

## SCHEDA DI MONITORAGGIO (SMAT)

Scheda di monitoraggio per l'affidamento terapeutico

Nome e cognome compilatore	
Servizio di appartenenza del compilatore	
Data di compilazione	_ _ _ _
Periodo di osservazione	
Operatori e servizi di riferimento dell'utente - Gruppo di lavoro sul caso -	

Codice identificativo dell'utente	
Provincia di residenza	
Data di inizio della misura	_ _ _ _
Data di presunta conclusione dell'esecuzione	_ _ _ _
Si tratta di un affidamento sul territorio o in comunità?	<input type="checkbox"/> Territorio <input type="checkbox"/> Comunità
Si tratta di un affidamento provvisorio o definitivo?	<input type="checkbox"/> Provvisorio <input type="checkbox"/> Definitivo
Si tratta di un affidamento dal carcere o dalla libertà?	<input type="checkbox"/> Dal carcere <input type="checkbox"/> Dalla libertà

Area		
<b>Salute psico-fisica</b>	1. Qual è l'esito dei controlli tossicologici [urine bisettimanali a valore medico-legale/esame capello/marker di abuso alcolico]?	a. Negativo b. Positivo ( occasionale / frequente) c. Non eseguito
	2. Aderisce al programma	a. Sì

terapeutico?	b. Sì, solo in parte (specificare: _____) c. No d. Non previsto
3. Sono accaduti episodi quali incidenti, gravidanze, ricoveri, comportamenti a carattere psichiatrico,...?	a. Sì (Specificare ..... .....) b. No
4. Si rileva una maggiore richiesta di farmaci/psicofarmaci?	a. Sì b. No
5. Manifesta comportamenti autolesivi?	a. Sì (Specificare ..... .....) b. No
6. Sono presenti disturbi del sonno?	a. Sì b. No
7. Manifesta comportamenti aggressivi fisici o verbali?	a. Sì (specificare..... .....) b. No
8. Si nota iperattività/ipoattività?	a. Sì (specificare..... .....) b. No
9. Ha tendenza a isolarsi?	a. Sì b. No
10. Ci sono stati cambiamenti nella cura della persona?	a. Sì (specificare ..... .....) b. No
11. Manifesta cambiamenti di umore?	a. Sì (Specificare ..... .....) b. No
12. Manifesta comportamenti o riferisce pensieri bizzarri o stravaganti rispetto alla cultura di appartenenza?	a. Sì (Specificare ..... .....) b. No

**Quadro  
giuridico**

13. Ha già fruito di misure alternative terapeutiche	a. Sì b. No
14. Ci sono state violazioni alle prescrizioni imposte?	a. Sì b. No

15. Sono sopraggiunti altri provvedimenti giudiziari?	a. Sì b. No
16. Ha conoscenza della propria posizione giuridica?	a. Sì b. No
17. Sono in corso delle attività riparative?	a. Sì (Specificare ..... .....) b. No c. Non è previsto
18. In questo periodo, che tipo di atteggiamento ha nei confronti del reato?	⤴ Negativo ⤴ Assertivo ⤴ Proattivo

**Quadro familiare**

19. È' presente una famiglia?	a. Sì b. No
20. I familiari sono attivamente coinvolti nelle fasi attuative del programma?	a. Sì b. Sì, solo alcuni c. No d. No, anzi sono di ostacolo/interferiscono
21. Si sono verificati episodi significativi all'interno del nucleo familiare (es. lutti, separazioni, traslochi, aggressività . . .)?	a) Sì (specificare..... .....) b) No
22. Sono giunte segnalazioni di episodi critici da parte di altri servizi?	a. Sì (specificare..... .....) b. No
23. Sono rispettate le indicazioni eventuali del servizio tutela minori?	a. Sì b. No c. Non ha figli / figli maggiorenni
24. Appare sufficientemente adeguato nel ruolo genitoriale?	a. Sì b. No
25. Si è verificato un atteggiamento collusivo dei familiari (per esempio di mancata informazione o collaborazione con i servizi) in caso di comportamenti di inosservanza delle prescrizioni?	a. Sì (Specificare ..... .....) b. No

<b>Vita socio-relazionale</b>	26. Riesce a gestire in autonomia gli atti quotidiani della vita nei modi e nei tempi adeguati alle specifiche situazioni di riferimento ?	a. Sì b. No c. In parte (specificare _____)
	27. Ha incontri/contatti con persone tossicodipendenti?	a. Sì (esclusi i contesti di cura) b. Non risulta
	28. Ha incontri/contatti con persone con problemi giudiziari?	a. Sì (esclusi i contesti di cura) b. Non risulta
	29. a. <i>Se in programma territoriale o in fase di reinserimento</i> : Frequenta gruppi organizzati, associazioni?	a. Sì b. No
	b. <i>Se in Comunità:</i> Sviluppa relazioni positive nelle attività di gruppo?	a. Sì b. No
	30. Può contare su relazioni affettive significative?	a. Sì b. No
	31. Coltiva interessi e hobbies nel tempo libero?	a. Sì b. No
	32. Sta studiando o frequentando corsi di formazione?	a. Sì b. No

<b>Situazione abitativa</b>	33. Dispone di un'adeguata situazione abitativa (spazio, privacy, igiene,...)?	a. Sì b. No
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	----------------

<b>Situazione economica</b>	34. Ha un impegno lavorativo?	a. Sì (Se utile, specificare .....)
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

e lavorativa		b. No
	35. Dispone di un reddito (da lavoro o da altre risorse) adeguato alle sue esigenze di vita ?	a. Sì b. No

Ruolo dei servizi	36. In che misura è adeguato l'atteggiamento del soggetto nei confronti dei servizi?	(min) 1 2 3 4 5 (max)
	37. Considerato il tempo di affidamento trascorso, si valuta che stia avvenendo un miglioramento del livello di benessere dell'affidato?	(min) 1 2 3 4 5 (max)
	38. Quali proposte di miglioramento nell'organizzazione derivano dalla gestione del caso in oggetto?  <i>(rispondere a questa domanda in occasione della compilazione dell'ultima scheda di monitoraggio)</i>	