

**MODULISTICA AD USO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE E DELLA
MAGISTRATURA DI SORVEGLIANZA**

Allegato A: fac simile “Certificazione dello stato di tossicodipendenza /alcoldipendenza”

Allegato B: fac simile “Valutazione multidisciplinare”

Allegato C: fac simile “Certificazione idoneità programma terapeutico”

Allegato D: fac simile “Programma terapeutico ambulatoriale territoriale”

Allegato D1: fac simile “Programma terapeutico residenziale / diurno”

Allegato E: fac simile “Monitoraggio programma terapeutico ambulatoriale territoriale”

Allegato E1: fac simile “Monitoraggio programma terapeutico residenziale / diurno”

Allegato F: fac simile “Nota di trasmissione della Documentazione”

CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI TOSSICODIPENDENZA E ALCOLDIPENDENZA

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

SI CERTIFICA CHE LO STESSO È ATTUALMENTE AFFETTO DA:

DIPENDENZA DA:

codice ICD IX.....

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 (per richieste pervenute dopo sei mesi di carcerazione)

☐ Riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari presso strutture pubbliche o private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologie correlate all'abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico-legali.

Se sì, specificare:.....

.....

Visita medica

☐ segni di assunzione abituale di sostanza stupefacente o psicotropa

☐ sintomi fisici e psichici di intossicazione da sostanze stupefacenti o psicotrope

☐ sindrome di astinenza in atto

☐ presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti attraverso i seguenti esami:

ematocimici ☐ urina ☐ capello ☐ annessi cutanei ☐

Altro

☐ Presenza di craving

Specificare.....

.....

Firma del Dirigente Medico

Firma del Direttore Ser.D.

presso il Ser.D.

VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

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

Anamnesi medico-tossicologica

.....
.....
.....

Valutazione sociale/familiare

.....
.....
.....

Valutazione psicologica/psicodiagnostica

.....
.....
.....

Motivazione attuale al trattamento

.....
.....
.....

Precedenti programmi e loro andamento (*specificare se trattasi di primo programma*)

.....
.....
.....

Firme operatori di riferimento presso il Ser.D.

.....

Firma del Direttore Ser.D.

.....

CERTIFICAZIONE IDONEITÀ PROGRAMMA TERAPEUTICO

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

SI CERTIFICA L'IDONEITÀ AL PROGRAMMA TERAPEUTICO

(ai sensi dell'art. 94 del DPR 309/90)

Tipologia di programma terapeutico

☐ Ambulatoriale

☐ Diurno

☐ Residenziale

(Inserire la struttura dove dovrebbe svolgersi il programma)

Durata prevista

.....

se detenuto ed è stata richiesta l'applicazione 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/diurno.

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

.....

Firma del Direttore del Ser.D.

.....

PROGRAMMA TERAPEUTICO AMBULATORIALE TERRITORIALE

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

Tipologia programma terapeutico riabilitativo

.....
.....
.....

Servizio dove dovrebbe svolgersi il programma terapeutico

.....
.....

Obiettivi del programma, tenuto conto delle caratteristiche del paziente

.....
.....
.....

Articolazioni 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 del Ser.D.

.....

Firma del Direttore del Ser.D.

.....

PROGRAMMA TERAPEUTICO RESIDENZIALE / DIURNO

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

Tipologia programma terapeutico/riabilitativo: **Residenziale** ☐ **Diurno** ☐

Struttura/Sede dove dovrebbe svolgersi il programma terapeutico

.....
.....

Obiettivi del programma, tenuto conto delle caratteristiche del paziente

.....
.....

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

.....
.....

Azioni di verifica sull'andamento del programma

.....
.....

Referente del caso c/o la struttura residenziale/diurno

.....
.....

Altro

.....
.....

Firma operatore referente del caso c/o la struttura

.....

Firma Responsabile della struttura

.....

Firma Direttore Ser.D.

.....

MONITORAGGIO PROGRAMMA TERAPEUTICO AMBULATORIALE TERRITORIALE

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

**periodo di riferimento del monitoraggio programma ambulatoriale dal _____
al _____**

Tipologia di programma terapeutico/riabilitativo ambulatoriale

.....
.....
.....

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 influenza 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 Ser.D.

.....

Firma del Direttore del Ser.D.

.....

MONITORAGGIO PROGRAMMA TERAPEUTICO RESIDENZIALE/DIURNO¹

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

periodo di riferimento del monitoraggio dal _____ al _____

Tipologia programma terapeutico/riabilitativo: **Residenziale** ☐ **Diurno** ☐

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 influenza rispetto al percorso terapeutico e agli obiettivi da raggiungere

.....
.....

Valutazione complessiva andamento programma terapeutico ed eventuali proposte

.....
.....
.....
.....

Firma operatore referente del caso c/o la struttura

.....

Firma Responsabile della struttura

Firma Direttore Ser.D.

.....

¹

I contenuti da evidenziare nella relazione di monitoraggio sono:

- Premessa sulle risorse e sulle prospettive evolutive della persona
- Valutazione di eventuali comportamenti antisociali
- Informazioni circa l'aderenza alla terapia farmacologica
- Situazione sanitaria
- Situazione legale
- Valutazione degli aspetti del craving e del comportamento tenuto in comunità
- Aderenza al programma
- Valutazione delle verifiche
- Osservazioni delle dinamiche familiari
- Grado di consapevolezza e rielaborazione delle condotte delinquenziali

NOTA DI TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Al _____

Oggetto: Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Certificazione stato di tossicodipendenza (o alcoldipendenza) e idoneità del programma terapeutico e socio-riabilitativo di tipo (*inserire: ambulatoriale territoriale o diurno / residenziale*)

Il servizio Tossicodipendenze (Ser.D.) di _____ con riferimento alla richiesta del sig/ra (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 elaborato da Ser.D. sulla traccia allegato D1 e sottoscritto dal responsabile della struttura residenziale/diurna*)

3. CERTIFICAZIONE IDONEITÀ DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO (*inserire: AMBULATORIALE o DIURNO o RESIDENZIALE*) da svolgersi presso (*inserire: il Ser.D. di _____ o la Comunità Terapeutica residenziale/diurna _____ 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/diurno*).

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 ed accettazione