

## ALLEGATO B

### Questionario sulle caratteristiche del CAF (QUESTIONARIO 1)

A.1. Regione \_\_\_\_\_

A.2. CAF \_\_\_\_\_

A.3. Indirizzo \_\_\_\_\_

A.4. Referente per informazioni relative alla compilazione \_\_\_\_\_

A.5. Telefono \_\_\_\_\_

A.6. e-mail \_\_\_\_\_

A.7. CAF a prevalente trattamento individuale  CAF a prevalente trattamento di gruppo

#### 1. Struttura

1.1. Esiste un riconoscimento aziendale formale dell'attivazione del CAF?

Sì  No

1.2. Il /I locale/i è/sono dedicato/i, anche parzialmente, all'attività del CAF?

Sì  No

1.3. L'accesso al CAF è differenziato rispetto all'utenza routinaria (tossicodipendenti/ pazienti dell'ospedale)?

Sì  No

1.4. Numero di locali dedicati al CAF |\_\_|

1.5. Presenza di strumenti diagnostici

misuratore CO  spirometro  sfigmomanometro  saturimetro

altro  specificare \_\_\_\_\_

1.6. Raccolta informazioni tramite cartella informatizzata Sì  No

#### 2. Personale

2.1. Quali, quante figure professionali e per quante ore settimanali lavorano al vostro CAF ?

medico N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

psicologo N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

personale amministrativo N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

operatori CAF (Toscana) N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

infermiere N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

educatore professionale N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

assistente sociale N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

assistente sanitario N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

volontario delle associazioni N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

altro, specificare \_\_\_\_\_ N. |\_\_|\_\_| ore alla settimana\* |\_\_|\_\_|

\* esempio: 2 medici lavorano al CAF, uno 4 ore settimanali, l'altro 2 ore. Bisogna mettere la somma: 6 ore settimanali

2.2. Il personale ha fatto percorso formativo specifico sul fumo?

No  Sì  specificare \_\_\_\_\_

### 3. Modalità di accesso

3.1. Ore di apertura alla settimana |\_\_|\_\_|

3.2. Numero di settimane di apertura all'anno |\_\_|\_\_|

### 4. Comunicazione del CAF con strutture di primo livello e strutture territoriali

4.1. Esiste una forma standardizzata di comunicazione (lettera di presa in carico, report, telefonata) con il medico di base dopo la prima visita ?

No  Sì  specificare \_\_\_\_\_

4.2. Esiste una forma standardizzata di comunicazione (lettera di dimissione, report, telefonata) con il medico di base dopo la dimissione del paziente? No  Sì

4.3. Il medico di base fa impegnativa per prima visita al CAF? No  Sì

4.4. Sono state organizzate iniziative di formazione con strutture/professionisti di primo livello (esempio, medici di base) negli ultimi 2 anni? No  Sì

4.5. Il CAF negli ultimi 2 anni ha partecipato/organizzato programmi di disassuefazione sul territorio?

No

Sì, da solo

Sì in collaborazione con UO territoriali o ospedaliere (Educazione alla salute, Igiene Pubblica, Reparti ospedalieri)

Sì in collaborazione con scuole o associazioni

4.6. Il CAF negli ultimi 2 anni ha partecipato/organizzato eventi, come la giornata senza fumo del 31 maggio, in collaborazione con altre UO territoriali o ospedaliere?

No

Sì, da solo

Sì in collaborazione con UO territoriali o ospedaliere (Educazione alla salute, Igiene Pubblica, Reparti ospedalieri)

Sì in collaborazione con scuole o associazioni

### 5. Modalità di valutazione iniziale del paziente (rispondere a tutte le voci)

5.1. Visita medica Sì  No

5.2. Anamnesi tabaccologica Sì  No

5.3. Misurazione CO Sì  No

5.4. Valutazione dipendenza Fagerström (FTQ) Sì  No

- 5.5. Valutazione della motivazione Sì  No   
 Se sì, con cosa viene valutata la motivazione? dall'anamnesi   
 tramite test secondo metodo di Di Clemente-Prochaska  altro test standardizzato
- 5.6. Valutazione ansia Sì  No  Se sì, tramite anamnesi  tramite specifici test
- 5.7. Tono dell'umore Sì  No  Se sì, tramite anamnesi  tramite specifici test
- 5.8. Disturbi alimentari Sì  No  Se sì, tramite anamnesi  tramite specifici test
- 5.9. Consumo alcol Sì  No  Se sì, tramite anamnesi  tramite specifici test
- 5.10. Consumo droghe Sì  No  Se sì, tramite anamnesi  tramite specifici test
- 5.11. Valutazione di concomitanti patologie correlate somatiche Sì  No
- 5.12. Applicate dei criteri di esclusione dal trattamento?  
 Sì  No  Se No, esistono programmi per gruppi specifici
- Se sì, quali: Sì  No   
 Soggetti con gravi patologie psichiatriche Sì  No   
 Giovane età (<18 anni) Sì  No   
 Assenza di motivazione Sì  No   
 Altro, specificare \_\_\_\_\_

