

SEZIONE 2. DATI SOCIO_ANAGRAFICI

5. Livello di istruzione della paziente

- Nessun titolo di studio
- Scuola Primaria
- Scuola secondaria I grado
- Scuola Secondaria II grado
- Laurea Triennale
- Laurea Magistrale
- Master o titolo post-lauream (inclusa abilitazione professionale)

6. Relazione con il partner attuale

- Nubile (nessuna relazione)
- Coniugata
- Separata/Divorziata
- Relazione sentimentale non convivente
- Convivente
- Vedova

7. Da quanto tempo dura la relazione

- Nubile (nessuna relazione)
- Coniugata
- Separata/Divorziata
- Relazione sentimentale non convivente
- Convivente
- Vedova

8. Occupazione della paziente

- Occupazione stabile
- Occupazione precaria
- Non occupata
- Casalinga/Pensionata
- Studentessa

SEZIONE 2. DATI SOCIO_ANAGRAFICI

9. Cittadinanza o Paese di nascita estero della paziente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Numero di figli minori conviventi

- Nessuno
- Uno
- Due
- Più di due

11. Numero di figli conviventi con disabilità

- Nessuno
- Uno
- Due
- Più di due

12. Numero di figli minori da altro partner

- Nessuno
- Uno
- Due
- Più di due

13. La paziente intende proseguire?

- Sì *(si prosegue alla domanda successiva)*
- No *(si invia il questionario compilato sino a qui)*

14. La paziente partecipa allo studio:

- Come persona vittima di violenza *(si prosegue alla sezione successiva)*
- Come persona non vittima di violenza *(si salta alla sezione 5)*

SEZIONE 3. DESCRIZIONE DELLA VIOLENZA

15. Relazione vittima-aggressore

- Coniuge o partner
- Genitore
- Altro parente
- Conoscente o amico
- Estraneo
- Relazione non specificata
- Altro

16. Sesso dell'aggressore

- Maschio
- Femmina
- Altro

17. Classe di età dell'aggressore

- Minori di 15 anni
- Giovani (14-24 anni)
- Adulti (25-64 anni)
- Anziani (65 e più anni)
- Non nota

18. Relativamente all'evento subito, si è trattato di:

- Evento singolo *(vai alla domanda 19)*
- Evento ripetuto *(vai alla domanda 20)*

SEZIONE 3. DESCRIZIONE DELLA VIOLENZA

19. (se evento singolo) Tipo di violenza subita e quando si è verificata

	Mai	< 6 mesi	6-12 mesi	1-5 anni	6-10 anni	11-20 anni	Più di 20 anni
Violenza sessuale	<input type="checkbox"/>						
Violenza fisica	<input type="checkbox"/>						
Violenza psicologica	<input type="checkbox"/>						
Violenza economica	<input type="checkbox"/>						

20. (se evento ripetuto) Tipo di violenza subita e da quanto tempo la si subisce

	Mai	< 6 mesi	6-12 mesi	1-5 anni	6-10 anni	11-20 anni	Più di 20 anni
Violenza sessuale	<input type="checkbox"/>						
Violenza fisica	<input type="checkbox"/>						
Violenza psicologica	<input type="checkbox"/>						
Violenza economica	<input type="checkbox"/>						

21. Valutazione gravità della violenza.

Per essere considerato grave il paziente deve soddisfare almeno uno dei seguenti criteri (sono possibili più risposte)

- Trauma da moderato in su (score AIS massimo ≥ 2); lesione non superficiale ad es. frattura composta avambraccio
- Sintomi di depressione o ansia grave; precedenti autolesivi o segni d'intento suicidario
- Precedenti di violenza subita in ambito relazionale
- Continuità violenza: durata maltrattamento superiore a 1 anno
- Violenza sessuale con penetrazione
- Minaccia con armi (o percezione pericolo di vita)

22. La paziente intende proseguire?

- Sì (*si prosegue alla sezione successiva*)
- No (*si invia il questionario compilato sino a qui*)

SEZIONE 4. VALUTAZIONE RISCHIO RECIDIVA SEVERA

23. Valutazione rischio recidiva severa (DA-5)

Brief Risk Assessment for the Emergency Department (DA-5) - Valutazione breve del rischio di recidiva *(una risposta positiva a 3 domande denota un elevato rischio di maltrattamento grave)*

	Si	No
La frequenza e/o la gravità degli atti di violenza fisica sono aumentati negli ultimi 6 mesi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'aggressore ha mai utilizzato un'arma, o l'ha minacciata con un'arma, o ha tentato di strangolarla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensa che l'aggressore possa ucciderla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ha mai picchiata durante la gravidanza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'aggressore è violentemente e costantemente geloso di lei?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. La paziente intende proseguire?

- Si *(si prosegue alla sezione successiva)*
- No *(si invia il questionario compilato sino a qui)*

SEZIONE 5. MALATTIE, CONDIZIONI CRONICHE

25. Disturbi del comportamento alimentare

- Sì
- No
- Non so

26. Altre malattie e condizioni croniche, segni e sintomi

	No	Sì	Se sì, specificare
Disturbo uro-ginecologico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfunzione sessuale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patologia gastrointestinale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postumi di traumatismo, ustione o avvelenamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disabilità motoria, sensoriale o funzionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altra patologia, segno o sintomo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. La paziente intende proseguire?

