



COORDINAMENTO NAZIONALE
MAGISTRATI DI SORVEGLIANZA

PROTOCOLLO OPERATIVO TRA

FeDerSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze) e CONAMS (Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza)
PER LA APPLICAZIONE DELL’AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI
AI SENSI DELL’ART. 94 DEL DPR 309/90

ROMA - venerdì 19 gennaio 2018

Sala Zuccari - Palazzo Giustiniani

PREMESSA

Le persone affette da problematiche di dipendenza rappresentano circa il 30% della popolazione attualmente ristretta. Molti altri soggetti, non detenuti e in carico ai servizi per le dipendenze patologiche, si trovano nella condizione di dover scontare una pena definitiva. Si tratta di persone portatrici di una condizione patologica complessa – spesso determinante nell’indurre la commissione di reati – nella quale confluiscono dipendenza fisica, problematiche psicologiche, frequenti patologie correlate e che può risolversi, con buona probabilità, solo a fronte di un trattamento terapeutico-riabilitativo personalizzato. Opportunamente, quindi, il legislatore ha inteso migliorare la funzione di prevenzione speciale della sanzione nei confronti della persona tossicodipendente, favorendo l’accesso a percorsi terapeutico-riabilitativi, quasi sempre non attuabili efficacemente in carcere. Questa condivisibile scelta di politica legislativa, attualmente, ha una realizzazione insoddisfacente per un concorso di cause, le principali delle quali collegate a problematiche inerenti al percorso procedimentale preordinato all’affidamento in prova in casi particolari, disciplinato dall’art. 94 D.P.R. 309/90. L’analisi della situazione attuale, l’individuazione delle criticità e l’elaborazione di un metodologia che ne consenta il superamento o quantomeno un significativo contenimento è l’obiettivo strategico perseguito dal presente protocollo.

SITUAZIONE ATTUALE: ANALISI DEL CONTESTO

L’analisi della situazione attuale richiede una premessa di carattere generale.

Una procedura viene, di regola, legislativamente disciplinata per garantirne l’uniformità applicativa e la prevedibilità dei risultati a prescindere dalle professionalità coinvolte e dal contesto territoriale di riferimento. Certo, qualsiasi decisione giudiziaria, pure emessa in esito a un procedimento legislativamente predeterminato, presenta sempre ineliminabili margini di discrezionalità tecnica che il giudice esercita attraverso il suo libero e motivato apprezzamento degli elementi a disposizione. Nella procedura per la concessione dell’affidamento terapeutico, tuttavia, non si ha a che fare con questa fisiologica discrezionalità decisionale: è l’intero processo di formazione degli elementi di conoscenza da offrire al giudice, infatti, che presenta caratteri di estrema disomogeneità a causa della sinergia negativa che si è instaurata tra le inadeguatezze della disciplina normativa e l’estrema variabilità delle metodiche e delle prassi operative dei servizi per le dipendenze patologiche, sulle quali influiscono anche fattori culturali ed economici legati al contesto ambientale.

Ciò determina la conseguenza che, a parità di situazione soggettiva del richiedente, l’esito giudiziale varia sensibilmente a seconda del Servizio competente ad istruire e del magistrato competente a decidere. Quando poi gli elementi prodotti dal Servizio non sono o non sono ritenuti sufficienti per le valutazioni a cui il giudice è chiamato¹, diviene inevitabile che questi attinga *aliunde* i dati su cui fondare la sua decisione, quasi sempre meno affidabili, se non addirittura fuorvianti dal punto di vista diagnostico e prognostico. Finiscono, ad esempio, per essere caricati di un’impropria significatività elementi come le modalità e le circostanze del reato, i mezzi utilizzati, l’entità dell’offesa cagionata, l’intensità del dolo, i precedenti penali, la condotta successiva al reato desumibile dai dati dell’osservazione in istituto o, se l’istanza proviene da persona che si trova in stato di libertà, dal certificato dei carichi pendenti, dalle informazioni degli organi di polizia o dall’indagine socio-familiare.

¹Non sono sufficienti, vale a dire, per apprezzare la sussistenza di uno o più dei parametri previsti dalla legge:

1. la “non strumentalità” della richiesta da parte del detenuto
2. l’attualità della dipendenza
3. l’idoneità del programma terapeutico proposto al recupero del condannato
4. l’idoneità del programma terapeutico a prevenire il pericolo di commissione di ulteriori reati in quanto effettivamente capace di incidere sulla causa criminogena connessa all’uso di sostanze stupefacenti e sulla capacità delinquenziale del soggetto tossicodipendente.

CRITICITÀ

Sia pure con angolazioni, sensibilità professionali e prospettazioni diverse, i servizi per le dipendenze patologiche e i magistrati di sorveglianza hanno da

tempo rilevato e denunciato gravi criticità nel procedimento propedeutico alla concessione della misura.

Non senza qualche inevitabile semplificazione e comunque senza alcuna pretesa di esaustività, i rilievi critici mossi dai due principali protagonisti della procedura *de qua* possono sinotticamente compendiarsi, per comodità espositiva, nello schema che segue.

