollerante Non tollerante Dubbioso

Madre Tollerante Parzialmente tollerante Non tollerante Dubbioso

Note

14. Uso di sostanze nei genitori riferito

Uso ATTUALE

	Uso ATTUALE Tabacco			
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Occasionale (non programmato)	<input type="checkbox"/> Periodico (1 volta/sett)	<input type="checkbox"/> Quotidiano (dipendenza)
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Occasionale (non programmato)	<input type="checkbox"/> Periodico (1 volta/sett)	<input type="checkbox"/> Quotidiano (dipendenza)

	Uso ATTUALE Sostanze Stupefacenti			
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Occasionale (non programmato)	<input type="checkbox"/> Periodico (1 volta/sett)	<input type="checkbox"/> Quotidiano (dipendenza)
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Occasionale (non programmato)	<input type="checkbox"/> Periodico (1 volta/sett)	<input type="checkbox"/> Quotidiano (dipendenza)

Note

	Abuso ATTUALE Alcol		
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Uso ma non abuso	<input type="checkbox"/> Abuso (> 2 unità alcolica/ die*)
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Uso ma non abuso	<input type="checkbox"/> Abuso (> 1 unità alcolica/ die*)

*Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico.

Uso ATTUALE di farmaci psicoattivi					
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Pregresso	<input type="checkbox"/> Abuso (non prescritti)	Tipo
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Pregresso	<input type="checkbox"/> Abuso (non prescritti)	Tipo

Uso pregresso

	Uso PREGRESSO Sostanze stupefacenti			Abuso PREGRESSO Alcol		
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Dipendenza	<input type="checkbox"/> Uso ma non abuso	<input type="checkbox"/> Abuso	<input type="checkbox"/> Dipendenza
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Dipendenza	<input type="checkbox"/> Uso ma non abuso	<input type="checkbox"/> Abuso	<input type="checkbox"/> Dipendenza

Pregressi ricoveri o terapie psichiatriche			
Padre	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Specifiche _____
Madre	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Specifiche _____

Note _____

15. Analisi dei modelli educativi di base *(rilevati al primo colloquio) (stima/giudizio dell'operatore)

	Adeguati	Parzialmente adeguati	Inadeguati
Rapporti inter familiari			
Rientri notturni			
Regolarità dei pasti			
Condivisione compiti gestione familiare			
Gestione del denaro			
Conservazione ritmo sonno/veglia			
Rispetto ruoli famigliari			
Coerenza tra coniugi sulle regole educative			

*Giudizio dell'operatore sulla base degli standard di riferimento vedere FETQ – Family Educational Twin Questionnaire for Drugs, Serpelloni G, Bonci A., Rimondo C., *Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze*, 2009

Note _____