## 6. Trattamenti

6.1. Qual è il tipo di trattamento effettuato al momento attuale?

- Terapia farmacologica con counseling individuale Sì  No
- Terapia farmacologica con counseling di gruppo Sì  No
- Solo counseling individuale Sì  No
- Solo trattamento di gruppo Sì  No

6.2. Chi conduce l'intervento individuale?

- medico Sì  No
- psicologo Sì  No
- infermiere Sì  No
- operatori CAF (Toscana) Sì  No
- educatore professionale Sì  No
- assistente sociale Sì  No
- assistente sanitaria Sì  No
- volontario delle associazioni Sì  No
- altra figura Sì  No   
 specificare \_\_\_\_\_





11. Numero di sigarette fumate al giorno |\_|\_|

12. N. tentativi per smettere |\_|\_|

13. CO (in ppm) alla prima visita |\_|\_|

14. Punteggio FTQ |\_|\_|

15. Sto pensando seriamente di smettere di fumare

Sì, entro 7 giorni  Sì, entro 30 giorni  Sì, entro 6 mesi

No  Non so

16. Indichi con un numero da 0 a 10 quanto è sicuro di smettere di fumare |\_|\_|

17. Indichi con un numero da 0 a 10 quanto è importante per Lei smettere di fumare |\_|\_|

18.1. Abuso di alcol pregresso  attuale  No

18.2. Uso di droghe pregresso  attuale  No

18.3. Disturbo alimentare pregresso  attuale  No

18.4. Depressione pregresso  attuale  No

18.5. Ansia pregresso  attuale  No

18.6. Patologie cardiache pregresso  attuale  No

18.7. Patologie respiratorie pregresso  attuale  No

18.8. Uso abituale di farmaci pregresso  attuale  No

18.9. Uso abituale di psicofarmaci pregresso  attuale  No

18.10. Altro pregresso  attuale  No

19.1. Ha partecipato alla prima sessione di trattamento Sì  No

19.2. Data prima sessione di trattamento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*\*\*\*\*

**I dati da qui in poi sono raccolti solo per chi frequenta almeno la prima sessione di trattamento**

**Trattamento**

Da compilarsi **alla fine del trattamento (dimissione)**, nel caso che il fumatore abbia concluso il trattamento, **o all'ultima sessione di trattamento**, nel caso che il fumatore interrompa la terapia.

20. Trattamento\*  Terapia farmacologica con counseling individuale   
(\* scegliere una modalità sola) -- Terapia farmacologica con trattamento di gruppo   
-- Solo counseling individuale   
-- Solo trattamento di gruppo
21. Farmaco: vareniclina  nicotina  bupropione
22. Rilassamento  Sì  No
23. Agopuntura  Sì  No
24. Interventi sulla dieta  Sì  No
25. altro, specificare \_\_\_\_\_
26. Durata trattamento in settimane |\_\_|\_\_|
27. N. sessioni individuali/di gruppo effettuati |\_\_|\_\_|
28. Data della fine del trattamento (dimissione; ultimo accesso di trattamento) \_\_/\_\_/\_\_
29. Trattamento concluso (considerando il percorso standard)  Sì  No
30. Abitudine al fumo alla data di fine trattamento  
-- Non ha smesso   
-- Ha smesso
31. Alla fine del trattamento (negli ultimi 7 giorni), fuma sigarette? No  Sì
32. Se sì, quante ne fuma in media? al giorno |\_\_|\_\_| alla settimana \* |\_\_|\_\_|  
\* se fuma non tutti i giorni

**Pazienti psichiatrici**

33. Test per accertamento diagnostico di ansia  Sì  No
34. Test per accertamento diagnostico di disturbi umore  Sì  No
35. Test per accertamento diagnostico di alcol  Sì  No
36. Contatto\* con MMG/specialista per problema psichiatrico telefonico  scritto   
\*segnalazione dell'inizio di un trattamento di disassuefazione di paziente psichiatrico
37. Relazione da parte del CAF al MMG/specialista telefonico  scritto
38. Nullaosta da parte specialista per problema psichiatrico telefonico  scritto
39. Trattamento di riduzione dell'abitudine al fumo per pz. psichiatrici  Sì  No
40. Trattamento del tabagismo effettuato in collaborazione con specialista della salute mentale  
 Sì  No

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

