



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 maleore con accesso in pronto soccorso	
	Life Time		Ultimi 30 giorni				E V	I N	Re sp	OS			
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

☐ Sì

☐ No

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

☐ Sì

☐ No

Tipo

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

Osservati dai genitori (ultimi 12 mesi)

☐ Sì

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

11. Rendimento scolastico

- Pregresse bocciature ☐ Sì ☐ 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