Criticità rilevate dai Ser.D	Criticità rilevate dalla magistratura di sorveglianza
<ul style="list-style-type: none"> • Frequenti confutazioni certificazioni stato di tossico/alcoldipendenza e idoneità del programma • Valutazioni restrittive in ordine all'attualità dello stato di tossico/alcoldipendenza • Limitata concessione di misure provvisorie • Limitata concessione della misura in presenza di programmi ambulatoriali anche se individualizzati e strutturati, e frequenti indicazioni di inserimento in comunità residenziali, ritenute in assoluto più contenitive, prescindendo dalle indicazioni Ser.D. e senza tener conto – laddove il programma ambulatoriale sia clinicamente appropriato – dei conseguenti oneri a carico del SSR, non sempre compatibili con una appropriata gestione del budget assegnato ai servizi. Di fatto, le disponibilità di budget condizionano la realizzazione di programmi residenziali non solo per i detenuti ma anche per i cittadini liberi che si rivolgono al SerD (tanto che si hanno spesso liste di attesa). Posto che il 	<ul style="list-style-type: none"> • Difetto di criteri univoci per accertamento e certificazione stato di tossico/alcoldipendenza e idoneità del programma • Certificazioni stato di tossico/alcoldipendenza e idoneità del programma non sempre adeguate per articolazione e per esaustività dei contenuti • Certificazioni stato di tossico/alcoldipendenza e idoneità del programma che riportano limitati dati clinici, anamnestici e psicosociali • Certificazioni idoneità del programma scarsamente riconducibili alle peculiarità del caso • Insufficiente valutazione della “strumentalità” della richiesta • L'attualità dello stato di tossico-alcoldipendenza non è sempre adeguatamente rilevata e idoneamente attestata • Assenza o insufficienti indicazioni concrete in ordine al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione nelle richieste di misura provvisoria • Programmi ambulatoriali inaffidabili, deboli (scarsamente individualizzati, relativamente strutturati, poco contenitivi), in ordine alla capacità di recupero della persona condannata e di prevenzione del rischio di recidiva. • Carente attivazione risorse territoriali per attuazione programma terapeutico e socio riabilitativo ambulatoriale • Accesso alle comunità terapeutiche o a programmi ambulatoriali strutturati spesso subordinato alla disponibilità di budget e di risorse umane.

DPCM 1 aprile 2008 impone che ai detenuti vengano garantite le stesse opportunità di cura che vengono garantite a tutti i cittadini, i vincoli suddetti dovrebbero valere anche per questa popolazione.

- Rapporto diretto tra Magistratura, avvocati e CT per cui spesso il detenuto si rivolge al Servizio con un programma residenziale già definito dal Magistrato, solo da ratificare.

- Revoche pressoché automatiche qualora vengano segnalati episodi di difformità rispetto a quanto previsto dal programma (uso di droghe/alcol e altri fatti significativi)

- Poche occasioni di scambio con la magistratura di sorveglianza

- Difficoltà a concedere la misura a soggetti con doppia diagnosi e a cittadini stranieri

- Relazioni di monitoraggio del programma che, nel segnalare tempestivamente comportamenti difformi rispetto a quanto previsto dal programma, non ne mettono in evidenza la possibile motivazione e l'incidenza – qualora marginale – rispetto al percorso terapeutico del soggetto.

- Scarsa consapevolezza rispetto ai presupposti per l'applicazione della misura:

a) limite pena: *la pena in espiazione non deve essere superiore a sei anni o a quattro anni in caso di sentenza o provvedimento di cumulo contenente condanna per reato previsto dall'art. 4 bis l.p.*

b) accertamento del Tribunale sulla non strumentalità e preordinazione al conseguimento del beneficio dello stato di tossicodipendenza o alcoolodipendenza o dell'esecuzione del programma di recupero

c) certificazione SER.T (in documento unitario o in più documenti) prodotta dall'interessato a pena di inammissibilità della domanda **attestante:**

1. lo stato di tossicodipendenza o di alcoolodipendenza (che deve essere **attuale** al momento in cui deve essere eseguita la pena),

2. la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche

3. la presenza di un programma terapeutico in corso (e, quindi, da proseguire), **o a cui intenda sottoporsi** (e, pertanto, da intraprendere)

4. l'idoneità del programma terapeutico concordato ai fini del recupero psicofisico del condannato e a prevenire il pericolo di commissione di ulteriori reati in quanto effettivamente capace di incidere sulla causa criminogena connessa all'uso di sostanze stupefacenti e sulla capacità delinquenziale del soggetto tossicodipendente.

FINALITÀ

Per cercare di superare tali criticità, la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (d'ora innanzi, FeDerSerD) e il Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza (d'ora innanzi, CONAMS) hanno deciso di elaborare insieme un *Protocollo operativo per l'applicazione dell'art.94 D.P.R. 309/90* (d'ora innanzi, Protocollo), la cui osservanza dovrebbe garantire, da un lato, un medesimo rigore procedurale e metodologico da parte dei Servizi nel predisporre la documentazione dovuta, dall'altro, una maggiore uniformità e prevedibilità decisionale da parte della magistratura di sorveglianza, che verosimilmente, si sentirebbe impegnata a tenere nella dovuta considerazione le allegazioni prodotte secondo contenuti e modalità che ha concorso ad elaborare

In definitiva, con il presente protocollo FeDerSerD e Conams convengono su alcuni criteri e comportamenti operativi al fine di contenere al massimo le inadeguatezze del sistema, a quadro normativo invariato, in linea con l'omologo auspicio emerso nei lavori degli Stati Generali per l'esecuzione penale². Si è inteso individuare canoni procedurali più appropriati e auspicabilmente standardizzati, così da ridurre sensibilmente le disparità di valutazione, in modo da favorire l'accesso alla misura dell'affidamento terapeutico ogniqualvolta ne sussistano i presupposti. Obiettivo, quest'ultimo, che può sembrare scontato, ma nella realtà tutt'altro che conseguito, poiché, nonostante il *favor* legislativo per la cura piuttosto che per la mera restrizione della libertà personale, è modesto il numero dei tossicodipendenti condannati a pena definitiva che usufruiscono della misura alternativa a scopo terapeutico, pur se in possesso dei requisiti previsti. Anzi, proprio questo obiettivo suggerisce una preziosa indicazione di metodo: i criteri procedurali non devono essere soltanto uniformi, appropriati e scientificamente attendibili, ma dovrebbero essere concepiti in funzione dei parametri normativi che guidano la decisione del giudice.

