



REGOLAMENTO

CODICE

RE001DSM001

**Accettazione e presa in carico del paziente nelle
UU.OO.SS. SER.T.**

Data
02/12/2013

Pagina
1 di 12

REDAZIONE

Struttura di appartenenza	Cognome e nome	Funzione/Qualifica	Firma
U.O.C Dipendenze Patologiche	<u>Dimarco Tommaso</u>	<u>Dirigente Medico</u> <u>Direttore U.O.C.</u>	
U.O.C Dipendenze Patologiche	<u>Ripoli Giovanna</u>	<u>Dirigente Pedagogista</u>	
U.O.C. Dipendenze Patologiche	<u>Berardi Marco</u>	<u>Educatore</u> <u>Professionale</u>	
SER.T. Pa 1	<u>Filippone Giuseppe</u>	<u>Dirigente Medico</u> <u>Responsabile SER.T.</u>	
SER.T. Montelepre	<u>Picone Francesca</u>	<u>Dirigente Medico</u> <u>Responsabile SER.T.</u>	

APPROVAZIONE

Macrostruttura	Cognome e nome del Responsabile	n. protocollo e data	Firma
Direzione del Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche N.P.I.A.	Serio Giorgio	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <small>REGIONE SICILIANA</small> <small>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</small> 03 DIC. 2013 <small>PROT. N. 8460</small> </div>	 A.S.P. - PALERMO Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Il Direttore (Dr. Giorgio Serio)

REVISIONI

Data prevista	Codice di revisione	Esito	Proposta	Approvazione	
			Firma	Firma	Data
Dicembre 2015					

 ASP PALERMO <small>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</small>	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.		Data 02/12/2013	Pagina 2 di 12

INDICE

1. OGGETTO	Pag. 3
2. SCOPO	Pag. 3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag. 3
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE	Pag. 3
5. ABBREVIAZIONI	Pag. 3
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	Pag. 4
6.1 Accesso	Pag. 4
6.2 Accoglienza	Pag. 4
6.3 Valutazione, diagnosi e stesura del progetto terapeutico	Pag. 5
6.3.1 Valutazione terapeutico-riabilitativa multidisciplinare	Pag. 5
6.3.2 Visita medica	Pag. 6
6.3.3 Attività infermieristica	Pag. 6
6.4 Trattamento individualizzato (attuazione del programma terapeutico)	Pag. 6
6.5 Altre prestazioni	Pag. 7
6.5.1 Esame delle urine	Pag. 7
6.5.2 Esenzione ticket	Pag. 7
6.5.3 Prelievi ematochimici	Pag. 8
6.5.4 Trasferimenti dei trattamenti con farmaci sostitutivi	Pag. 8
6.5.5 Affidamento domiciliare del farmaco sostitutivo	Pag. 8
6.6 Attività specifiche	Pag. 9
6.7 Dimissione	Pag. 9
7. ARCHIVIAZIONE E CONSERVAZIONE	Pag. 10
8. RIFERIMENTI	Pag. 10
ALLEGATI	Pag. 12
Allegato N. 1 "Infosert"	
Allegato N. 2 "Mod.0 C.I."	
Allegato N. 3 "Servizi per i migranti"	
Allegato N. 4 "Mod.1 C.I."	
Allegato N. 5 "Mod.1 C.I. Bis_Minori"	
Allegato N. 6 "Mod.3 C.I."	
Allegato N. 7 "Mod.3 C.I. Bis_Minori"	
Allegato N. 8 "Mod.2 C.I."	
Allegato N. 9 "Mod.2 C.I. Bis_Minori"	
Allegato N. 10 "Piano Terapeutico Individualizzato"	
Allegato N. 11 "Esenzione ticket"	
Allegato N. 12 "Mod.4 C.I."	
Allegato N. 13 "Mod.5 C.I."	
Allegato N. 14 "Certificazione di possesso di medicinali stupefacenti"	

	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.	Data 02/12/2013	Pagina 3 di 12	

1. OGGETTO

L'oggetto del presente regolamento è il processo di accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T. per prestazioni ambulatoriali. Per tutto quanto non esplicitamente espresso dal presente regolamento si rimanda alla normativa vigente.

2. SCOPO

Lo scopo del presente regolamento è standardizzare e regolarizzare le azioni connesse all'accettazione e presa in carico del paziente che viene assistito in regime ambulatoriale, come previsto dagli standard Joint Commission International del modello Qualità Progettata (Decreto Assessore per la Salute 3185 del 28/12/2010 – G.U.R.S. 28/01/2011 parte I n.5), regolamentare e migliorare il processo di accettazione e presa in carico dei pazienti che accedono alle UU.OO.SS. SER.T. di Palermo e Provincia.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento dovrà essere applicato a tutti i pazienti che vengono assistiti per prestazioni ambulatoriali nei SER.T. afferenti alla U.O.C. Dipendenze Patologiche del Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Questo regolamento dovrà essere distribuito ai Responsabili delle UU.OO.SS. SER.T. di Palermo e Provincia che a loro volta provvederanno alla distribuzione interna a tutto il personale in carico alla loro Unità Operativa.

5. ABBREVIAZIONI

A.S.P.: Azienda Sanitaria Provinciale
 SER.T.: Servizio Tossicodipendenze
 U.O.S.: Unità Operativa Semplice
 UU.OO.SS.: Unità Operative Semplici
 U.O.C.: Unità Operativa Complessa
 D.A.: Decreto Assessoriale
 D.P.R.: Decreto del Presidente della Repubblica
 G.U.R.S. Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana
 D.S.M.: Dipartimento di Salute Mentale
 U.R.P.: Ufficio Relazioni con il Pubblico
 M.M.G.: Medico di Medicina Generale
 N.O.T: Nucleo Operativo Tossicodipendenze
 U.E.P.E.: Ufficio Esecuzione Penale Esterna
 U.S.S.M.: Ufficio Servizio Sociale Minori
 C.U.P.: Centro Unico Prenotazione
 E.N.I.: Europeo Non Iscritto
 S.T.P.: Straniero Temporaneamente Presente
 Mod.: Modello
 C.I.: Consenso Informato
 S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale

	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.	Data 02/12/2013	Pagina 4 di 12	

DSM IV TR: Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali
 ICD IX: Classificazione Internazionale delle Malattie
 P.D.F. Portable Document Format (file con testo/immagini in qualsiasi risoluzione)

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il processo di presa in carico ambulatoriale si struttura secondo le seguenti fasi:

- 6.1 Accesso
- 6.2 Accoglienza
- 6.3 Valutazione, diagnosi e stesura del progetto terapeutico
- 6.4 Trattamento individualizzato
- 6.5 Altre prestazioni
- 6.6 Attività specifiche
- 6.7 Dimissioni

6.1 Accesso

L'accesso al SER.T. è diretto, gratuito, senza prenotazione: non necessita del pagamento di ticket né di richiesta del M.M.G.; non richiede prenotazione presso i C.U.P. e non sono previste liste di attesa.

Il paziente può accedere spontaneamente e accompagnato dai familiari. Inoltre il paziente può presentarsi su invio di: M.M.G.; altri servizi della A.S.P. di Palermo; altri SER.T.; uffici N.O.T. delle Prefetture; uffici U.E.P.E e U.S.S.M. del Ministero della Giustizia; altre Istituzioni ed Agenzie Territoriali.

Gli orari di apertura al pubblico, gli indirizzi e i recapiti telefonici e di posta elettronica dei SER.T. sono diffusi attraverso l'opuscolo informativo "Infosert" (cfr. allegato N.1) realizzato dalla U.O.C. Dipendenze Patologiche, in collaborazione con la U.O. Comunicazione e Informazione della A.S.P. di Palermo.

