

*di Silvia De Napoli*

**stateofmind.it, 24 luglio 2019**

La dipendenza in carcere: mentre i criteri diagnostici e i trattamenti sono cambiati, la stessa evoluzione sembra non esserci stata in ambito giuridico. Realtà consolidata, la denominazione di "Dipendenza Patologica" sopraggiunta con l'ultima versione del Dsm-V, va a sostituire la classica dicitura "Tossicodipendenza", infatti nell'ultima versione del Dsm-V troviamo nella categoria "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction", importanti novità, oltre che elementi di continuità. Preme sottolineare questi elementi di novità per una maggiore comprensione: nell'ultima versione sparisce la differenza tra abuso e dipendenza, dando risalto ad un continuum su tre livelli di gravità; in sostanza viene eliminato il concetto di abuso, precedentemente inquadrato come "lieve o iniziale".

Restano invariati i 13 criteri per la formulazione di una diagnosi, ne sono sufficienti due, escludendone l'astinenza e la tolleranza, in quanto risposte adattive alla sostanza da un punto di vista fisiologico. Sino a 2 o 3 criteri siamo davanti ad una classificazione di tipo lieve, da 4 a 5 moderata e oltre i 6 la classificazione rientra come grave.

Viene soppressa la diagnosi di "poli-dipendenza", sostituendola con la prassi di fare diagnosi per ogni singola sostanza; viene aggiunta la sindrome da astinenza da cannabinoidi e subentra, però, il concetto di craving (desiderio improvviso e incontrollabile di assumere una determinata sostanza, cibo, comportamento).

Ambito particolarmente rilevante è l'introduzione dei comportamenti di dipendenza senza

sostanze: nella fattispecie il Gioco d'Azzardo, che non viene più denominato patologico, in quanto la condizione patologica viene regolata dal brain reward system, nel Dsm 5 viene classificata tra le dipendenze, non più sotto un profilo squisitamente di discontrollo degli impulsi. Nella categoria della dipendenze non da sostanze non sono state fatte rientrare né quelle relative ai comportamenti sessuali, né all'uso patologico di internet, in quanto non si è in possesso di documentazione scientifica che possa supportare tale inserimento.

Di fatto, nella clinica non viene suggerito alcun metodo e/o strumento differente da quelli già riconosciuti ed utilizzati in campo, dai servizi pubblici e privati. La distinzione teorica e categoriale fornita dal Dsm 5 ed., ci aiuta a comprendere quanto sia inutile e fuorviante la differenziazione terminologica all'interno di un continuum psicopatologico. Infatti abbatte la distinzione, che, per chi è un tecnico del settore ha sentito troppo spesso dire, "tra tossicodipendente e abusatore".

In quanto la distinzione è meramente di fasi: lieve, moderata e grave, non di meno, è doveroso ricordare quanto anche tale distinzione sia puramente teorica, in quanto la linea di demarcazione tra una fase ed un'altra è molto flebile, non per tutti uguale e non è detto che, chi assume sostanze, passi gradualmente per tutte le fasi che abbiamo distinto.

La condizione di dipendenza, all'interno dell'inquadramento giurisprudenziale è un quadro abbastanza complesso nell'ordinamento penitenziario Italiano, in quanto è una situazione che coinvolge diversi settori dell'individuo: fisici, mentali, infettivologici, familiari, sociali, educativi, spesso tutti questi in compresenza. Quando si ha un tossicodipendente che commette reato, tale azione deve ritenersi frutto di una volontà esente da vincoli o è l'assunzione di sostanza in condizione di dipendenza psicologica e sofferenza fisica indotta da sindrome da astinenza a potersi caratterizzare come actio libera in causa?

Al fine dell'accertamento dell'infermità mentale a carico di chi assume sostanze stupefacenti, è necessario dimostrare che tale assunzione ha compromesso permanentemente la capacità di intendere e volere, non viene riconosciuta valida la crisi di astinenza. Così, per il giudizio di responsabilità, non viene attribuito valore alle alterazioni psicosomatiche indotte da sostanza, solo il caso disciplinato dall'art. 95 c.p., accertata cronica intossicazione da sostanze stupefacenti tale da influire in modo parziale e/o totale sulle capacità di intendere e volere. Gli art. 92, 1 comma e 93 c.p. sanciscono la piena imputabilità sul soggetto che commette reato sotto l'effetto di sostanza stupefacente, nell'art. 94 vi è addirittura la previsione di aggravamento della pena qualora il reato sia stato commesso sotto effetto di stupefacenti da soggetto abitualmente dedito all'uso di esse. Volendo perciò sanzionare uno stile di vita, piuttosto che una sporadica tendenza a delinquere.

In materia di continuazione di reati, sino alla legge del 21 febbraio 2006, n. 49 che modifica l'art. 671, per lungo tempo ha negato la possibilità di applicare la disciplina prevista dall'art. 81, comma 2, c.p. al reo che avesse commesso una pluralità di reati come conseguenza dell'assunzione di sostanze stupefacenti e nel perdurare di tale condizione. In quanto si riteneva non sussistere una compatibilità tra lo stato di tossicodipendenza e il medesimo disegno criminoso.

Le evidenze oggettive, i fermenti sanitari di cura all'individuo e le analisi sociologiche degli anni '70, hanno portato il legislatore a dover modificare l'approccio di mera reclusione, in cui proliferava la sub-cultura del tossicodipendente, dello stile di vita criminoso, della promiscuità e l'espandersi delle malattie infettive, verso un approccio di cultura terapeutica opposta a quella penitenziaria di tipo autoritario. Quindi, il tossicodipendente diviene attore nel suo percorso trattamentale e rieducativo.

Il legislatore con la legge 22 dicembre del 1975, n. 685, disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, tentò di inquadrare lo stato di tossicodipendenza come malattia da curare, in cui tentò di bilanciare la tutela del diritto alla salute e l'esigenza repressiva del fenomeno del consumo delle droghe di massa. Affidò, perciò i due compiti a due apparati distinti: recupero e riabilitazione al settore sanitario e al penale/esecuzione penale ha lasciato il compito della sicurezza. L'art. 84 prevede il diritto di ricevere cure mediche e riabilitazione all'interno degli istituti penitenziari adeguatamente attrezzati per chiunque sia dedito al consumo di sostanze stupefacenti. Di fatto tutto ciò non venne inserito nella prassi penitenziaria.

Sarà necessario attendere il d.p.r. 309/1990, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti, e le successive modifiche conseguenti sul piano dell'esecuzione penale, per contemplare la de-carcerizzazione del tossicodipendente a favore di interventi socio-sanitari adeguati. L'art. 89 d.p.r. 309/1990 dispone, qualora ricorrano i presupposti per la custodia cautelare in carcere, il giudice, non sussistendo esigenze cautelari di rilevanza, dispone gli arresti domiciliari. Presupposto è che ci sia in atto un programma terapeutico di recupero presso servizi pubblici o strutture private autorizzate ai sensi dell'art. 116, in quanto l'interruzione del programma ne pregiudichi il recupero dell'imputato. Si prevede la possibilità che il provvedimento venga subordinato al programma terapeutico di recupero presso struttura residenziale, stabilendo orari, modalità e controlli necessari ai fini della prosecuzione della pena.

Allo stato attuale le disposizioni di legge stabiliscono diverse alternative per le cure del soggetto

tossicodipendente sia in custodia cautelare che per ciò che concerne l'espiazione della pena, basti pensare all'affidamento in prova, alla sospensione dell'esecuzione della pena per cinque anni, qualora si accerti un esito positivo del recupero dallo stato di dipendenza, l'affidamento terapeutico, lavori di pubblica utilità (art. 73 comma 5 bis, d.p.r. 309/1990) la pena detentiva in extrema ratio per il condannato tossicodipendente dovrebbe essere eseguita presso istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi, cit. art. 95 d.p.r. n. 309/1990.

Tali istituti sono rappresentati dagli istituti a custodia attenuata regolamentati dal d.p.r. 30 giugno 2000, n.230, gli Icat, istituti penitenziari di II livello, cioè quando il detenuto non assume più metadone e non presenta sintomi di astinenza da sostanza.

Detto ciò, la giurisprudenza prevede una ampia gamma di possibilità di recupero a tutela del diritto della salute per il tossicodipendente, prevedendo quindi, una territorializzazione della presa in carico da parte del servizio sanitario nazionale e delle realtà privatizzate che operano nel settore delle dipendenze.

Per questo ricordiamo l'art. 27 comma 3 della nostra Costituzione "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

Lo scopo dell'esecuzione della pena è, perciò, la rieducazione dell'autore di reato. A queste ragioni comprendiamo come la giurisprudenza abbia preferito mettere come prioritario lo stato di tossicodipendenza rispetto al comportamento deviante, concedendo pene alternative all'istituzionalizzazione (arresti domiciliari nei casi di programma terapeutico - art. 89) bilanciando l'esigenza dell'esecuzione penale e la tutela della salute.

Le insidie tra gli approcci alla tossicodipendenza e ai disturbi da dipendenza, tra vecchi e nuovi schemi clinici

Abbiamo visto sinora quelli che sono le nuove differenziazioni cliniche sintomatologiche della dipendenza, che, nel corso degli ultimi decenni hanno subito significative modifiche nelle nuove generazioni. Proseguendo abbiamo fatto un breve e poco esaustivo excursus giuridico sull'approccio al tossicodipendente così come veniva concepito dal legislatore, seguendo quelle

erano le linee guida dell'allora ente sanitario nazionale.

Riassumendo l'autore di reato tossicodipendente ha tre alternative una volta nel penitenziario:

Il reo al suo ingresso in penitenziario si dichiara tossicodipendente: verrà sottoposto agli esami di routine per l'accertamento diagnostico, così da poter essere seguito da un punto di vista farmacologico dall'Asl di competenza;

Il reo non si dichiara tossicodipendente al suo ingresso in istituto penitenziario: non riceverà alcun supporto medico-farmacologico;

Il reo è già seguito dal Ser.D, al suo ingresso in istituto penitenziario verrà proseguita la terapia farmacologica

In tutti i casi è prevista di routine esclusivamente l'accertamento e la terapia farmacologica, ma solo a seguito di una specifica richiesta da parte dell'interessato, l'aspetto psico-sociale sarà affrontabile attraverso colloqui con il personale qualificato, concessi in base alle disponibilità, alla lista di prenotazione e alle risorse interne a disposizione.

Come si accennava nel paragrafo precedente, tali soggetti, tossicodipendenti e alcolodipendenti possono usufruire dei casi previsti dall'art. 11, affidamento in prova (disciplinato dall'art. 94 del D.P.R. 309/1990) e la sospensione della pena (disciplinato dall'art. 90 del Testo Unico), quest'ultimo è una misura premiale verso coloro i quali abbiano volontariamente estinto l'uso di sostanze stupefacenti, a differenza del primo che è un sistema terapeutico debitamente certificato e approvato dal Ser.D.

Ci troviamo dinanzi ad una situazione in apparenza semplice e lineare, cosa che, nella pratica clinica e parallelamente giudiziaria, non risulta altrettanto semplice. Infatti, utilizzando la giurisprudenza terminologie che si rifanno ad una clinica oramai desueta, con criteri diagnostici superati da tempo, resta al singolo giurista l'interpretazione della documentazione clinica prodotta a carico del presunto reo. Così la clinica utilizzando una terminologia scientifica, non curante dell'eventuale utilizzo giuridico della propria documentazione, si muovono

parallelamente senza incontrarsi e quindi non comunicando adeguatamente i due percorsi.

Quali sono i casi, che oggi sempre più si incontrano, restando borderline tra un trattamento mancato ed una pena scontata o viceversa? Oggi, come abbiamo visto, non si parla più di tossicodipendenza, ma di dipendenza patologica, in quanto il soggetto tipico che abusa di sostanze stupefacenti e alcoliche non è più caratterizzato da sostanze specifiche e quindi trattamenti farmacologici e terapeutici standardizzati, così come ci eravamo abituati sino agli anni 2000. Nell'ultimo ventennio abbiamo avuto modo di osservare un cambiamento radicale nell'abuso di sostanze, prima era presente un distinguo tra i consumatori di eroina, cocaina, alcolici e così via. Ad oggi il dipendente è caratterizzato da un poliabuso, cioè la combinazione di più sostanze illegali oppure l'alcool legato alla sostanza stupefacente. Infatti ci si trova dinanzi alla continua e costante ricerca di uno sballo "controllato". Infatti i nuovi abusatori cercano quasi con coscienza farmacologica un determinato stato emotivo e/o prestazione sensoriale e mixano la miscela adeguata: cocaina per sentirsi super eroi, eroina per provocare un rallentamento sensoriale, e così via. Le modalità di assunzione non sono più solo quelle standard (via inalatoria ed endovenosa), ma la moda tra gli assuntori dell'ultimo ventennio è il crack, "fumare la bottiglia"; non solo, gli effetti della cocaina sono diversi, più accelerati, compresenza di deliri uditivi e/o visivi, in ultimo le quantità di assunzioni aumentano.

Da questo quadro risulta evidente che anche i criteri diagnostici hanno dovuto modificarsi, l'astinenza è un sintomo più legato alla sfera della psiche che non a quella fisica, la classica terapia metadonica non può sortire gli effetti di contenimento sui poliassuntori, così come avveniva per gli eroinomani. Non vi sono terapie standardizzate per l'astinenza da cocaina, da poliabusi ecc., in quanto spesso si va ad intervenire sulla sintomatologia lamentata dal singolo paziente: disturbi dell'umore, del sonno, piuttosto che deficit dell'attenzione; tutto questo può avere una compresenza di farmacoterapia metadonica o alcover (adeguata per dipendenza da alcool).

L'utenza tipica contemporanea che abusa di sostanze spesso avvisa la necessità di interventi psichiatrici non tipicamente erogati dai Ser.D., infatti lentamente questi servizi si stanno adeguando prevedendo all'interno delle equipe la presenza di un medico-psichiatra che possa intervenire. Attraverso il privato sociale che riesce a raggiungere quel numero oscuro che non afferra al servizio sanitario nazionale, si può affermare che fin troppi dipendenti da sostanze giungono a compiere reati ma a non usufruire dei giusti interventi per semplici intoppi burocratici, perché nella loro storia da dipendente non hanno accumulato abbastanza documentazione, non sono afferiti al sistema sanitario nazionale, non hanno sviluppato sindromi da astinenza da eroina.

A questa ragione sollevo la questione della discrepanza tra ciò che la giurisprudenza richiede per definire un soggetto affetto da dipendenza patologica e il riscontro con la realtà clinica che ha una visione più ampia dell'essere umano e della sua patologia.