- Sì (*si prosegue alla sezione successiva*)
- No (*si invia il questionario compilato sino a qui*)

SEZIONE 6. ASSUNZIONE DI FARMACI

28. Assume farmaci?

- Sì (se Sì, si va alla domanda 29)
- No (se No, si va alla domanda 30)

29. Indicare i farmaci, dando la precedenza ad antidepressivi o ansiolitici

Farmaco 1 (indicare nome):

Farmaco 1 (indicare posologia):

Farmaco 2 (indicare nome):

Farmaco 2 (indicare posologia):

Farmaco 3 (indicare nome):

Farmaco 3 (indicare posologia):

Farmaco 4 (indicare nome):

Farmaco 4 (indicare posologia):

30. La paziente intende proseguire?

- Sì (si prosegue alla sezione successiva)
- No (si invia il questionario compilato sino a qui)

SEZIONE 7. TERAPIA O COUNSELING

31. Terapia o consulenza psichiatrica/psicologica

	Si	No
Assume farmaci antidepressivi o ansiolitici?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segue un percorso con uno psicoterapeuta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segue un percorso con uno psichiatra?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. La paziente intende proseguire?

- Sì *(si prosegue alla sezione successiva)*
- No *(si invia il questionario compilato sino a qui)*

SEZIONE 8. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS (ITQ)

33. Qui sotto sono elencati alcuni problemi che le persone a volte riferiscono in risposta ad eventi di vita traumatici o stressanti. Per favore legga attentamente ogni domanda e poi segni quanto è stata infastidita da tale problema nell'ultimo mese.

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ01: Fare sogni inquietanti che riproducono parte dell'esperienza o che sono chiaramente collegati ad essa?	<input type="checkbox"/>				
ITQ02: Nella sua mente si presentano talvolta ricordi o immagini per cui le sembra che l'esperienza stia accadendo di nuovo in quel momento?	<input type="checkbox"/>				
ITQ03: Evitare qualcosa di interno (come pensieri, emozioni, o sensazioni fisiche) che le ricorda l'esperienza?	<input type="checkbox"/>				
ITQ04: Evitare qualcosa di esterno che le ricorda l'esperienza (come persone, luoghi, argomenti di conversazione, oggetti, attività o situazioni)?	<input type="checkbox"/>				
ITQ05: Essere estremamente in allerta, vigile, o sul chi va là?	<input type="checkbox"/>				
ITQ06: Sentirsi con i nervi a fior di pelle o spaventarsi facilmente?	<input type="checkbox"/>				

34. Nel mese scorso i sintomi sopra elencati hanno:

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ07: Influenzato le sue relazioni o la sua vita sociale?	<input type="checkbox"/>				
ITQ08: Influenzato il suo lavoro/scuola o la sua capacità di lavorare/studiare?	<input type="checkbox"/>				
ITQ09: Influenzato qualsiasi altro aspetto importante della sua vita?	<input type="checkbox"/>				

SEZIONE 8. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS (ITQ)

35. Qui sotto sono elencati problemi o sintomi che qualche volta sperimentano le persone che hanno vissuto eventi stressanti o traumatici. Le domande si riferiscono ai modi in cui lei si sente abitualmente, a quello che abitualmente pensa di sé stesso ed ai modi in cui abitualmente si relaziona con gli altri. Risponda alle seguenti affermazioni pensando a quanto ciascuna di queste sia vera per lei.

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ10: Quando sono nervosa, ci vuole molto tempo per calmarmi	<input type="checkbox"/>				
ITQ11: Mi sento emotivamente insensibile/anestetizzata o emotivamente spenta	<input type="checkbox"/>				
ITQ12: Mi sento una fallita	<input type="checkbox"/>				
ITQ13: Mi sento senza valore	<input type="checkbox"/>				
ITQ14: Mi sento lontana o tagliata fuori dalle persone	<input type="checkbox"/>				
ITQ15: È difficile stare emotivamente vicina alle persone	<input type="checkbox"/>				

36. Nell'ultimo mese, riguardo a ciò che pensa di sé stessa, alla sfera emozionale e alle relazioni, i problemi sopraelencati:

	Per nulla	Poco	Moderata- mente	Abba- stanza	Molto
ITQ16: Hanno generato preoccupazioni o difficoltà nelle sue relazioni o nella sua vita sociale?	<input type="checkbox"/>				
ITQ17: Hanno influenzato il suo lavoro o la sua capacità di lavorare?	<input type="checkbox"/>				
ITQ18: Hanno influenzato altri aspetti importanti della sua vita come il ruolo genitoriale, lo studio o altre attività importanti?	<input type="checkbox"/>				

37. La paziente intende proseguire?

- Sì (si prosegue alla sezione successiva)
- No (si invia il questionario compilato sino a qui)

SEZIONE 9. VALUTAZIONE DEPRESSIONE (CESD-R)

38. Di seguito è riportata una lista di alcuni dei modi in cui ti puoi esser sentita e/o comportata. Ti preghiamo di indicare quante volte ti sei sentita in questo modo durante la scorsa settimana scegliendo l'appropriata casella per ogni domanda..

	Raramente o mai (meno di 1 giorno)	Alcune volte o per poco tempo (1-2 giorni)	Occasional mente o per un moderato ammontare di tempo (3-4 giorni)	Tutto il tempo (5-7 giorni)
Il mio appetito era scarso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non riuscivo a scrollarmi di dosso la tristezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avevo difficoltà a concentrarmi su ciò che stavo facendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sentivo depressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il mio sonno era agitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sentivo triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non riuscivo ad andare avanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niente mi rendeva felice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sentivo una persona cattiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho perso interesse nelle mie attività abituali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho dormito molto più del solito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sembrava di muovermi troppo lentamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi sentivo nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho desiderato di essere morta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volevo farmi del male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ero sempre stanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non mi piacevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho perso molto peso senza provarci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto molti problemi a dormire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non riuscivo a concentrarmi sulle cose importanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>