

Allegato h3
Protocollo di verifica dell'appropriatezza
e dell'efficacia dell'inserimento

MODULO 1 - PROPOSTA INSERIMENTO IN COMUNITÀ
O SERVIZIO PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso M F T Data e Luogo di nascita: ____/____/____ _____

Residenza comune _____ indirizzo _____

Domicilio comune _____ indirizzo _____

Cittadinanza Italiana Straniera _____

Stato Civile: Celibe Nubile Coniugato/a Separato/a Convive Altro _____

Titolo di studio: _____ Situazione lavorativa: _____

Situazione familiare attuale: _____

Situazione abitativa attuale: _____

Situazione giuridica: _____

Problematiche socioeconomiche: _____ Anno presa in carico: _____

Età Inizio Uso: _____ Sostanza primaria: _____ Sostanza secondaria: _____

Modalità D'uso Fumata Inalata Iniettata Orale Altro _____

Trattamenti terapeutici pregressi: _____

Situazione sanitaria: _____

Scompensi psichiatrici: No Si _____

Ricoveri psichiatrici: _____

Terapia farmacologia attuale: _____

Servizio inviante: SerT CSM Carcere Altro _____

Obiettivi inserimento: _____

Operatore di riferimento SerT: _____;c/o _____;Tel _____

Medico di riferimento SerT: _____;c/o _____;Tel _____

Psichiatra di riferimento: _____;c/o _____;Tel _____

Struttura: _____ Operatore di riferimento: _____

MODULO 2 - ANAMNESI PSICO-SOCIO-SANITARIA
(da compilare entro due settimane dall'ingresso)

Cognome e nome o n. di cartella _____ Data della valutazione _____

Area Sanitaria

Fisica (patologie correlate e concomitanti, terapie farmacologiche di rilievo, eventuali intolleranze o allergie ai farmaci): _____

Tossicologica (sostanze, età inizio e modalità d'uso, comportamenti a rischio): _____

Sintomi Psichiatrici: _____

Area Psico-Pedagogica

Famiglia d'origine e acquisita (componenti, data di nascita/morte, lavoro, clima, tipo di relazioni prevalenti, traumi, consapevolezza del problema, eventuale presenza di minori nel nucleo attuale): _____

Relazioni amicali o altre significative: _____

Area Socio-Riabilitativa

Storia abitativa: _____

Storia lavorativa (invalidità): _____

Aspetti legali: _____

Rapporti con il servizio: _____

Altri servizi coinvolti: _____

Altro (elementi di forza/debolezza dell'utente, aspettative utente/servizi): _____

MODULO 3 - PROGETTO TERAPEUTICO CONGIUNTO: OBIETTIVI
(da compilare entro due settimane dall'ingresso)

Da verificare entro 3/4 mesi dall'ingresso per C.T., entro 45 gg. per COD e Pronto Soccorso Sociale

Cognome e nome o n° di cartella _____ Data della valutazione _____

Area Sanitaria

Disintossicazione	Trattamento prevenzione recidive
Adeguamento terapia farmacologica	Monitoraggio aspetti internistici
Osservazione <i>craving</i> in ambiente protetto	Altro _____

Area Psicopedagogica

Allontanamento ambiente problematico/familiare	Lavoro sulla genitorialità
Ri-acquisizione ritmi biologici e stili di vita adeguati	Altro _____
Osservazione clinica finalizzata alla diagnosi	_____
Trattamento prevenzione recidive	_____

Area Socioriabilitativa

Valutazione, individuazione e/o attivazione di risorse di rete sociale	Predisposizione progetto reinserimento
Coinvolgimento dei familiari a carico della struttura	Altro _____
Coinvolgimento dei familiari a carico del SerT	_____

Tipologie d'intervento

01	Pedagogico/Riabilitativa residenziale	08	Programma per cocainomani integrato diurno
02	Terapeutico/Riabilitativa semiresidenziale	09	Programma per cocainomani "Fine settimana"
03	Terapeutico/Riabilitativa residenziale	10	Pronto Soccorso Sociale
04	Struttura madre/bambino	11	Moduli per alcolisti e persone con problemi alcol-correlati
05	Modulo per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica	12	Programmi post-residenziali
06	Reinserimento in appartamento protetto	13	Doppia Diagnosi
07	Reinserimento in appartamento protetto con borsa lavoro	14	Altro _____

Prima verifica prevista per il _____

Utente

Firma

Operatore referente per la struttura

Ente

Firma

Operatore referente per il SerT

Ente

Firma

MODULO 4 - VALUTAZIONE CONGIUNTA DEL PROGETTO TERAPEUTICO

Cognome e nome o n. di cartella _____ Data della valutazione _____

Fase del percorso terapeutico di inserimento

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> In corso | 6 <input type="checkbox"/> Terminata - Decesso (del paziente) |
| 2 <input type="checkbox"/> Completata | 7 <input type="checkbox"/> Interrotta - Abbandono |
| 3 <input type="checkbox"/> Terminata - Dimissione concordata | 8 <input type="checkbox"/> Interrotta - Fuga |
| 4 <input type="checkbox"/> Terminata - Passaggio ad altra struttura | 9 <input type="checkbox"/> Interrotta - Espulsione |
| 5 <input type="checkbox"/> Terminata - Arresto | 10 <input type="checkbox"/> Sospensione |
| 11 <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ | |

VERIFICA OBIETTIVI DI AREA

Area Sanitaria: _____

Area psico-pedagogica: _____

Risorse e limiti psicologici/relazionali: _____

Area socio-riabilitativa: _____

Altro: _____

Note: _____

Prossima verifica prevista per il _____

Utente		Firma
_____		_____

Operatore referente per la struttura	Ente	Firma
_____		_____

Operatore referente per il SerT	Ente	Firma
_____		_____