Gli opuscoli "Infosert" sono a disposizione del pubblico presso le sedi dei SER.T. e gli sportelli U.R.P. della A.S.P. di Palermo. Gli opuscoli "Infosert" in formato P.D.F. sono disponibili nel sito aziendale <http://www.asppalermo.org> e nella sezione download del sito <http://www.dipendenzepatologichepalermo.it>

6.2 Accoglienza

L'accoglienza, previa informativa ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (cfr. allegato N. 2 "Mod. 0 C.I."), viene effettuata mediante colloquio da parte degli operatori addetti all'accoglienza e incaricati al trattamento dei dati personali, a cui può seguire, ove necessaria, visita medica.

Il colloquio, in questa prima fase dell'accoglienza, è indirizzato all'anamnesi e all'analisi della domanda. Acquisiti elementi sul grado di motivazione e sul livello di consapevolezza del problema, si informerà il paziente sul funzionamento e sulle regole del SER.T. e si cercherà di orientarlo sui possibili trattamenti al fine di consolidare la motivazione al prosieguo degli incontri e giungere ad una presa in carico condivisa.

Nella seconda fase dell'accoglienza si procede all'apertura della cartella clinica cartacea con raccolta dei dati anagrafici del paziente, il quale dovrà esibire il documento di identità e la tessera sanitaria e/o codice fiscale.

	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.		Data 02/12/2013	Pagina 5 di 12

Nel caso di pazienti stranieri non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale, perché comunitari privi di contratto di lavoro o risorse economiche sufficienti per l'iscrizione volontaria, o nel caso di pazienti extra comunitari privi di permesso di soggiorno e/o ricevute di richiesta, dovrà essere esibito:

- codice E.N.I. per i cittadini comunitari;
- codice S.T.P. per i cittadini extracomunitari.

Nel caso in cui il paziente comunitario o extracomunitario non sia iscrivibile al S.S.N. e non posseda o sia scaduto il codice S.T.P. o E.N.I., sarà cura degli operatori di accoglienza inviarlo nei Servizi dove è possibile rilasciare o rinnovare il codice S.T.P. o E.N.I. (cfr. allegato N. 3 "Servizi per i migranti").

Gli operatori di accoglienza avranno cura di utilizzare il modello per il consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati personali (cfr. allegato N. 4 "mod. 1 C.I.").

Per il paziente che richiede l'anonimato l'operatore di accoglienza avrà cura di custodire il modulo di consenso informato contenente dati anagrafici, estremi del documento di identità, tessera sanitaria (o E.N.I. o S.T.P.) in busta chiusa, che sarà conservata all'interno della cartella clinica cartacea e sarà priva delle generalità o di altri dati che possano identificare il paziente. In questo caso il paziente sarà classificato indicando le prime due lettere del cognome, le prime due lettere del nome, le ultime due cifre dell'anno di nascita e la sigla della provincia di nascita.

Per il paziente minorenne o nel caso di persona incapace di intendere e di volere, il consenso informato e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali dovranno essere firmati da entrambi i genitori o da chi esercita la potestà parentale o la tutela. L'operatore addetto all'accoglienza avrà cura di utilizzare il modello di consenso informato all'uso predisposto (cfr. allegato N. 5 "Mod. C.I. BIS_MINORI").

Sulla base delle informazioni raccolte e della richiesta del paziente, vengono coinvolte le altre figure professionali per concordare una prima linea d'intervento. Gli operatori dell'accoglienza comunicano al paziente gli appuntamenti successivi.

L'ammissione del paziente al SER.T. e i dati raccolti verranno inseriti nella cartella personale informatizzata della piattaforma socio-sanitaria "mFp Web 5.0 Clinical Governance System" in dotazione presso i SER.T. della U.O.C. Dipendenze Patologiche. Le informazioni saranno puntualmente aggiornate dagli operatori che erogano prestazioni ai pazienti nelle specifiche aree della piattaforma informatica "Anagrafica e movimento clienti", "Gestione Clinica" e "Gestione Operativa".

6.3 Valutazione, diagnosi e stesura del progetto terapeutico

6.3.1. Valutazione terapeutico-riabilitativa multidisciplinare

Le figure professionali coinvolte in questa fase sono, a secondo della dotazione organica e dell'organizzazione del SER.T.: medici, psicologi, pedagogisti, educatori, assistenti sociali, infermieri.

Lo scopo della valutazione terapeutico-riabilitativa multidisciplinare è l'inquadramento diagnostico del paziente, l'analisi delle sue risorse e del contesto di appartenenza, al fine di definire il piano terapeutico individualizzato.

	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.	Data 02/12/2013	Pagina 6 di 12	

I colloqui di valutazione multidisciplinare rilevano gli atteggiamenti, le opinioni, il livello di sviluppo cognitivo e affettivo, le relazioni familiari e sociali, eventuali bisogni e problematiche socio-assistenziali e legali.

Dalla valutazione multidisciplinare verranno definiti:

- diagnosi (a cura degli operatori preposti) secondo i criteri del *DSM IV TR* e dell'*ICD IX* presente nella piattaforma informatica;
- figura di riferimento del paziente (case manager);
- piano terapeutico riabilitativo che sarà condiviso con il paziente, il quale formalizzerà il suo consenso mediante i moduli all'uopo predisposti (cfr. allegato N. 6 "Mod. 3 C.I." e allegato N. 7 "Mod. 3 C.I. BIS_MINORI");

6.3.2. Visita medica

La visita medica è finalizzata a:

- anamnesi sanitaria generale;
- raccolta di anamnesi tossicologica e relativi accertamenti;
- esame obiettivo;
- indagini per l'accertamento di patologie correlate di tipo psichiatrico, infettivologico e internistico;
- prescrizione o somministrazione di farmaci ove necessaria.

Il trattamento farmacologico dovrà essere accettato dal paziente, previo consenso informato, mediante il modello all'uopo predisposto (cfr. allegato N. 8 "Mod. 2 C.I." e allegato N. 9 "Mod. C.I. BIS_MINORI") debitamente firmato.

Il paziente con tossicodipendenza da oppiacei dovrà sottoscrivere il Piano Terapeutico Individualizzato (cfr. allegato n.10) che avrà durata di novanta giorni (rinnovabili previa valutazione medica) e dovrà essere redatto in duplice copia (una copia depositata agli atti e una consegnata al paziente o suo delegato) e firmato in originale.

Nel caso di modifica del dosaggio, oltre i limiti indicati nel "Mod. 2 C.I.", o nel caso di cambiamento del farmaco, dovranno essere nuovamente essere redatti il Consenso Informato al Piano Terapeutico Farmacologico e il Piano Terapeutico Individualizzato, che saranno consegnati al paziente secondo le modalità sopra specificate.

Per gli accertamenti ematochimici, il consenso del paziente verrà espresso mediante i moduli all'uopo predisposti (cfr. allegato N. 12 "Mod. 4 C.I." e allegato N.13 "Mod. 5 C.I.") debitamente firmati.

6.3.3. Attività infermieristica

L'infermiere svolge attività sanitaria (somministrazione farmacologica, prelievi ematici, raccolta di campioni urinari, test tossicologici rapidi, misurazione pressoria e ponderale); effettua assistenza ai soggetti in trattamento ambulatoriale, fornisce informazioni di natura sanitaria al paziente o ai familiari autorizzati.

6.4 Trattamento individualizzato (attuazione del programma terapeutico)

Esistono diverse tipologie di trattamento:

Medico-farmacologico

- Trattamento psicoterapeutico a diverso orientamento
- Trattamento medico internistico

	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.		Data 02/12/2013	Pagina 7 di 12

- Trattamento medico infettivologico
- Trattamento farmacologico specifico per dipendenza da sostanze mediante:
 - a) farmaci sostitutivi;
 - b) farmaci sintomatici;
 - c) farmaci anti-craving;
 - d) farmaci avversivanti;
- Trattamento farmacologico della psicopatologia correlata, ove presente.

Psicologico e psicoterapeutico a diverso orientamento

- trattamento individuale;
- trattamento per coppie;
- trattamento per famiglie;
- trattamento di gruppo per pazienti e/o familiari.

Counselling Professionale Pedagogico

- Counselling individuale;
- Counselling per coppie;
- Counselling per famiglie;
- Conduzione di gruppi psico-educazionali.

Intervento sociale

- Orientamento e sostegno in ambito sociale;
- Counselling individuale/familiare;
- Inserimenti e lavoro di rete presso le Comunità Terapeutiche convenzionate;
- Lavoro di rete con Enti ed Istituzioni per la presa in carico di pazienti del circuito penale e amministrativo;
- Interventi di inclusione sociale.

Intervento educativo e riabilitativo

- Orientamento e sostegno in ambito educativo e riabilitativo;
- Counselling individuale/familiare;
- Inserimenti e lavoro di rete presso le Comunità Terapeutiche convenzionate;
- Interventi riabilitativi e di inclusione socio-educativa;
- Conduzione di gruppi riabilitativi;
- Conduzione di gruppi di educazione alla salute.

Gli interventi offerti dal SER.T. sono a carattere **multidisciplinare** integrato e sono parte di un complesso programma d'intervento che prevede anche sinergie con altre agenzie del territorio. Ogni tipo di progetto terapeutico contempla verifiche periodiche da parte dell'équipe e dei singoli operatori coinvolti circa l'andamento e il raggiungimento degli obiettivi e, se necessario, viene modificato e ridefinito.

6.5 Altre prestazioni

6.5.1 Esame delle urine

 ASP PALERMO AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.	Data 02/12/2013	Pagina 8 di 12	

I prelievi delle urine vengono effettuati nei giorni previsti dal Piano Terapeutico individualizzato (salvo casi eccezionali valutati dal medico) e sono parte integrante del trattamento concordato.

Si effettuano, su richiesta, accertamenti con valore medico legale (patenti, porto d'armi, adozioni, concorsi, etc) ai sensi del D.M. 186/1990.

Gli accertamenti a particolari categorie di lavoratori vengono effettuati, in atto, dal SER.T. PA1 di Palermo e dal SER.T. di Bagheria, secondo la normativa vigente.

6.5.2 Esenzione ticket

Il paziente in carico al SER.T. ha diritto all'esenzione ticket per patologia. Durante la prima visita, il medico, informato il paziente e accertato che questi ne voglia fruire, certifica la patologia mediante l'apposito modulo (cfr. allegato N. 11 "Esenzione ticket").

6.5.3 Prelievi ematochimici

Il medico prescrive gli esami ematochimici e invia il paziente presso il laboratorio di analisi dell'A.S.P. di Palermo a cui il SER.T. fa riferimento.

Nel caso in cui il paziente esprima la volontà di effettuare i prelievi in un laboratorio di analisi di sua scelta, il medico del SER.T. prescriverà gli esami sul ricettario del S.S.N.

I SER.T. PA1 e PA 2 di Palermo eseguono - in atto - il prelievo on site, presso idonei locali all'uopo predisposti, previa formalizzazione del consenso al prelievo ematico (cfr. allegato N.12 e N.13).

6.5.4 Trasferimenti dei trattamenti farmacologici sostitutivi

Trasferimenti in "uscita"

Nel caso in cui un paziente, per ragioni di lavoro, di ferie, di trattamento residenziale o per altri motivi personali, chieda di appoggiarsi ad altro SER.T. per la somministrazione del farmaco sostitutivo, il case manager si metterà in contatto con il SER.T. più vicino al luogo dove il paziente deve recarsi, predisporrà e invierà la nota di trasferimento.

Il case manager avrà cura di consegnare al paziente la nota di trasferimento in originale, in busta chiusa.

Trasferimenti in "entrata"

E' necessario che nella richiesta di trasferimento siano indicati:

- generalità del paziente e domicilio durante il periodo di trasferimento;
- indicazione del farmaco da somministrare e del dosaggio giornaliero;
- durata del trasferimento;
- eventuali indicazioni di esami urinari da effettuare;
- eventuale nulla osta per l'affido del farmaco;
- firma con timbro del medico richiedente il trasferimento.

Al paziente trasferito da altri SER.T. vengono comunicati gli orari di somministrazione e le modalità di accesso al servizio e viene applicato il piano terapeutico prescritto dal SER.T. inviante. Eventuali modifiche di dosaggio o prolungamenti di terapie devono essere concordate con il SER.T. inviante, che, a sua volta, provvederà a trasmettere il nuovo piano terapeutico.

 ASP PALERMO AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.	Data 02/12/2013	Pagina 9 di 12	

1.5.5 Procedura di affido del farmaco sostitutivo

Sono previste due tipologie di affido:

- affido per motivi di salute, giuridici, lavorativi.
- affido dopo stabilizzazione del trattamento sostitutivo.

Il limite temporale massimo di affido per legge è di 30 giorni.

Preliminarmente all'affido, il paziente deve essere informato sulle norme che lo regolano.

Il farmaco può essere consegnato, a discrezione del medico, al paziente stesso, ad un suo familiare autorizzato o a persona delegata.

I delegati al ritiro del farmaco devono essere maggiorenni ed informati dal medico sulle caratteristiche del farmaco e sulle modalità della sua somministrazione.

L'affido del farmaco è previsto, inoltre, nei casi in cui il soggetto per motivi giudiziari (arresti domiciliari, etc.) non possa recarsi al SER.T. per assumere la terapia.

Per l'affido del farmaco al paziente in carico che ha necessità di recarsi all'estero, deve essere redatto a cura del medico del SER.T. apposita certificazione atta a giustificare il possesso di medicinali stupefacenti o psicotropi, secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale 16/11/2007 e allegati (cfr. allegato n.14).

Affido di farmaci sostitutivi in caso di smarrimento del farmaco

Riconsegnare un affido qualora un paziente comunichi di aver smarrito o rovesciato accidentalmente il farmaco che aveva in affido, nell'impossibilità di verificare la dichiarazione del paziente, espone l'operatore a responsabilità in merito a possibili attività di spaccio o a possibili intossicazioni da parte di chiunque trovi accidentalmente il farmaco e lo assuma riportandone un danno. A tutela sia dell'operatore che del paziente è opportuno che quest'ultimo consegni al SER.T. la copia di denuncia di smarrimento.

6.6 Attività specifiche

A supporto delle attività dei SER.T. afferiscono alla U.O.C. Dipendenze Patologiche le seguenti risorse e attività:

- a) *Centro Studi e Documentazione su dipendenze, salute mentale e disagio giovanile "Cedoc Studi"*, per la raccolta e la diffusione di letteratura scientifica ed informazioni corrette su dipendenze, salute mentale e disagio giovanile, al fine di migliorare le conoscenze a tutela della salute;
- b) *Centro di prevenzione, consulenza e terapia per adolescenti e famiglie "Telemaco"* per la prevenzione e cura di adolescenti (a rischio, grave marginalità, circuito penale minorile, etc.) e famiglie;
- c) *Attività di psicoterapia per le dipendenze da gioco d'azzardo, internet, etc.*, per la presa in carico di persone con dipendenza senza sostanze e di addiction (gioco d'azzardo patologico, dipendenza sessuale, shopping compulsivo, dipendenza da internet, etc.);
- d) *Osservatorio Epidemiologico Provinciale Dipendenze - O.E.P.D.*, per la gestione e la raccolta dei flussi informativi mediante la piattaforma socio-sanitaria informatica "mFp Web 5.0 Clinical Governance System" e l'attività di analisi dei dati sull'evoluzione del fenomeno "dipendenze";
- e) *Gruppo Riabilitazione SER.T.-"GRISE"*, per l'inserimento e l'orientamento scolastico e/o lavorativo.

	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.		Data 02/12/2013	Pagina 10 di 12

6.7 Dimissione

La dimissione può avvenire secondo due modalità:

- a conclusione del programma terapeutico e in questo caso viene redatta una relazione che verrà inserita nella cartella personale;
- a causa di interruzione non concordata del programma terapeutico:
 - per dichiarata volontà del paziente di interrompere, contro il parere degli operatori;
 - il paziente non si presenta agli appuntamenti programmati nei 30 giorni successivi all'ultima prestazione effettuata e registrata (tale termine è prorogabile di ulteriori 30 giorni).

7. ARCHIVIAZIONE E CONSERVAZIONE

L'archiviazione e la codifica del presente regolamento avviene presso la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

Il presente regolamento va conservato in tutte le strutture in cui viene distribuito e i luoghi di conservazione devono essere specificati per consentirne la rintracciabilità nei "Registri delle procedure e dei documenti a supporto dell'attività clinico-assistenziale" sia della Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che della U.O.C. Dipendenze Patologiche, che delle singole UU.OO.SS. SER.T.

8. RIFERIMENTI

- D.P.R. 309/90 - "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione" e aggiornamenti apportati da successive leggi e decreti legge;
- Legge n. 135 del 05/06/1990 - "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS";
- Decreto Ministeriale 12 luglio 1990 n. 186 - "Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, etc";
- Decreto Ministeriale 30/11/1990 n. 444. - "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali";
- Circolare 30/09/1994, n. 20 del Ministero della Sanità - "Linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi";
- Decreto Legislativo n.196/2003 - Codice sulla Privacy "Prescrizioni del garante sulla dignità della persona in ambito sanitario";
- Decreto Ministeriale 16/11/2007 - "Norme concernenti la detenzione ed il trasporto di medicinali stupefacenti o psicotropi da parte di cittadini che si recano all'estero e di cittadini in arrivo nel territorio italiano";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 "Testo unico in materia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
- Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 - "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze";

 ASP PALERMO <small>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</small>	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.	Data 02/12/2013		Pagina 11 di 12

- Regolamento Aziendale Privacy giusta Delibera n°496 del 21/07/2010 “Aggiornamento Regolamento aziendale sulla Privacy (D.Lgs_196/2003)”;
- D.A. 3185 del 28/12/2010 GURS 28/01/2011 Parte I n. 5: Approvazione del documento “Il sistema regionale di valutazione della qualità percepita. Linee di indirizzo per il sistema di gestione della qualità percepita: politica, metodologie e strumenti”;
- Decreto 4 luglio 2011 “Indirizzi programmatici e direttive sull’organizzazione dell’area dipartimentale delle dipendenze patologiche e dei servizi territoriali dipendenze delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Sicilia”.

	REGOLAMENTO	CODICE	
		RE001DSM001	
Accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.		Data	Pagina
		02/12/2013	12 di 12

ALLEGATI



**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA**
Direttore Dr. Giorgio Serio

U.O.C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo
Tel/fax 091 /7033164
Email: dipendenzepatologiche@asppalermo.org

a cura del gruppo AUDIT CIVICO della U.O.C. Dipendenze Patologiche
in collaborazione con la U.O. Comunicazione e Informazione ASP di Palermo

INFO SERT

INDIRIZZI SERT PALERMO

SERT. PA 1

Via Filiciuzza, 8/A
(quartieri Brancaccio, Ciaculli,
Settecannoli, Oreto Stazione,
Villagrazia, Falsomiele, comune
di Villabate)

Tel/Fax:
091/7037555 - 091/7037501

E-mail:
sert.pa1@asppalermo.org

Apertura al pubblico:
LUN./MER./VEN.

08.00-13.15
MAR./GIO.
08.00-13.15
15.00-17.00

SERT. PA 2

Via Pindemonte, 94
(quartieri Tribunali, Castellammare,
Palazzo Reale, Monte di Pietà, Monte-
grappa, S. Rosalia, Libertà, Cuba
Calatafimi, Zisa, Altarello, Boccadifal-
co, Mezzomonreale; comuni di Lami-
pedusa, Linosa, Ustica, Monreale,
Altofonte, Belmonte M., Piana degli
Albanesi, S. Cristina Gela)

Tel: 091/7033120
091/7033291

Fax: 091/7033119

E-mail:
sert.pa2@asppalermo.org

Apertura al pubblico:
LUN./MER./VEN.

08.00-13.00
MAR./GIO.
08.00-13.00
14.30-16.30

SERT. PA 3

Via U.R. 3 n. 19 c/o "Casa
del Sole"
(quartieri Cep, Cruillas, Borgo
Nuovo, Uditore, Passo di Rigano,
Noce, Tommaso Natale, Sferra-
cavallo, Malaspina Palagonia)

Tel/Fax:
091/7035224 - 091/7035367

E-mail:
sert.pa3@asppalermo.org

Apertura al pubblico:
LUN./MER./VEN.

08.15-13.15
MAR./GIO.
08.15-13.15
15.00-17.00

SERT. PA 4

Via A. da Messina, 3
(quartieri Arenella, Vergine
Maria, Montepellegrino, Libertà,
Resuttana, S. Lorenzo, Pallavic-
ino, ZEN, Partanna Mondello)

Tel/Fax:
091/7036804 - 091/7036835

E-mail:
sert.pa4@asppalermo.org

Apertura al pubblico:
LUN./MER./VEN.

08.15-13.15
MAR./GIO.
08.15-13.15
15.00-17.15

INDIRIZZI SERT PROVINCIA

SERT. CEFALÙ

Via A. Moro, 1
(Cefalù, Lascari, Campo-
felice di Roccella, Colle-
sano, Isnello, Gratteri,
Castelbuono, Pollina, S.
Mauro Castelverde)

Tel/Fax:
0921/926732
0921/926733

E-mail:
sert.cefalu@asppalermo.org

**Apertura
al pubblico:**
LUN./MER./VEN.

08.30-13.30
MAR./GIO.
08.30-13.30
15.00-17.30

SERT. TERMINI IMERESE

Via Ospedale Civico, 10
(Aliminusa, Caccamo,
Caltavuturo, Cerda, Monte-
maggiore B., Sciarda, Scilla-
to, Sclafani B., Petralia
Sottana, Petralia Soprana,
Castellana S., Geraci,
Gangi, Blufi, Alimena,
Bonpietro, Polizzi G.)

Tel: 091/8115453
Fax: 091/8141561
E-mail:
sert.termi@asppalermo.org

Apertura al pubblico:
LUN./MER./VEN.

08.15-13.30
MAR./GIO.
08.15-13.30
15.00-17.30

SERT. BAGHERIA

Via De Spuches, 2
(Bagheria, Altavilla M.,
Casteldaccia, Ficcarazzi, S.
Flavia, Misilmeri, Baucina,
Bolognietta, Campofelice di
F., Cefala Diana, Cimenna,
Godrano, Marineo, Mezzojus-
so, Ventimiglia di S., Villafra-
ti)

Tel: 091/991240
Fax: 091/991347
E-mail:
sert.bagheria@asppalermo.org

**Apertura
al pubblico:**
LUN./MER./VEN.

08.30-13.30
MAR./GIO.
08.30-13.30
15.30-17.30

SERT. CORLEONE

Via Colletto, 39
(Bisacchino, Campofiori-
to, Chiusa S., Contessa
E., Giuliana, Roccamena)

Tel/Fax:
091/8450481
E-mail:
sert.corleone@asppalermo.org

**Apertura
al pubblico:**
LUN./MER./VEN

09.00-13.00
MAR./GIO.
08.30-13.30
14.30-17.30

SERT. LERCARA FRIDDI

Via Vittorio Emanuele
III, 56
(Alia, Castronovo di
Sicilia, Palazzo A., Prizzi,
Roccapalumba, Valledol-
mo, Vicari)

Tel/Fax:
091/8251438
E-mail:
sert.lercara@asppalermo.org

**Apertura
al pubblico:**
LUN./MER./VEN.

08.00-14.00
MAR./GIO.
08.00-17.30

SERT. MONTELEPRE

P.zza della Vittoria
(Balestrate, Borgetto, Campo-
reale, Giardinello, Monte-
lepre, S. Cipirrello, S. Giuseppe
Jato, Carini, Capaci, Cini, S.
Isola delle F., Terrasini,
Torretta)

Tel/Fax:
091/8984659
E-mail:
sert.montelep@asppalermo.org

**Apertura
al pubblico:**
LUN./MER./VEN.

07.45-13.30
MAR./GIO.
07.45-13.30
14.00-17.00

COSA E' IL SER.T.

Il **SER.T.** è il servizio territoriale preposto alla prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche.

Il **SER.T.** si avvale di una **equipe multidisciplinare** composta da medici psichiatri, infettivologi, internisti, psicologi, pedagogisti, assistenti sociali, educatori, infermieri.

E' **garantita la risposta** a quesiti telefonici, comunicazioni e richieste di informazioni.

E' **garantita la riservatezza** degli interventi secondo la vigente normativa "codice privacy" e, ove richiesto, è possibile accedere ai trattamenti in anonimato.

L'accesso al SER.T. è diretto, gratuito, senza prenotazione

SERT

COSA SONO LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Sono tutte le patologie connesse:

- al consumo di **sostanze psicotrope legali** (alcol, nicotina, psicofarmaci, etc.);
- al consumo di **sostanze psicotrope illegali** (eroina, cocaina, hashish, marijuana, ecstasy, LSD, etc.);
- a **comportamenti di addiction** (bulimia, anoressia, gioco d'azzardo, videogiochi, internet, etc);
- alla **coesistenza di disturbi psichiatrici e consumo di sostanze** (comorbidità psichiatrica - doppia diagnosi).

ATTIVITÀ DEL SER.T.

- Accoglienza, diagnosi, presa in carico individuale e familiare;
- Accertamento dello stato di tossicodipendenza e/o alcolodipendenza;
- Interventi medici, infermieristici, psicologici, sociali, pedagogici ed educativi;
- Programmi terapeutici multidisciplinari individualizzati;
- Terapie farmacologiche con approccio integrato;
- Counselling e psicoterapia individuale e familiare;
- Orientamento e sostegno in ambito sociale ed educativo;
- Interventi riabilitativi e inclusione sociale;
- Prevenzione, screening, diagnosi e cura delle patologie infettive correlate (Aids, Epatiti, etc);
- Informazione ed educazione sanitaria;
- Inserimento presso Comunità Terapeutiche convenzionate;
- Prevenzione in collaborazione con Enti, Scuole e Agenzie sociali del territorio;
- Consulenza ai Tribunali, alle Prefetture e alle Amministrazioni Penitenziari;
- Collaborazione con i Medici di Medicina Generale e le strutture socio-sanitarie;
- Rilevazione dati statistici ed epidemiologici.

INFO

Regolamento accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T. Allegato n. 2 "Mod. 0 C.I."



ASP
PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel. - Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T
Responsabile
via
Tel./Fax

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice Privacy)

Gentile Signora/Signore,

La vigente normativa richiede che Lei esprima il Suo consenso al trattamento, esclusivamente per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della Sua salute, dei dati che riguardano la Sua salute e per altri Suoi dati personali, connessi alle prestazioni erogate dai Servizi della Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo ed acquisiti dall'Azienda medesima nell'esercizio dei propri compiti istituzionali.

QUAL' È LO SCOPO DELLA "PRIVACY"

La normativa contenuta nel "Codice Privacy" si propone di tutelare la riservatezza dei dati personali, per evitare che un loro uso non corretto possa ledere le libertà fondamentali e la dignità personale di ognuno. Ciò è ancora più evidente nella realtà di un'Azienda sanitaria che tratta quotidianamente una pluralità di dati di estrema delicatezza, riguardanti la salute delle persone.

PERCHÉ OCCORRE IL SUO CONSENSO

Il consenso al trattamento di dati è indispensabile per garantirLe le prestazioni richieste e/o necessarie per la tutela della Sua salute. **Il mancato consenso, con eccezione dei trattamenti urgenti e di quelli disposti dalla Autorità Pubblica (Sindaco, Autorità Giudiziaria) comporta la impossibilità di erogare le prestazioni da Lei richieste.** Il consenso prestato può essere revocato in relazione a successive prestazioni.

I SUOI DATI PERSONALI A COSA SERVONO

I dati sono le informazioni personali in ambito sanitario che La riguardano. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le seguenti finalità:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, al fine primario di tutela della Sua salute;
- amministrativo-contabili, correlate alle attività di cui sopra;
- programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
- certificazione relativa allo stato di salute.

I DATI SARANNO UTILIZZATI PROTEGGENDO LA SUA RISERVATEZZA

I suoi dati saranno utilizzati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale potranno essere comunicati ai seguenti soggetti:

- ai professionisti coinvolti nella gestione socio-assistenziale;
- agli operatori amministrativi della Azienda ;
- ad altri soggetti pubblici o privati (cui siano affidati compiti da parte dell'Azienda) per finalità istituzionali;
- all'Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

I SUOI DATI SONO AL SICURO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo custodirà i Suoi dati in archivi cartacei o informatici e li proteggerà con misure di sicurezza previste dalla normativa vigente, in grado di garantire che solo il personale autorizzato e tenuto al segreto possa conoscere le informazioni che La riguardano.

TRATTAMENTO DATI

Il trattamento si realizza con operazione o complesso di operazioni, effettuate anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca dati.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DATI

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, legalmente rappresentata dal Direttore Generale, con sede legale in Palermo, Via G. Cusmano, 24

Per le ragioni sopraindicate le chiediamo quindi di esprimere il consenso al trattamento dei dati, che verrà acquisito informaticamente ovvero, laddove tale acquisizione non sia possibile, con modalità cartacea utilizzando l'apposito modulo e provvedendo successivamente alla registrazione del consenso nel sistema informatico.

Ulteriori informazioni potrà trovarLe nel sito web dell'Azienda Sanitaria di Palermo: <http://www.asppalermo.org>

Regolamento accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.
Allegato n. 3 “Servizi per i migranti”

**ELENCO DEI SERVIZI DELLA CITTÀ DI PALERMO
DOVE È POSSIBILE RILASCIARE O RINNOVARE IL CODICE S.T.P./E.N.I.
(aggiornati a dicembre 2013)**

A.S.P. PALERMO

U.O. ANAGRAFE ASSISTITI :

- PTA Palermo Centro - Via G. Turrisi Colonna n. 43 – tel. 091/7032136 – fax 091/7032126
- PTA Guadagna - Via G. Arcoleo n. 25 – tel. 091/7037378 – fax 091/7037386
- PTA E. Albanese - Via Papa Sergio I n. 5
- PTA Biondo - Via La Loggia n. 3 – tel. 091/7033262 – fax 091/7033273
- Cefalù – Contrada Pietra Pollastra – tel. 0921/920245 e 0921/920205
- Carini – Corso Italia n. 151 – tel. 091/8620250 e 091/8620217
- Petralia Sottana – c/o P.O. Madonna S.S. dell’Alto – tel. 0921/682215
- Misilmeri – Corso G. Scarpello n. 53 – tel. 091/8710260 e 091/8710261
- Termini Imerese – Via Ospedale Civico n. 10 – tel. 091/8153126
- Lercara Friddi – Via F. Calì – tel. 091/8256219
- Bagheria – Via B. Mattarella n. 166 – tel. 091/991208
- Corleone – Via Don G. Colletto n. 19 – tel. 091/8450643 – fax 091/8450606
- Partinico – Via Siracusa n.2 – tel. 091/8911414

**U.O. PROMOZIONE DELLA SALUTE IMMIGRATI
SERVIZIO . ACCOGLIENZA EXTRA E COMUNITARI (S.A.Ri.)**

VIA LANCIA DI BROLO N 10

Tel. 091/7035465 Fax 091/7035468

Ambulatorio adulti e sportello sociale

- Lunedì 8.30 – 16.00
- Martedì e giovedì 15.00 – 18.00
- Mercoledì giovedì e venerdì 8.30 - 13.00

Ambulatorio pediatrico

- Lunedì mercoledì giovedì e venerdì 8.30 – 13.00
- Martedì dalle 16.00 – 18.00

U.O. PROMOZIONE DELLA SALUTE IMMIGRATI

Centro Salute Immigrati e Nomadi

Tel. 091/7032378

Ambulatorio Adulti

- Da Lunedì a Venerdì 8.30 - 12.30
- Martedì e giovedì 15.30 – 17.30

Ambulatorio Pediatrico

- Da Lunedì a Venerdì 8.30 - 12.30
- Martedì e giovedì 15.30 – 17.30

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello

P.O. V. Cervello via Trabucco n 180

Tel 091/6802877

Tel / fax 091/6887879

P.O. Villa Sofia

Tel 091/7808138

Solo per le persone ricoverate

Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Ospedale Civico e Benfratelli G. Di Cristina e Maurizio Ascoli

Piazza Nicola Leotta n 4

Tel 091/6662211

Tel Fax 091/6664556

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P.Giaccone

Servizio di Medicina delle Migrazioni – Day Hospital

Via del Vespro, 141 – 091/6552862

Lunedì, mercoledì, venerdì

Regolamento accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T. Allegato n. 4 "Mod 1 C.I."



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel.- Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T.
Responsabile
via
Tel./Fax

CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.L. n. 196 del 30/06/2003)

Gentile Utente,

la presente informativa Le viene consegnata in ottemperanza all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003. I dati personali da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da Lei richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da Lei stesso/a o che sono acquisiti altrove, ma con il Suo consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Il trattamento dei dati si svolgerà nel pieno rispetto delle libertà fondamentali senza ledere la Sua riservatezza e la Sua dignità, adottando sempre principi ispirati alla correttezza, liceità e trasparenza e per scopi non eccedenti rispetto alle finalità della raccolta.

Per il trattamento dei Suoi dati verranno utilizzati strumenti sia elettronici che manuali adottando tutte le misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e l'integrità dei dati.

I dati trattati non verranno comunicati a soggetti privi di autorizzazione concessa dal Titolare o dal Responsabile, fatta salva la comunicazione o diffusione di dati richieste, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza o da altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato, di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

Il trattamento potrà riguardare anche la tipologia dei dati cosiddetti "Sensibili", quei dati, cioè, idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Tale trattamento può essere autorizzato solo con il Suo consenso manifestato per iscritto.

Il conferimento dei dati è facoltativo ma il rifiuto a fornirli pregiudicherebbe la parziale o totale esecuzione delle prestazioni da Lei richieste.

Sede del trattamento: _____

Responsabile del trattamento è il Direttore dell'U.O.C. Dipendenze Patologiche dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo. Il Titolare del trattamento dei dati è: Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, legalmente rappresentata dal Direttore Generale.

Il comma 2 dell'art. 7 del D. Lgs 196/2003 Le conferisce il diritto di chiedere l'elenco aggiornato dei soggetti che possono venire a conoscenza dei dati trattati. In qualità di Interessato in ogni momento potrà fare valere tutti i diritti garantiti dall'art.7 del D.lgs.196/2003 nei confronti del Titolare del trattamento.

cognome _____ nome _____

nato/a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ via _____

tel./cell. _____ e-mail _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Firmando la presente Lei dichiara di avere ricevuto l'informativa sulla Privacy, di averne preso visione e di autorizzare il Titolare al trattamento dei dati personali.

L'Incaricato del trattamento

L'interessato

Luogo e data _____ / _____ / _____

Regolamento accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.
Allegato n. 5 "Mod. 1 C.I. Bis Minori"



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel.- Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T
Responsabile
via
Tel./Fax

Consenso informato UTENTE DI MINORE ETÁ ai sensi del D.L. 196 del 30/06/2003)

*(da compilare e sottoscrivere da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci)**

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ (PADRE)

nato a _____, il _____

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ (MADRE)

nato a _____, il _____

in qualità di esercente la potestà legale su:

Cognome _____ Nome _____,

nato a _____, il _____

Acquisite le informazioni fornite tramite consegna del modulo **"Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali"** e consapevole/i che:

- i dati personali, compresi quelli di natura sensibile, acquisiti a seguito delle richieste di **assistenza sanitaria** sono soggetti al trattamento nel rispetto della privacy e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo,
- il trattamento dei dati si svolge nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali (art.2 del Codice),

PRESTA IL CONSENSO al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute del minore sopra specificato, per le finalità di cui all'art. 76 del D. L.gs. n. 196/2003 e s.m. (ossia tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato) ACCONSENTE al trattamento dei dati personali e sensibili del sottoscritto/i – ovvero del minore come sopra specificato, relativi agli esami e alle prestazioni connesse.

N.B. Il mancato consenso al trattamento dei dati, sopra illustrato, comporta l'impossibilità di erogare le prestazioni richieste.

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo a trattare i dati personali e sensibili del sottoscritto/i- ovvero del minore come sopra specificato - attraverso l'utilizzo di strumenti sia elettronici che manuali

firma del padre Firma _____

firma della madre Firma _____

L'incaricato del trattamento Firma _____

Luogo e data _____

Regolamento accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.
Allegato n. 5 “Mod. 1 C.I. Bis Minori”

** NOTA*

*Il documento deve essere sottoscritto da entrambi i genitori. Laddove ciò non fosse possibile, per oggettivo impedimento di uno dei due, il genitore che lo sottoscrive, deve rilasciare la segunte DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA :Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e, consapevole altresì che ove i suddetti reati siano connessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, **sotto la propria responsabilità,***

DICHIARA di essere a conoscenza che l'altro genitore

Cognome _____ Nome _____,

nato a _____, il _____

impossibilitato a sottoscrivere il presente documento, ha dato il proprio assenso al trattamento dei dati del minore

Firma _____

Luogo e data _____

Nota Bene Nel caso di sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva sopra indicata occorre allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante

Regolamento accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.
Allegato n. 6 : Mod. 3 C.I.



ASP
PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel. - Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T
Responsabile
via
Tel./Fax

**CONSENSO INFORMATO AL PIANO TERAPEUTICO RIABILITATIVO
(D.L. n. 196 del 30/06/2003)**

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ tel/cell _____
e mail _____

DICHIARO

Che mi sono state spiegate in maniera comprensibile le caratteristiche relative alle problematiche da me espresse, ai trattamenti consigliatomi e idonei al mio caso, ai possibili rischi cui posso andare incontro, sia nel caso li pratici, sia nel caso decida di non praticarli o di praticarli in modo differente dalla prescrizione;

Che ho avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni sui trattamenti ed ho ricevuto risposte chiare, comprensibili ed esaustive. Sono stato/a informato/a che potrò ricevere ulteriori chiarimenti dagli operatori di questo Servizio, qualora ne avessi la necessità;

Che riferirò tempestivamente, nel caso dell'inizio di un ulteriore qualsivoglia trattamento, in concomitanza o in sostituzione a quello concordato;

Che mi sono stati proposti i seguenti trattamenti:

- Educativi
- Medici
- Pedagogici
- Psicologici
- Sociali
- Altro _____

I trattamenti saranno integrati dal monitoraggio dei cataboliti urinari per le sostanze psico-attive e/o dall'utilizzo di altri strumenti di analisi.

Ciò premesso:

acconsento **non acconsento**
al/i trattamento/i proposto/i e sopra indicato/i.