I sottoscrittori del Protocollo confidano che la sua osservanza induca, da un lato, le strutture sanitarie pubbliche o le strutture private accreditate ai sensi dell'art.116 comma 2, lettera d) D.P.R 309/90 a produrre allegazioni documentali metodologicamente omogenee, affidabili ed esaustive; dall'altro, la magistratura di sorveglianza a farvi maggiore affidamento e ad avvalersi di ogni forma di interlocuzione coi Servizi specialistici per acquisire le necessarie delucidazioni e

gli ulteriori dati eventualmente necessari, anche ai fini di migliorare l'individualizzazione delle modalità esecutive della misura.

FeDerSerD e CONAMS si impegnano a divulgare il presente Protocollo tra tutti i Servizi per le dipendenze e tra tutti i Tribunali e gli Uffici di Sorveglianza del territorio nazionale per una diffusione capillare che preluda a specifiche stipule di livello regionale, da armonizzare con i protocolli, ove esistenti, realizzati a partire dal 2014 tra Ministero della Giustizia, Regioni, Anci e Tribunali di Sorveglianza (cfr. punto 5).

Il Protocollo intende, inoltre, contribuire ad arricchire le occasioni di formazione congiunta e di reciproca conoscenza

²Cfr., *Relazione Gruppo lavoro tavolo tematico 4 "Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze"*, Stati generali esecuzione penale, Ministero giustizia, febbraio 2016, p. 28.

PROTOCOLLI E LINEE GUIDA DI POSSIBILE RIFERIMENTO

Nella elaborazione del protocollo si è tenuto conto della seguente documentazione:

- *Linee guida "Percorsi assistenziali per le tossicodipendenze in ambito penitenziario"*, Regione Toscana, 2004.
- *Circolare Legge 49/2006 (ex art. 90 e 94 DPR 309/90)*, Regione Lombardia, 2006.
- *Linee Guida per la presentazione di programmi terapeutico-riabilitativi finalizzati alla concessione di misure alternative alla detenzione di persone tossico/alcolodipendenti o con uso di sostanze tale da necessitare un programma terapeutico-riabilitativo*, Regione Veneto, DGR179/2007.
- *Linee Guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria*, Ministero della Giustizia, 2008.
- *Linee Guida (Fac simile allegato 3) in: Marini V., Tosi M., Francia A. (a cura di), L'uomo colpevole e l'uomo tragico. Il tossicodipendente rea carcere e misure alternative*, McGraw-Hill, Milano, 2009, pp. 268-269.
- *Report interno Progetto speciale regionale "Rilevazione e monitoraggio dell'assistenza sanitaria a tossicodipendenti e alcolodipendenti posti in regime di restrizione della libertà personale"*, Regione Marche, ASUR Z. T. 11, 2010.
- *Linee guida sulle procedure finalizzate alla concessione /esecuzione di misure alternative ai detenuti/condannati/liberi tossico/alcolodipendenti che necessitano di un programma terapeutico-riabilitativo*, UEPE, PRAP, ASP Basilicata, 2010.
- *Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di Sorveglianza di Bologna in merito alle procedure di collaborazione nell'esecuzione penale esterna e nell'applicazione delle misure di sicurezza nei confronti di tossicodipendenti e alcolodipendenti*, Regione Emilia-Romagna, DGR 771/2010.
- *Carcere e droga: linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, Roma, 2011.
- *Indirizzi operativi per la presentazione delle richieste per la attivazione di programmi terapeutico-riabilitativi ai sensi del D.P.R. rivolti a detenuti tossicodipendenti*, Regione Campania, DGR 620/2012.
- *Protocolli operativi concordati tra Ministero giustizia, Regioni, Anci, Tribunali sorveglianza e alcuni Garanti detenuti nel periodo 2014-2015 (Umbria,*

Lazio, Liguria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sicilia, Lombardia, Abruzzo, Molise, Piemonte, Basilicata).

- *Linee guida regionali interistituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva in persone alcol e tossico-dipendenti*, Regione Umbria, DGR 1548/2014.

- *Relazione Gruppo lavoro tavolo tematico 4 "Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze"*, Stati generali esecuzione penale, Ministero giustizia, febbraio 2016.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Sulla base di riflessioni critiche e di obiettivi condivisi, FeDerSerD e CONAMS ritengono che sia estremamente importante per il corretto svolgimento del procedimento applicativo dell'affidamento terapeutico concordare interventi migliorativi nelle seguenti aree:

1. modalità di certificazione stato di tossico/alcoldipendenza;
2. verifica dell'attualità della dipendenza;
3. valutazione del presupposto della "non strumentalità" della richiesta da parte del detenuto/paziente;
4. formulazione del programma terapeutico (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale);
5. monitoraggio dell'attuazione del programma terapeutico.

6.1 Certificazione stato di tossico/alcoldipendenza

Ai fini dell'ammissione all'affidamento terapeutico è necessario che il condannato sia soggetto tossicodipendente o alcoldipendente. Tale condizione deve essere attestata, a pena di inammissibilità dell'istanza, da certificazione rilasciata da una struttura pubblica o da una struttura privata accreditata ex art.116, comma 2, lett. d), dpr 309/90.

Tale certificazione, sempre a pena di inammissibilità dell'istanza, deve anche specificare la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche e gli elementi valutativi indicati nel DM 186/90³.

L'assenza della documentazione diagnostica rende inammissibile la richiesta; l'insufficienza o l'inadeguatezza ne impediscono, di regola, l'accoglimento.

I sottoscrittori del Protocollo rilevano che la diagnosi di tossicodipendenza comporta attualmente apprezzabili difficoltà legate alla legislazione vigente, alle diverse forme di dipendenza e ai differenti parametri diagnostici e procedurali utilizzati dagli operatori dei Servizi.

Un accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope che possa fondarsi soltanto su uno o più degli elementi valutativi di natura prettamente bio-medica indicati dal Decreto Ministro della sanità 12.7.1990 n. 186 appare senz'altro riduttivo, in quanto difetta degli altrettanto significativi elementi di natura psicologica, pedagogico-educativa e sociale, di regola rilevati dall'équipe multidisciplinare dei Servizi.

Inoltre, accertare la dipendenza solo attraverso i riscontri oggettivi di cui al citato DM n.186/90 non consente di tenere sufficientemente conto delle dipendenze da sostanze diverse dagli oppiacei (ad es., da cocaina, da sostanze psicostimolanti, anche da alcol), che presentano differenti caratteristiche farmacologiche e farmacocinetiche; soprattutto, non considera le "dipendenze senza sostanze", come il gioco d'azzardo patologico (ora "disturbo da gioco d'azzardo" - "Gambling Disorder" nel DSM V) benchè tale ultimo tipo di dipendenza non consenta *de iure condito* la concessione delle speciali misure di cui agli artt. 90 e 94 DPR 309/90.

Tali difficoltà sono ulteriormente aggravate nel caso in cui a richiedere una diagnosi di tossicodipendenza siano soggetti che contattano per la prima volta il Servizio specialistico dal carcere o che da molto tempo non sono più in contatto con lo stesso.

In mancanza di convincenti linee guida e di accordi nazionali per l'accertamento e la certificazione dello stato di tossico/alcoldipendenza, i parametri e le procedure diagnostiche sono state sviluppate in modo disomogeneo a livello locale causando, come si rilevava in premessa, difformità di trattamento a parità di situazione patologica, a seconda del Servizio o della magistratura di sorveglianza di volta in volta competenti.

FeDerSerD e CONAMS ritengono che ai fini dell'accertamento dello stato di dipendenza patologica sarebbe estremamente opportuno che la documentazione diagnostica da inviare alla magistratura di sorveglianza venga predisposta utilizzando uno schema standard (sul tipo di quello di cui al fac simile allegato A "certificazione dello stato di tossico, a cui andrebbero opportunamente aggiunti gli elementi conoscitivi di cui al fac simile allegato B "valutazione multidisciplinare") che:

- dettagli la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche;
- si avvalga di criteri diagnostici per la dipendenza secondo il DSM-V e di criteri diagnostici per il tipo di dipendenza secondo l'ICD X;
- fornisca tutti gli elementi utili a fini diagnostici (anamnestici e catamnestici, laboratoristici, clinici) indicandone la rilevanza;
- riporti i non meno significativi elementi di natura psicologica, pedagogico-educativa e sociale, in esito ad una valutazione multidisciplinare;
- preveda, oltre al colloquio clinico, l'utilizzo di alme-

³a) 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; b) segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa; c) sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope; d) sindrome di astinenza in atto; e) presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metabolici nei liquidi biologici e/o nei tessuti.

no un test di personalità: ad es. *MMPI*⁴;

- approfondisca, se del caso, gli aspetti legati alla psicopatia⁵;

Ritengono altresì che la magistratura di sorveglianza, naturalmente nei limiti in cui la *ratio* della stessa ed una ammissibile interpretazione estensiva lo consentano:

- tenga conto, ai fini del riconoscimento dello stato di tossico/alcol dipendenza, di elementi di giudizio ulteriori rispetto a quelli indicati dalla legge di cui al D.M. 186/90.

6.2 Attualità della tossico/alcoldipendenza

La concessione dell'affidamento in prova per fini terapeutici presuppone l'attualità della tossicodipendenza o dell'alcoldipendenza del condannato, trattandosi di istituto volto, appunto, alla cura, al recupero fisico della persona, al superamento dello stato di intossicazione e non al recupero sociale per il quale è stata, invece, prevista, all'art. 90 dello stesso DPR, una diversa misura di sostegno, la sospensione dell'esecuzione della pena detentiva. È l'attualità della tossicodipendenza o dell'alcoldipendenza che giustifica la predisposizione di un programma di recupero o la prosecuzione di un programma già in corso.

FeDerSerD e CONAMS prendono atto che l'attualità della dipendenza viene spesso riconosciuta esclusivamente in presenza di sostanze nei campioni biologici e di valori alterati ai parametri alcolsensibili degli esami ematochimici di laboratorio e/o qualora vengano assunte droghe/alcol nel periodo di contatto.

Questo orientamento costituisce sovente un ostacolo per l'accesso alle misure, in quanto prende in considerazione soltanto l'effettività di un alterato stato biologico e, quindi, di una dipendenza fisica, ignorando le compresenti e più persistenti espressioni dell'alterato stato psichico e comportamentale che configurano e definiscono la dipendenza patologica.

Pur se ha superato la condizione di dipendenza fisica, tanto più se in ambiente controllato, il soggetto non può considerarsi ancora affrancato dalla condizione di dipendenza psichica, che richiede interventi terapeutici complessi e di lunga durata. Anche la Corte di Cassazione ha valorizzato tale criterio⁶, clinicamente

più appropriato.

FeDerSerD e CONAMS auspicano pertanto che i servizi per le dipendenze si impegnino a tracciare accuratamente l'attualità della condizione di dipendenza, anche là dove si manifesti nella sola componente psichica e che la magistratura di sorveglianza tenga presente come in alcuni casi sia corretto considerare, ai fini della concessione della misura terapeutica, l'attualità della sola condizione di dipendenza psichica e ritenere idoneo il programma predisposto per il trattamento terapeutico globale della persona. Una tale evenienza si presenta, ad esempio, qualora la misura venga chiesta dal carcere, magari dopo un significativo periodo di detenzione. In tal caso, la sola astensione dall'uso di sostanze imposta dal contingente fattore della reclusione e la conseguente assenza di evidenze che attestino l'attualità dell'assunzione di sostanze, non può essere valutata come remissione stabile dello stato di dipendenza: la presenza di elementi/sintomi - debitamente descritti - che sostengano l'attualità di una condizione di "dipendenza psichica" andrebbe assunta come parametro per accertare l'attualità della tossicodipendenza ai fini della concessione della misura.

Meritevole di specifica attenzione, a giudizio dei sottoscrittori del presente Protocollo, è anche la situazione in cui la pena debba essere scontata dopo molti anni dalla commissione del reato e la condizione di tossicodipendenza sia stata superata con successo a seguito dello svolgimento di un programma terapeutico e socio-riabilitativo. In tal caso si potrebbe privilegiare il ricorso all'istituto della sospensione della pena previsto dall'art. 90, dpr 309/1990, senza la necessità di avviare complesse procedure di certificazione e di definizione di programmi che rischierebbero di penalizzare il soggetto, facendogli vivere una situazione regressiva; in tali circostanze si dovrebbe incentivare piuttosto il suo reinserimento sociale e lavorativo.

6.3 Analisi della strumentalità della richiesta

L'art. 94, terzo comma, subordina la concessione della misura alla condizione negativa "che lo stato di tossicodipendenza o alcoldipendenza o l'esecuzione del programma di recupero non siano preordinati al conseguimento del beneficio".

⁴Si segnala anche il *Personality Assessment Inventory (PAI)*, al momento, tuttavia, disponibile solo in versione cartacea. La sua applicazione sembra particolarmente utile in ambito clinico e in ambito forense. Per le specifiche caratteristiche il test ha trovato negli Stati Uniti ampio utilizzo in ambito giuridico. In ambito clinico è particolarmente utile per screening diagnostico, psicodiagnosi, valutazione della personalità anche normale, identificazione del rischio suicidario, valutazione di caratteristiche comportamentali di tipo violento, pianificazione del trattamento e, in ambito forense, per effettuare perizie. I 344 items sono organizzati in Scale Cliniche, Scale di Trattamento e Interpersonali. Due scale - tra quelle cliniche - sono specifiche per le caratteristiche antisociali e per le caratteristiche borderline. Le 5 scale di trattamento permettono di formulare ipotesi sulla compliance e sulle complicazioni nel trattamento. Esse rilevano, tra l'altro, l'indice di motivazione a intraprendere un eventuale trattamento.

⁵Strumenti utili a tale scopo, potrebbero essere: il *Psychopathic Personality Inventory - Revised (PPI-R)* e/o la *Hare Psychopathy Checklist-Revised, 2nd Edition (PCL-R)*, questionario autosomministrato, valuta i tratti di personalità del soggetto attraverso l'indagine di quei comportamenti e di quelle peculiarità cognitive, emotive e percettive che si intrecciano e che costituiscono un corpus caratteristico nella psicopatologia, fornendo al clinico preziose linee guida per orientare le scelte diagnostiche e per prendere decisioni importanti relative alla valutazione della pericolosità sociale. La PCL-R, intervista semi-strutturata, è ampiamente considerata come lo strumento "gold standard" per la comprensione della natura e della manifestazione della psicopatologia in un ampio spettro di situazioni, quali lavoro, famiglia, scuola, salute, rapporto con la giustizia, ecc.

⁶Ai fini della concessione dell'affidamento in prova nei casi particolari, l'attualità dello stato di dipendenza e la necessità di un idoneo programma di recupero, qualora l'interessato abbia superato la fase della dipendenza fisica dallo stupefacente, possono avere riguardo anche alla sola dipendenza psichica: il tossicodipendente, infatti, non può ritenersi guarito in base alla mera constatazione della circostanza che non assume più droghe, avendo egli necessariamente bisogno di un ulteriore periodo di mantenimento terapeutico e supporto psicologico (Cass. Pen., Sez. I, 17 luglio 1995, n. 3293; tesi ribadita nella sentenza del 21 aprile 1997, n. 2872).

FeDerSerD e CONAMS prendono atto che la natura strumentale della richiesta come unica strategia per “uscire dal carcere” è indubbiamente una eventualità non infrequente, sebbene di non agevole valutazione, così come, in generale, lo è la motivazione alla cura nelle diverse forme di dipendenza patologica. Spesso convivono un intento strumentale ed una ancora incerta spinta motivazionale. Essendo il tribunale chiamato a valutare l’autentica disposizione del condannato ad intraprendere un trattamento terapeutico idoneo ad evitare o a rendere molto improbabile la ricaduta in condotte devianti, dovrebbe ravvisare l’elemento ostativo della strumentalizzazione soltanto nei casi che inducono ad escludere ogni possibilità di giudizio prognostico favorevole, in difetto di una pur embrionale motivazione positiva. In questo non facile accertamento il tribunale potrà trovare valido ausilio dalla relazione del Servizio per le dipendenze, come da quella di osservazione dell’istituto penitenziario o da quella dell’indagine sociale dell’UEPE, che dovranno riportare elementi indicativi della reale volontà di affrontare la dipendenza sottesa alla richiesta di beneficio, e illustrare l’andamento di eventuali precedenti esperienze trattamentali, per evitare, soprattutto, che vengano interpretate soltanto come elemento predittivamente negativo.

Alla luce di queste considerazioni, FeDerSerD e CONAMS auspicano che i servizi per le dipendenze valutino attentamente la motivazione ad un programma terapeutico. A tal fine potranno essere utilizzati anche strumenti psicodiagnostici particolarmente appropriati per individuare specifici aspetti di personalità, per valutare la presenza di motivazione e di adesione al programma terapeutico. Il ricorso a questi strumenti psicodiagnostici standardizzati, potrà avere tra l’altro il non secondario vantaggio di garantire una valutazione più omogenea da parte del Ser.D e di offrire una descrizione clinica più esaustiva al magistrato⁷. In sede giurisdizionale si dovrebbe tener presente che, soprattutto nei casi in cui si avvia per la prima volta un programma terapeutico, esclusi i casi di evidente strumentalità della richiesta, una misura alternativa può comunque rappresentare una circostanza significativa per alimentare una spinta motivazionale ed indurre positivi cambiamenti, spesso impossibili da promuovere nel contesto penitenziario. La detenzione è, infatti, una condizione “in vitro” che non consente di sperimentare processi educativi e psicoterapeutici per le

evidenti peculiarità del contesto. Il tempo della detenzione può, cioè, aver agito come “tempo della riflessione” – anche se obbligata – e può, in effetti, aver rappresentato un momento di disagio che ha poi indotto una prima richiesta di cura, da verificare e consolidare in un contesto a questa più appropriato

6.4 Formulazione del programma terapeutico (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale) e certificazione di idoneità

Insieme alla certificazione attestante lo stato attuale di tossico/alcolodipendenza, all’istanza di affidamento in prova di cui all’art. 94 dpr 309/90, deve essere allegata, a pena di inammissibilità, una certificazione di idoneità del programma terapeutico concordato dal condannato con una struttura sanitaria pubblica o con una struttura privata accreditata ex art.116, comma 2, lett. d), dpr 309/90.

L’attestazione dello stato di tossico/alcolodipendenza ed il giudizio di idoneità del programma terapeutico concordato non sono, tuttavia, vincolanti per il giudice della sorveglianza, che deve soppesare sia le potenzialità terapeutiche del programma proposto sia la sua portata preventiva in ordine al pericolo di recidiva. Il giudice deve, cioè, procedere ad una valutazione comparativa tra possibilità di recupero terapeutico ed esigenze specialpreventive. A tale scopo, può disporre opportuni accertamenti, al fine di approfondire tale valutazione di merito.

FEDERSERD e CONAMS prendono atto che i programmi terapeutici formulati dai Servizi non sempre rispondono all’esigenza di produrre certificazioni articolate sotto il profilo clinico, anamnestico, psicologico e sociale e dati relativi a precedenti programmi terapeutici, per consentire al giudice un ponderato giudizio in merito all’idoneità del programma. Sono spesso corresponsabili di tale orientamento programmi ambulatoriali non in grado, per carenza di articolazione e di contenuti, di consentire al giudice una prognosi positiva in ordine all’idoneità della soluzione ambulatoriale a perseguire – anche attraverso le prescrizioni che devono accompagnarla – finalità di recupero dalla tossico/alcolodipendenza e ad assicurare la prevenzione del pericolo che la persona commetta nuovi reati.

Prendono atto, altresì, che la magistratura di sorveglianza, di frequente, ritiene pre-giudizialmente “idoneo” un programma quando svolto in regime di residenzialità, anche nei casi in cui non esistono né una

⁷In generale, nel predisporre un programma terapeutico e socio-riabilitativo a favore di una persona tossicodipendente, è fondamentale valutare i fattori relativi alla motivazione al cambiamento. Vi è, cioè, la necessità di conoscere il grado di disponibilità al cambiamento in cui si trova il paziente per potergli prospettare gli interventi più adatti e più accettabili. A seconda dello stadio in cui il paziente si trova esistono, infatti, obiettivi che possono essere raggiunti e, di conseguenza, interventi più o meno opportuni. Il questionario MAC/E, è uno strumento psicometrico in grado di fornire una valutazione della motivazione al cambiamento nei tossicodipendenti. La cornice concettuale all’interno della quale è stato concepito il questionario è il modello transteorico di Prochaska e DiClemente, che indica, appunto, la necessità di adeguare il tipo di intervento alla motivazione del paziente e al suo grado di disponibilità al cambiamento. Il MAC/E, in particolare, consente di individuare lo stadio del cambiamento (Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento e Ricaduta); di calcolare la frattura interiore, cioè la discrepanza fra la situazione attuale del soggetto e la condizione che egli vorrebbe ottenere, in base ai propri valori ed alle aspettative di sé; di calcolare l’autoefficacia (self-efficacy), ossia la fiducia nella propria capacità di assumere un comportamento prestabilito e di affrontare e risolvere un problema. Il grado di autoefficacia è stato identificato come uno dei fattori prognostici più significativi in relazione all’esito dei trattamenti nella prevenzione della ricaduta.

specifiche prescrizioni normative⁸, né indicatori clinici ed epidemiologici che depongano per una sua maggiore appropriatezza. Il programma terapeutico ambulatoriale è ancora, nella gran parte delle situazioni, considerato inadatto al contenimento di soggetti che possono ricadere nell'uso di sostanze illegali e, di conseguenza, commettere ulteriori reati.

I sottoscrittori del presente Protocollo convengono che:

- sia fornita una certificazione di idoneità del programma terapeutico attraverso l'utilizzo di uno schema standard (cfr., a scopo esemplificativo, fac simile allegato C);
- il programma venga formulato sulla base dei dati clinico-diagnostici derivanti da una valutazione multidisciplinare (cfr., fac simile allegato B), che consenta di ponderare la possibilità e la volontà di cambiamento del soggetto, le capacità e le risorse personali ed ambientali a disposizione, la storia tossicomane, la salute psichica⁹, la presenza di eventuali patologie correlate, senza ignorare anche l'andamento di eventuali precedenti trattamenti di recupero. Dovrebbe, altresì, esplicitare gli obiettivi da conseguire e i tempi necessari, prevedere gli strumenti e i tempi di valutazione (cfr., fac simile allegato D/D1);
- i programmi ambulatoriali siano articolati in tempi e fasi definite, prevedendo, laddove possibile e di concerto con l'UEPE, anche l'attivazione delle risorse del territorio, per favorire un trattamento che tenga adeguatamente conto di molteplici aspetti: risposta ai bisogni primari (spesso pre-requisiti per poter accedere alla misura dell'affidamento in prova), famiglia, affetti, socializzazione, lavoro, tempo libero, cultura, ecc. (cfr., fac simile allegato D);
- siano evidenziati i motivi in base ai quali il "programma terapeutico ambulatoriale/territoriale strutturato" finalizzato alla cura dello stato di tossicodipendenza, alcoolodipendenza o, si auspica, di dipendenza comportamentale, non è attuabile in modo appropriato in stato di detenzione (cfr., fac simile allegato C);
- siano esplicitati, nei casi in cui le misure siano richieste anche nella forma provvisoria, i motivi per cui il prolungarsi della permanenza in carcere potrebbe costituire "un grave pregiudizio" per la salute o per le condizioni del detenuto¹⁰ (cfr., fac simile allegato C);
- siano ritenuti parimenti validi – del resto in linea con quanto previsto dal dato normativo e scientifico –

i programmi terapeutico-riabilitativi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, là dove tali programmi siano sufficientemente sostenuti da valutazioni cliniche e di contesto più generale, appropriate e personalizzate;

- siano presi in considerazione gli elementi contenuti nella relazione dei servizi attestanti il grave pregiudizio derivante alla salute del condannato dal protrarsi della detenzione e la conseguente necessità di disporre la misura in via provvisoria.

6.5 Monitoraggio del programma terapeutico

I Servizi specialistici competenti per territorio di residenza sono responsabili dell'esecuzione del "programma terapeutico" (ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale) e, in via esclusiva, della relazione periodica sull'andamento di questo alla magistratura di sorveglianza tramite l'UEPE; a tal fine, gli Enti accreditati eventualmente coinvolti nella realizzazione del programma terapeutico sono tenuti a riferire al Servizio per le dipendenze.

Al di fuori delle scadenze previste, i responsabili dell'esecuzione del programma terapeutico, devono dare formale e tempestiva comunicazione al magistrato di sorveglianza di eventuali violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma (cfr. art. 94, comma 6-ter, dpr 309/90).

FeDerSerD e CONAMS, tenuto conto che la ricaduta nell'uso/abuso di droga/alcol è motivo di possibile sospensione e revoca della misura, che, tuttavia, la tossico/alcol dipendenza è una malattia a prevalente andamento cronico recidivante, concordano nel sottolineare la necessità che la valutazione dell'eventuale ricaduta debba essere personalizzata e contestualizzata di caso in caso, in quanto possibile evento "atteso" in un percorso di cura, anche positivo. Pertanto, la sola ricaduta potrebbe non costituire di per sé motivo sufficiente per considerare inefficace il programma e per revocare la misura. Affinché il provvedimento di revoca sia limitato ai casi in cui la condotta del condannato dimostri inequivocabilmente l'inutilità della prosecuzione del percorso terapeutico, è necessario, quindi, che i Servizi sappiano fornire ogni elemento utile per questo non facile giudizio e che la magistratura tenga sempre presente le caratteristiche cliniche e di decorso della patologia.

In particolare, FeDerSerD e CONAMS auspicano che i

⁸Cfr. art. 89, commi 1 e 2, DPR 309/90 come modificato dall'art. 4-sexies della Legge 21 febbraio 2006, n. 49: "Quando si procede per i delitti di cui agli articoli 628 (n.d.c.: rapina), terzo comma (n.d.c.: aggravanti speciali), o 629 (n.d.c.: estorsione), secondo comma (n.d.c.: aggravanti speciali), del codice penale e comunque nel caso sussistano particolari esigenze cautelari, il provvedimento è subordinato alla prosecuzione del programma terapeutico in una struttura residenziale."... "L'autorità giudiziaria, quando si procede per i delitti di cui agli articoli 628, terzo comma, o 629, secondo comma, del codice penale e comunque nel caso sussistano particolari esigenze cautelari, subordina l'accoglimento dell'istanza all'individuazione di una struttura residenziale"

⁹Linee Guida (Fac simile allegato 3), in: Marini V., Tosi M., Francia A. (a cura di), op. cit., p. 268.

¹⁰Art. 47, comma 4 (LEGGE 26 luglio 1975, n. 354) - 4. L'istanza di affidamento in prova al servizio sociale è proposta, dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, al tribunale di sorveglianza competente in relazione al luogo dell'esecuzione. Quando sussiste un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, l'istanza può essere proposta al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione. Il magistrato di sorveglianza, quando sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'ammissione all'affidamento in prova e al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione e non vi sia pericolo di fuga, dispone la liberazione del condannato e l'applicazione provvisoria dell'affidamento in prova con ordinanza. L'ordinanza conserva efficacia fino alla decisione del tribunale di sorveglianza, cui il magistrato trasmette immediatamente gli atti, che decide entro sessanta giorni.

Servizi:

- effettuino un adeguato ed omogeneo monitoraggio dell'andamento della misura, attraverso l'utilizzo di una scheda standard (cfr., a scopo esemplificativo, fac simile allegato E);
 - segnalino tempestivamente comportamenti difforni rispetto a quanto previsto dal programma (uso droga/alcol ed altri fatti significativi), fornendo una relazione che ne espliciti motivazione ed incidenza rispetto al percorso terapeutico individuato e agli obiettivi da raggiungere; suggerire, se necessario, la possibilità di rimodulare il programma per adeguarlo alle istanze di cura e di prevenzione, per conservarne l'idoneità;
 - garantiscano un costante flusso informativo ed incontri periodici con l'UEPE e con gli Enti ausiliari, quando coinvolti, per verificare l'adeguato svolgimento della misura;
- e che la magistratura di sorveglianza:
- valuti, caso per caso, di ricorrere alla revoca della misura quale *extrema ratio* nei casi in cui il percorso terapeutico sia ritenuto assolutamente inutile o pericoloso sotto il profilo della recidiva;
 - prenda in considerazione di ricorrere a strumenti volti ad evitare, il più possibile, l'interruzione del programma terapeutico, quali, ad es., il mero richiamo o diffida da parte dell'UEPE, o la modifica delle prescrizioni in senso restrittivo.

7

MONITORAGGIO E REVISIONI DEL PROTOCOLLO OPERATIVO

Il protocollo sarà sottoposto ad una prima revisione dopo il primo anno di applicazione.

Tutti gli attori coinvolti potranno inviare a FeDerSerD e a CONAMS, oppure ai loro referenti, osservazioni per il suo miglioramento.

Per promuovere una riflessione comune e una crescente sensibilizzazione alla problematica, sarà organizzata una giornata annuale di studio. Comunque sono auspicati momenti di incontro e di aggiornamento congiunto, anche soltanto a livello locale, volti a favorire una migliore conoscenza e la comunicazione inter-istituzionale.

BIBLIOGRAFIA MINIMA

Di Nuovo S., *Il Personality Assessment Inventory (PAI) nella diagnostica giuridico-forense*, in "Qi, magazine online di Hogrefe Editore", n. 33, dicembre 2015.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction *Droghe e criminalità: un rapporto complesso*, in EMCDDA Drug Focus, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2007.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Alternatives to punishment for drug-using offenders*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2015.

Ferrario G., Campostrini F., Polli C., *Psicologia e carcere. Le misure alternative tra psicologia clinica e giuridica*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Giasanti A. (a cura di), *Le misure alternative al carcere*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Goldstein, P. J., *The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework*, in «Journal of Drug Issues», 15, 1985, pp. 493-506.

Hare R. D., *PCL-R Hare Psychopathy Checklist – Revised*, adattamento italiano di V. Caretti, G. S. Manzi, A. Schimmenti, L. Seragusa, Giunti OS, Firenze, 2011.

Lax A., Carretta D., Carrà G., Clerici M., *Dipendenze e misure alternative alla pena. Trattamenti sanitari volontari, condizionati e obbligatori nella doppia diagnosi*, Angeli, Milano, 2013.

Leonardi F., *Le misure alternative alla detenzione tra reinserimento sociale e abbattimento della recidiva*, in Rassegna penitenziaria e criminologica, n. 2, 2007, pp. 7-26.

Lilienfeld S. O., Widows M. R., *PPI-R Psychopathic Personality Inventory – Revised*, adattamento italiano di S. La Marca, D. Berto, F. Rovetto, Giunti OS, Firenze, 2011.

Marini V., Tosi M., Francia A. (a cura di), *L'uomo colpevole e l'uomo tragico. Il tossicodipendente rea carcere e misure alternative*, McGraw-Hill, Milano, 2009.

Morey L.C., *PAI Personality Assessment Inventory, manuale*, adattamento italiano di A. Zennaro, S. Di Nuovo, M. Fulcheri, A. Lis, C. Mazzeschi, Hogrefe,

Firenze, 2015.

Osservatorio Regionale Carcere, *Area penale esterna*, Cleup, Padova, 2006.

Rogers R., Sewell K.W., Gillard N. D., *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS), 2nd Edition, Professional Manual*. Lutz, FL, Psychological Assessment Resources, Inc., 2010 (adattamento italiano a cura di S. Ciappi, S. Pezzuolo, S. Zago, Firenze, Hogrefe, 2016).

Santoro E., Tucci R., *L'incidenza dell'affidamento sulla recidiva: prime indicazioni e problemi per una ricerca sistematica*, in Rassegna penitenziaria e criminologica, n. 1, 2006, pp. 79-158.

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
codice DSM V:
codice ICD X:

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 (specificare.....)	<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
--	-----------------------

Nel caso di programma residenziale/semiresidenziale
 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