



# ENSP

European Network  
for Smoking and Tobacco Prevention

# Questionario di screening sull'uso del tabacco

Nome:..... Et :.....

**Indicare la propria situazione** Fumatore  Fumatore occasionale  Non-fumatore  Ex-fumatore

- Se NON   un fumatore**, vorremmo ringraziarla del tempo dedicatoci e congratularci con lei della sua scelta di non fumare! Le chiediamo gentilmente di riconsegnare questo questionario al personale sanitario che glielo ha fornito!
- Se   un fumatore o un fumatore occasionale**, gentilmente le chiediamo di prendersi qualche minuto per rispondere alle domande 1-7.
- Se   un ex fumatore**, le chiediamo cortesemente di rispondere alle domande 8-14.

**1. Che tipo di prodotto del tabacco usa?** Sigarette  Sigari  Pipa  Tabacco da masticare  Narghil 

**2. Da quanti anni fuma?**.....

**3. Utilizza qualche nuovo prodotto del tabacco?** S   No

**4. Di che tipo?** E-cigarette  IQOS  Juul  altro  Specificare altro.....

### 5. Fagerstrom Test per la dipendenza da nicotina (FTND)

(Mettere una X alla risposta che meglio si addice al proprio caso)	Punteggio
<b>1. Dopo quanto tempo dal risveglio fuma la prima sigaretta?</b> Massimo 5 minuti (3) ..... <input type="radio"/> 6-30 minuti (2) ..... <input type="radio"/> 31-60 minuti (1) ..... <input type="radio"/> Pi� di 60 minuti (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>2. Ha difficolt� a rinunciare al fumo in luoghi in cui � vietato (es. chiesa, cinema, treno, ristorante ecc.)?</b> S� (1) ..... <input type="radio"/> No (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>3. A quale sigaretta rinuncierebbe con maggiore difficolt�?</b> La prima sigaretta della mattina (1) ..... <input type="radio"/> Tutte le altre (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>4. Quante sigarette fuma in media al giorno?</b> 10 o meno (0) ..... <input type="radio"/> 11-20 (1) ..... <input type="radio"/> 21-30 (2) ..... <input type="radio"/> 31 o pi� (3) ..... <input type="radio"/>	
<b>5. Nelle prime ore del mattino fuma a intervalli pi� brevi rispetto alle altre ore del giorno?</b> S� (1) ..... <input type="radio"/> No (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>6. Fuma anche se � cos� ammalata/o da stare a letto?</b> S� (1) ..... <input type="radio"/> No (0) ..... <input type="radio"/>	
<b>Totale</b>	.....



**6. La presenza di ansia o depressione**

Nelle ultime 2 settimane quanto spesso è stato colpito dai seguenti problemi?	Mai (0)	Alcuni giorni (1)	Più della metà dei giorni (2)	Quasi ogni giorno (3)	Punteggio
1. Sensazione di nervosismo, ansia o di essere al limite della sopportazione					
2. Non sentirsi in grado di frenare o limitare le proprie preoccupazioni					.....
3. Sentirsi giù di morale, depresso o senza speranze					
4. Avere poco interesse o piacere nel fare le cose					.....

**Questionario sanitario in quattro punti per l'ansia e la depressione (PHQ-4)**

**7. Importanza e volontà**

1. Su una scala da 1 a 10, quanto è importante per lei smettere di fumare ora?

(per nulla importante) 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  (molto importante)

2. Su una scala da 1 a 10, è pronto a smettere di fumare ora?

(per nulla pronto) 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  (pronto)

**Ora le chiediamo gentilmente di restituire il questionario al personale sanitario che glielo ha fornito!**

**Se è un ex fumatore**, gentilmente si prenda qualche minuto per rispondere alle domande seguenti:

**8. Quante sigarette fumava prima di smettere?** .....

**9. Dopo quanto tempo dal risveglio fumava la prima sigaretta?**

Meno di 5 minuti.....

6-30 minuti.....

31-60 minuti.....

Più di 60 minuti.....

**10. Quante sigarette al giorno fumava?**

10 o meno .....

11-20 (1) .....

21-30 (2) .....

31 o più (3).....

**11. Da quanto tempo si astiene dal fumo?** .....

**12. Percepisce qualche sintomo da astinenza?** ..... Sì  No

**13. Assume qualche farmaco per smettere di fumare?** ..... Sì  No

Se sì,

Quale trattamento usa/usava?

NRT (Terapia Sostitutiva con Nicotina) .....

Specificare il/i tipo/i di terapia sostitutiva con nicotina utilizzato/i (NRT) .....

Vareniclina .....

Bupropione .....

Altro .....

Specificare altro .....

Ha/ha avuto effetti collaterali causati dai farmaci?

Sì  No  Se sì, specificare quale/i.....

**14. Pensa di voler ricominciare a fumare?** ..... Sì  No

**Ora le chiediamo gentilmente di restituire il questionario al personale sanitario che glielo ha fornito!**