

Studio “Valutazione dell’offerta e dell’esito dei trattamenti in Comunità Terapeutiche” (VOECT)

Ministero della Salute - Ricerca finalizzata es. fin. 2006

QUESTIONARIO RIFIUTI/NON CONTATTATI

(da compilare a cura dell’operatore)

DATA COMPILAZIONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A. DATI GENERALI

Codice Regione: |_|_|_| Codice Struttura: |_|_|_| Codice Utente: |_|_|_|_|

Data di nascita: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Il soggetto non è stato arruolato in quanto:

- a) Ha rifiutato di firmare la lettera di consenso
Motivo del rifiuto: Timori per l’anonimato
 Diffidenza verso l’utilità dello studio
 Non disponibilità a rispondere all’ennesimo questionario
 Altro
 Non rilevato
- b) Non gli è stato proposto di partecipare allo studio
Motivo: Ha lasciato la comunità/ è stato trasferito, prima che fosse possibile proporgli lo studio
 In data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| è deceduto, prima che fosse possibile proporgli lo studio
 La sua situazione medica/ psicologica non ha permesso di effettuare l’intervista prima che lasciasse la comunità
 Altro

2. Genere:

- Maschio Femmina Transgender

3. Nazionalità:

- Italiana Estera

4. Stato civile:

- Celibe/Nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a

5. Scolarizzazione:

- Nessuna
- Licenza Elementare
- Licenza Media Inferiore
- Licenza Media Superiore
- Diploma Formazione professionale regionale
- Laurea
- Diploma post universitario

6. Occupazione:

- Disoccupato
- Occupato saltuariamente
- Occupato
- Studente non in condizione lavorativa
- Casalinga
- Pensionato/a
- Invalido/a

7. Situazione abitativa:

- Con partner e/o figli
- Con famiglia di origine e/o famiglia del partner
- Con amici
- Solo/a
- Senza dimora stabile
- Carcere
- Altro

B. INVIO

8. Data di ingresso: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. Tipologia riferita all'attuale ingresso dell'utente nella presente sede operativa:

- Nuovo utente
- Rientro → Data ultima uscita dalla presente sede operativa |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

10. Servizio/Ente inviante:

- Ser.T. pubblico
- Ser.T. privato
- Altri Servizi Territoriali
- Magistratura
- Tribunale per i minorenni
- Stesso Ente che gestisce la struttura
- Altro Ente del Privato Sociale o del Volontariato
- Nessuno
- Altro

11. Territorio di provenienza dell'utente (domicilio):

- Comune o Provincia
- Regione
- Altra Regione
- Nazione Estera

12. Modalità dell'invio: (possibili più risposte)

- Invio programmato con il Servizio /Ente inviante
- Preceduto o accompagnato da relazione
- Preceduto o accompagnato da relazione e diagnosi clinica
- Preceduto o accompagnato da presentazione verbale
- Altro

C. ABUSO DI SOSTANZE

13. Stato dell'utente al momento dell'ingresso

- L'utente è entrato in struttura già disintossicato
- L'utente è entrato in struttura non ancora disintossicato

14. Sostanza d'abuso primaria per la quale si richiede il trattamento

- Eroina
- Cocaina
- Crack
- Alcol
- Anfetamine
- MDMA
- Psicofarmaci
- Cannabis
- Tabacco
- Altro (specificare: _____)

15. Sostanze d'abuso secondarie per le quali si richiede il trattamento (possibili più risposte)

- Eroina
- Cocaina
- Crack
- Alcol
- Anfetamine
- MDMA
- Psicofarmaci
- Cannabis
- Tabacco
- Altro (specificare: _____)
- Nessuna

16. Comorbilità presente: (Possibili più risposte)

- HIV/AIDS
- Epatite B
- Epatite C
- Altre patologie croniche Specificare
- Progressi ricoveri per patologia psichiatrica
- Progressi ricoveri per tentativi di suicidio
- Diagnosi psichiatrica certificata
- Pensione di invalidità per patologia psichiatrica
- Altro

17. Situazione legale (possibili più risposte)

- Incensurato/a
- Presenza di precedenti penali
- In attesa di giudizio
- In misura cautelare
- In misura di esecuzione penale esterna
- Altri problemi di carattere penale
- Nessun problema legale

D. Presa in carico e trattamento

18. Durata prevista della presa in carico

- Fino a 3 mesi
- Fino a 6 mesi
- Fino a 12 mesi
- Fino a 18 mesi
- Oltre 18 mesi

E. Persona che compila il questionario

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico _____