

ALLEGATI (La documentazione in fac simile allegato costituisce parte integrante del protocollo)

9

CONAMS Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza 	FeDerSerD Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze 	Protocollo operativo per l'applicazione dell'art.94 D.P.R. 309/90	Versione: n. 1
			Data: gennaio 2018

(allegato A)

CERTIFICAZIONE STATO DI TOSSICODIPENDENZA O DI ALCOOLDIPENDENZA

Su richiesta avanzata in data _____
 dal Sig. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ via _____
 in carico c/o il Servizio dipendenze di _____ dal _____
se detenuto, inserire: attualmente detenuto presso _____ dal _____

SI CERTIFICA CHE LO STESSO È ATTUALMENTE AFFETTO DA :

DIPENDENZA DA
<i>codice DSM V:</i>
<i>codice ICD X:</i>

L'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche (cfr. art. 94 DPR 309/90 come modificato con la L. 49/2006 e D.M. 12/07/1990 n. 186) è stato accertato attraverso la seguente procedura:

Documentazione

Autodichiarazione di tossicodipendenza del paziente	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Riscontro documentale di trattamenti sociosanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche e private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologie correlate all'abuso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico-legali <i>Se sì, specificare:</i>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Visita medica

• segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
• sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
• sindrome di astinenza in atto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
• presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti attraverso i seguenti esami: <input type="checkbox"/> ematochimici <input type="checkbox"/> urina <input type="checkbox"/> capello <input type="checkbox"/> annessi cutanei	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro

presenza di craving <i>(specificare.....)</i>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
--	-----------------------------	-----------------------------

.....,

Firma dirigente medico c/o il Ser.D	Firma direttore Ser.D
-------------------------------------	-----------------------

CONAMS Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza 	FeDerSerD Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze 	Protocollo operativo per l'applicazione dell'art.94 D.P.R. 309/90	Versione: n. 1	
			Data: gennaio 2018	

(allegato B)

VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Sig. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ via _____

Anamnesi medico-tossicologica

Valutazione psichiatrica

Valutazione sociale/familiare

Valutazione psicologica/psicodiagnostica

Motivazione attuale al trattamento

Precedenti programmi e loro andamento [indicare se trattasi di primo programma]

.....

Firme operatori di riferimento c/o il Ser.D	Firma direttore Ser.D
---	-----------------------

CONAMS Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza 	FeDerSerD Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze 	Protocollo operativo per l'applicazione dell'art. 94 D.P.R. 309/90	Versione: n. 1
			Data: gennaio 2018

(allegato C)

CERTIFICAZIONE IDONEITÀ PROGRAMMA TERAPEUTICO

Su richiesta avanzata in data _____
 dal Sig. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ via _____
se detenuto, inserire: attualmente detenuto presso _____ dal _____)

SI CERTIFICA L'IDONEITÀ DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO
 (ai sensi art. 94 del DPR 309/90)

Tipologia programma terapeutico-riabilitativo

<input type="checkbox"/> Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale/diurno	<input type="checkbox"/> Residenziale
[inserire la struttura dove dovrebbe svolgersi il programma]		

Attitudine del programma al superamento dello stato di dipendenza e realizzare l'effettivo il reinserimento del soggetto¹

Durata prevista

se detenuto e se è stata richiesta l'applicazione provvisoria della misura, inserire

Elementi per cui sarebbe necessario avviare appena possibile il programma terapeutico

Allegati

- Modello "D", nel caso di programma terapeutico ambulatoriale
- Modello "D1" e "DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALL'ACCOGLIENZA" con indicazione della data, prodotti dalla Comunità Terapeutica individuata nel caso di programma terapeutico residenziale/semiresidenziale,.

.....,

Firma operatore referente del caso c/o il SerD	Firma direttore Ser.D
--	-----------------------

¹ Nel caso di programma ambulatoriale, specificare che gli interventi sono articolati e strutturati in modo adeguato per raggiungere gli obiettivi e per prevenire, con buona probabilità, la ricaduta del soggetto nell'uso di droga. Rappresentare, inoltre, i motivi per cui non è possibile attuare il programma nell'istituto penitenziario

CONAMS Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza 	FeDerSerD Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze 	Protocollo operativo per l'applicazione dell'art.94 D.P.R. 309/90	Versione: n. 1	
			Data: gennaio 2018	

(allegato D)

PROGRAMMA TERAPEUTICO AMBULATORIALE

Sig. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ via _____

Tipologia programma terapeutico-riabilitativo

Ambulatoriale

Servizio dove dovrebbe svolgersi il programma terapeutico

Obiettivi del programma, tenuto conto delle caratteristiche del paziente

Articolazione del programma (durata, fasi, interventi previsti, ecc.)

Azioni di verifica sull'andamento del programma

Referente del caso c/o il Ser.D

Altro

.....,

Firma operatore referente del caso c/o il SerD

Firma direttore Ser.D

CONAMS Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza 	FeDerSerD Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze 	Protocollo operativo per l'applicazione dell'art. 94 D.P.R. 309/90	Versione: n. 1
			Data: gennaio 2018

(allegato D 1)

PROGRAMMA TERAPEUTICO RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE

Sig. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ via _____

Tipologia programma terapeutico-riabilitativo

Semiresidenziale/diurno Residenziale

Struttura/sede dove dovrebbe svolgersi il programma terapeutico

Obiettivi del programma, tenuto conto delle caratteristiche del paziente

Articolazione del programma (durata, fasi, interventi previsti, ecc.)

Azioni di verifica sull'andamento del programma

Referente del caso c/o la struttura residenziale/semiresidenziale

Altro

.....,

Firma operatore referente del caso c/o la struttura residenziale/semiresidenziale	Firma responsabile della struttura
---	------------------------------------

Firma direttore Ser.D, per presa visione
--

CONAMS Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza 	FeDerSerD Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze 	Protocollo operativo per l'applicazione dell'art. 94 D.P.R. 309/90	Versione: n. 1
			Data: gennaio 2018

(allegato E)

MONITORAGGIO PROGRAMMA TERAPEUTICO

Sig. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ via _____

PERIODO DI RIFERIMENTO DEL MONITORAGGIO

dal _____ al _____

Tipologia programma terapeutico-riabilitativo

<input type="checkbox"/> Ambulatoriale/territoriale	<input type="checkbox"/> Semiresidenziale/diurno	<input type="checkbox"/> Residenziale
---	--	---------------------------------------

Andamento del programma in base agli obiettivi e alle attività concordate

Livello di collaborazione/partecipazione del paziente

Esito esami tossicologici (se effettuati)

Eventuali criticità emerse e loro incidenza rispetto al percorso terapeutico e agli obiettivi da raggiungere

Valutazione complessiva andamento programma terapeutico ed eventuali proposte

.....

Firma operatore referente del caso c/o il SerD	Firma direttore Ser.D
--	-----------------------

<i>Nel caso di programma residenziale/semiresidenziale</i> Firma operatore referente del caso c/o la struttura residenziale/semiresidenziale

Firma responsabile della struttura

CONAMS Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza 	FeDerSerD Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze 	Protocollo operativo per l'applicazione dell'art.94 D.P.R. 309/90	Versione: n. 1
			Data: gennaio 2018

(allegato F)

NOTA DI TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Al

OGGETTO: Sig., nato a..... il, residente a.....
 in via.....
 Certificazione stato tossicodipendenza [o alcoldipendenza] e idoneità del programma terapeutico e socio-riabilitativo di tipo [inserire: ambulatoriale/territoriale o semiresidenziale o residenziale]

Il Servizio Dipendenze (Ser.D) di ..., con riferimento alla richiesta del sig. ..., [se detenuto, inserire: attualmente detenuto presso la Casa ... di ...] di sottoporsi ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo ai fini dell' affidamento in prova in casi particolari, trasmette la seguente documentazione:

- 1. CERTIFICAZIONE DI TOSSICODIPENDENZA [o ALCOLDIPENDENZA]** predisposta secondo le procedure indicate nell'art. 94 DPR 309/90 come modificato con la L. 49/2006 e D.M. 12/07/1990 n. 186. Nel caso specifico, l'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti ha tenuto conto dei seguenti elementi valutativi:

- 2. PROGRAMMA TERAPEUTICO** (elaborato dal Ser.D sulla traccia dell'allegato D, o dalla struttura residenziale/semiresidenziale sulla traccia dell'allegato D1, sottoscritto dal Direttore Ser.D per presa visione)
- 3. CERTIFICAZIONE IDONEITÀ DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO** [inserire: AMBULATORIALE o SEMIRESIDENZIALE o RESIDENZIALE] da svolgersi presso... [inserire: il Ser.D di ... o la Comunità Terapeutica residenziale/semiresidenziale ... sede operativa di ...] per la durata presunta di mesi ...
- 4. DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALL' ACCOGLIENZA** a partire dal ... (prodotta dalla Comunità terapeutica individuata, nel caso di programma residenziale/semiresidenziale).

In caso di richiesta di applicazione provvisoria della misura, indicare, eventualmente, le ragioni per cui la protrazione dello stato di detenzione determinerebbe un grave pregiudizio al condannato.

Il Direttore del Ser.D

Per presa visione e accettazione