Luogo e data _____

Firma dell'operatore _____ Firma dell'utente _____



ASP
PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA

Direttore Dr. Giorgio Serio
U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel.- Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T
Responsabile
via
Tel./Fax

CONSENSO INFORMATO AL PIANO TERAPEUTICO RIABILITATIVO

UTENTE DI MINORE ETÁ ai sensi del D.L. 196 del 30/06/2003)

(da compilare e sottoscrivere da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci)*

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ (PADRE)

nato a _____, il _____

La sottoscritta: Cognome _____ Nome _____ (MADRE)

nata a _____, il _____

in qualità di esercente la potestà legale su:

Cognome _____ Nome _____,

nato/a a _____, il _____

DICHIARO

che mi sono state spiegate in maniera comprensibile le caratteristiche relative alle problematiche espresse dal minore, ai trattamenti consigliati e idonei al caso, ai possibili rischi a cui si può andare incontro, sia nel caso vengano praticati, sia nel caso si decida di non praticarli o di praticarli in modo differente dalla prescrizione;

che ho avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni sui trattamenti ed ho ricevuto risposte chiare, comprensibili ed esaustive. Sono stato/a informato/a che potrò ricevere ulteriori chiarimenti dagli operatori di questo Servizio, qualora se ne avesse la necessità;

che riferirò tempestivamente, nel caso dell'inizio di un ulteriore qualsivoglia trattamento, in concomitanza o in sostituzione a quello concordato;

che sono stati proposti i seguenti trattamenti:

- Educativi
- Medici
- Pedagogici
- Psicologici
- Sociali
- Altro _____

I trattamenti saranno integrati dal monitoraggio dei cataboliti urinari per le sostanze psico-attive e/o dall'utilizzo di altri strumenti di analisi.

Ciò premesso:

accenso **non accenso** al/i trattamento/i proposto/i e sopra indicato/i.

firma del padre Firma _____

firma della madre Firma _____

firma dell'Operatore _____

Luogo e data _____

** NOTA*

*Il documento deve essere sottoscritto da entrambi i genitori. Laddove ciò non fosse possibile, per oggettivo impedimento di uno dei due, il genitore che lo sottoscrive, deve rilasciare la **seguinte DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**: Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e, consapevole altresì che ove i suddetti reati siano connessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici, **sotto la propria responsabilità,***

DICHIARA di essere a conoscenza che l'altro genitore

Cognome _____ Nome _____,

nato a _____, il _____

impossibilitato a sottoscrivere il presente documento, ha dato il proprio consenso al piano terapeutico riabilitativo predisposto per il minore.

Firma _____

Luogo e data _____

Nota Bene Nel caso di sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva sopra indicata occorre allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante

Allegato n. 8 "Mod. 2 C.I."



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA**
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel. - Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T.
Responsabile
via
Tel./Fax

CONSENSO INFORMATO AL PIANO TERAPEUTICO FARMACOLOGICO
(D.L. n. 196 del 30/06/2003)

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n° _____
tel./cell _____ e mail _____

Essendomi state spiegate in maniera comprensibile le caratteristiche relative alle problematiche da me espresse, alle terapie farmacologiche consigliatemi, ai relativi effetti collaterali, ai possibili rischi cui posso andare incontro, sia nel caso le pratici, sia nel caso decida di non praticarle o di praticarle in modo improprio, dichiaro liberamente la mia disponibilità ad intraprendere la/le terapia/e che mi sono state proposta/e.

Ho avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni sulle terapie consigliate ed ho avuto risposte chiare, comprensibili ed esaustive. Sono stato stato/a informato/a che potrò ricevere ulteriori chiarimenti, dai medici di questo Servizio, qualora ne avvertissi la necessità. Mi è stato inoltre ribadito che, nel caso dell'insorgenza di effetti indesiderati o dell'inizio di un'ulteriore qualsivoglia terapia, in associazione a quella proposta, dovrò tempestivamente riferirlo.

Sono informato che sarà sufficiente esprimere il consenso alle seguenti terapie una sola volta, nei limiti delle variazioni di seguito indicate: *metadone sciroppo* entro il dosaggio di 10 mg/die; *buprenorfina - naloxone* entro il dosaggio di 4 mg/die; *Gamma-idrossibutirrato (GHB)* entro il dosaggio di 10 mg/die.

Sono informato che le terapie farmacologiche saranno integrate dal monitoraggio dei cataboliti urinari per le sostanze psico-attive e/o dall'utilizzo di altri strumenti di analisi.

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Sostitutiva degli oppiacei:

- Metadone sciroppo Buprenorfina + Naloxone cpr sub-linguali

Antagonista degli oppiacei: Naltrexone

Per abuso alcolico:

- Disulfiram GHB Acamprosato

Sintomatica:

- Clonidina Anti-dolorifici Miorilassanti Anti-emetici Anti-spastici
 Ansiolitici (BDZ) Ipnotici Neurolettici Anti-depressivi

Altro (specificare) _____

Ciò premesso:

- acconsento** **non acconsento** alla terapia/e proposta/e su indicata/e

Luogo e data _____

Firma del Medico _____

Firma dell'Utente _____

Allegato n. 9 "Mod.2 C.I. Bis Minori"



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA**
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel. - Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T.
Responsabile
via
Tel./Fax

CONSENSO INFORMATO AL PIANO TERAPEUTICO FARMACOLOGICO

UTENTE DI MINORE ETÀ ai sensi del D.L. 196 del 30/06/2003)

(da compilare e sottoscrivere da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci)*

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____ (PADRE)

nato a _____, il _____

La sottoscritta: Cognome _____ Nome _____ (MADRE)

nata a _____, il _____

in qualità di esercente la potestà legale su:

Cognome _____ Nome _____,

nato/a a _____, il _____

Essendo state spiegate in maniera comprensibile le caratteristiche relative alle problematiche espresse dal minore, alle terapie farmacologiche consigliate, ai relativi effetti collaterali, ai possibili rischi cui si può andare incontro, sia nel caso vengano praticate, sia nel caso si decida di non praticarle o di praticarle in modo improprio, dichiaro liberamente il consenso affinché il minore intraprenda la/le terapia/e proposta/e.

Ho avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni sulle terapie consigliate ed ho avuto risposte chiare, comprensibili ed esaustive. Sono stato stato/a informato/a che potrò ricevere ulteriori chiarimenti, dai medici di questo Servizio, qualora ne avvertissi la necessità. Mi è stato inoltre ribadito che, nel caso dell'insorgenza di effetti indesiderati o dell'inizio di un'ulteriore qualsivoglia terapia, in associazione a quella proposta, si dovrà tempestivamente riferirlo.

Sono informato che sarà sufficiente esprimere il consenso alle seguenti terapie una sola volta, nei limiti delle variazioni di seguito indicate: *metadone sciroppo* entro il dosaggio di 10 mg/die; *buprenorfina - naloxone* entro il dosaggio di 4 mg/die; *Gamma-idrossibutirrato (GHB)* entro il dosaggio di 10 mg/die.

Sono informato e acconsento che le terapie farmacologiche saranno integrate dal monitoraggio dei cataboliti urinari per le sostanze psico-attive e/o dall'utilizzo di altri strumenti di analisi.

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Sostitutiva degli oppiacei:

Metadone sciroppo Buprenorfina + Naloxone cpr sub-linguali

Antagonista degli oppiacei: Naltrexone

Per abuso alcolico:

Disulfiram GHB Acamprosato

Sintomatica:

Clonidina Anti-dolorifici Miorilassanti Anti-emetici Anti-spastici
 Ansiolitici (BDZ) Ipnotici Neurolettici Anti-depressivi

Altro (specificare) _____

Ciò premesso: **acconsento** **non acconsento** alla terapia/e proposta/e su indicata/e

firma del padre Firma _____

firma della madre Firma _____

firma del Medico _____ Luogo e data _____

Allegato n. 9 “Mod.2 C.I. Bis Minori”

** NOTA*

*Il documento deve essere sottoscritto da entrambi i genitori. Laddove ciò non fosse possibile, per oggettivo impedimento di uno dei due, il genitore che lo sottoscrive, deve rilasciare la **seguinte DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**: Consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia; consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall’Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione e, consapevole altresì che ove i suddetti reati siano connessi per ottenere la nomina a un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l’interdizione temporanea dai pubblici uffici, **sotto la propria responsabilità,***

DICHIARA di essere a conoscenza che l’altro genitore

Cognome _____ Nome _____,

nato a _____, il _____

impossibilitato a sottoscrivere il presente documento, ha dato il proprio consenso al piano terapeutico farmacologico predisposto per il minore.

Firma _____

Luogo e data _____

Nota Bene Nel caso di sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva sopra indicata occorre allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante

Regolamento accettazione e presa in carico del paziente nelle UU.OO.SS. SER.T.
Allegato n. 10: "Piano terapeutico individualizzato"



ASP
PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel. - Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser. T
Responsabile
via
Tel./Fax

Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei
Decreto Ministero della Salute 16/11/07 – Gazzetta Ufficiale n.278 del 29/11/07

PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO (*)

Nome e Cognome e Codice fiscale del paziente: _____

Data di nascita _____

Indirizzo di Custodia del farmaco DOMICILIO PZ: _____

Diagnosi: Disturbi compresi nel gruppo di codici F11 della Classificazione Diagnostica ICD-10

Farmaco prescritto: _____

Timbro e Firma del Medico _____

Rinnovo Piano Terapeutico

Il presente Piano Terapeutico viene consegnato al paziente

1. Il paziente dichiara di avere preso visione del foglietto illustrativo del farmaco stupefacente affidato secondo il Piano Terapeutico di cui sopra;
2. Il paziente si impegna a rispettare i dosaggi e le modalità di assunzione del farmaco consegnato secondo le indicazioni fornite dal medico nel presente Piano Terapeutico;
3. L'affidatario dichiara di impegnarsi a custodire il farmaco consegnato in luogo sicuro e non accessibile ai minori o persone ignare dei suoi effetti specifici e di avere verificato l'integrità di confezionamento dello stesso all'atto della sua consegna;
4. L'affidatario dichiara di avere compreso di essere autorizzato al trasporto del farmaco solo per il tragitto compreso fra la sede di dispensazione ed il proprio domicilio, ovvero al luogo di ordinaria dimora ove diverso dal domicilio dichiarato;
5. L'affidatario dichiara inoltre di essere stato informato dagli operatori del Ser.T. sull'obbligo di avere sempre con se copia originale del Piano Terapeutico quando riceve o trasporta il farmaco affidato dalla sede di dispensazione al proprio domicilio;
6. L'affidatario dichiara, infine, di essere stato informato che il farmaco è per uso TERAPEUTICO STRETTAMENTE PERSONALE e non deve essere ceduto a terze persone (reato ex art. 73/DPR 309/90).

Data _____ Firma del paziente _____

Firma del delegato _____

(*) Il presente Piano Terapeutico ha una durata fino a novanta giorni (scadenza _____) dovrà essere redatto in duplice copia, firmato in originale, di cui una depositata agli atti e una consegnata all'affidatario o suo delegato.

Allegato n. 11: "Esenzione ticket"



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA**
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel.- Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T
Responsabile
via
Tel./Fax

Oggetto: Certificazione.

Palermo,

Prot. n.

Si certifica, ai sensi del D.M. 28/05/1999 n.329 e successive modificazioni, che

Il/la Sig./ra.....

nato/a a.....il.....

residente a.....

via/piazza.....

è affetto/a da patologia identificata con codice: **014/303** **014/304**

Si rilascia per uso attestazione ticket.

Il Responsabile
U.O.S. Sert
Dr.



Sede legale: Via G. Cusmano 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA**
Direttore Dr. Giorgio Serio
U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel. - Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser.T
Responsabile
via
Tel./Fax

AUTORIZZAZIONE AL PRELIEVO EMATICO

D.L. 30/06/2003 N. 196 - CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La persona che assume alcool e sostanze stupefacenti, soprattutto se per endovena, si espone al rischio di contrarre e trasmettere infezioni che possono pregiudicare seriamente la salute dell'individuo.

Al fine di diagnosticare precocemente tali condizioni, il medico del Ser.T propone:

al sig./ra cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____

di eseguire le indagini emato-chimiche di routine e i sotto elencati test sierologici:

- HBV
- HCV
- VDRL e TPHA
- Altro _____

Accetto

Non Accetto

Palermo, li _____

firma del medico

firma dell'utente per accettazione

rifiuto da parte dell'utente



ASP
PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano 24 - 90141 Palermo
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA
E DELL'ADOLESCENZA
Direttore Dr. Giorgio Serio

U. O. C. DIPENDENZE PATOLOGICHE
Direttore Dr. Tommaso Dimarco
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo
Tel. - Fax 091/7033164
dipendenzepatologiche@asppalermo.org

Ser. T
Responsabile
via
Tel./Fax

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV (L. 135/90 Art. 5 comma 3)

Il sottoscritto _____
nato/a _____ il _____
liberamente, spontaneamente e in piena coscienza

ACCONSENTO

a essere sottoposto/a ad accertamenti sierologici per l'infezione da HIV, per i quali sono consapevole che è necessario procedere ad un prelievo ematico.

Dichiaro di avere ricevuto un'informazione comprensibile e particolareggiata attraverso un colloquio con il medico Dr. _____ che ha risposto in maniera esauriente a tutti i quesiti posti.

Dichiaro, inoltre, che mi è stata fornita la garanzia che l'esito di tali esami mi sarà direttamente comunicato e che su di esso sarà mantenuta la massima riservatezza, come previsto dalla normativa vigente.

Dichiaro, infine, che:

- desidero eseguire l'indagine per HIV in forma anonima: SI NO

Luogo e data _____

Firma dell'interessato/a

Confermo di aver fornito, mediante un colloquio, informazioni dettagliate sull'accertamento e ritengo che siano state comprese dall'interessato/a.

Firma e timbro del Medico

Certificazione di possesso di medicinali stupefacenti o psicotropi compresi nella tabella II, sezioni A, B, C, D ed E del testo unico (D.P.R. 309/90 e successive modificazioni ed integrazioni).

Da presentare all'autorità doganale, in uscita dal territorio italiano. (1)

(Certificate for the carrying by travellers under treatment of medical preparation containing narcotic drug or psychotropic substances)

(Stato/Country)

(Luogo/Place of issue)

(Data/Date of issue)

(Scadenza/Valid until)(2)

A - Medico che rilascia la prescrizione (Prescribing physician) (3):

(Cognome e nome/Last name, first name)

(Telefono/Telephone number)

(Indirizzo dell'ambulatorio/Surgery address)

B - Paziente (Patient):

(Cognome e nome/ Last name, first name)

(Sesso/Sex - M/F)

(Luogo di nascita/Place of birth)

(Data di nascita - gg/mm/anno/Date of Birth)

(Nazionalità/Nationality)

(Domicilio/Home address)

(Numero passaporto - carta d'identità/ Passport number - number of identity card)

(Paese di destinazione/Country of destination)

C - Medicinale prescritto (Prescribed medical preparation):

(Denominazione commerciale o preparazione magistrale/Trade name of drugs or its composition)

(Forma farmaceutica/Dosage form)

(Denominazione del principio attivo/international name of drug)

(Quantità complessiva di principio attivo in g o mg/)
Total quantity of drug)

(Numero di unità posologiche/Number of units)

(Durata della prescrizione in giorni/Duration of prescription in days)

(Osservazioni/Remarks)

**(Firma per esteso leggibile e timbro del medico prescrittore/
Signature and stamp of prescribing physician as responsible officer)**

- (1) Il presente certificato deve essere conservato dalla persona che detiene e trasporta, ai fini dell'uso personale su un territorio estero, i medicinali ivi prescritti.
- (2) Periodo massimo di validità: 3 mesi.
- (3) Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o medico dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale.