

# La complessità della certificazione di Dipendenza da Sostanze Stupefacenti nel contesto penitenziario italiano: criticità e prospettive

Giovanna Crespi\*, Concettina Varango\*\*

## SUMMARY

■ *In the Italian penitentiary system, the diagnosis of drug addiction represents a delicate intersection between medicine, law and prison management.*

*This article seeks to examine the regulatory, clinical and practical challenges that influence the assessment and certification of drug addiction.* ■

**Keywords:** *Certification, Addiction, Penitentiary, Medical-legal, Forensic context.*

**Parole chiave:** *Certificazione, Dipendenza, Contesto penitenziario, Medico legale, Forense.*

## Introduzione

Nel sistema penitenziario italiano, la diagnosi di dipendenza da sostanze stupefacenti rappresenta una delicata intersezione tra medicina, diritto e gestione carceraria, in questo articolo si cerca di esaminare le sfide normative, cliniche e pratiche che influenzano l'accertamento e la certificazione della dipendenza da sostanze.

Nel sistema normativo italiano, la gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti nei contesti medico-legali e forensi è regolata principalmente dal Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) 309/90, modificato dalla legge 49/06, nonché dal DM 186/90.

Il **Decreto Ministeriale 186/90** è stato emanato per regolare gli accertamenti "abitudinali" di sostanze stupefacenti ed è specificamente focalizzato sui seguenti aspetti:

- **Accertamenti Medico-Legali:** fornisce le linee guida e i protocolli per condurre accertamenti volti a determinare l'uso abituale o cronico di sostanze stupefacenti da parte di individui coinvolti in contesti giudiziari e forensi.

Questi accertamenti sono fondamentali per stabilire l'uso prolungato di droghe e possono influenzare decisioni legali e giudiziarie.

- **Applicazione Giuridica:** è utilizzato per supportare prove medico-legali in procedimenti giudiziari, come valutazioni per l'idoneità a determinate mansioni lavorative o per verificare la frequenza dell'uso di sostanze stupefacenti da parte di soggetti coinvolti in reati legati al traffico di droga o altri crimini correlati.

Rappresenta a tutt'oggi l'unico documento di riferimento per la certificazione di tossicodipendenza.

\* *Psichiatra, dirigente SerD Monza, ASST Brianza.*

\*\* *Farmacologa e tossicologa clinica, direttore S.C. Dipendenze, ASST Lodi.*

Il **DPR 309/90**, noto anche come il Testo Unico in materia di stupefacenti, è una normativa più ampia e completa rispetto al DM 186/90.

Esso comprende diverse disposizioni, tra cui gli articoli 78 e 120, che affrontano diversi aspetti della gestione delle tossicodipendenze in ambito forense:

**Articolo 78:** si occupa della gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti in un contesto medico-legale e forense.

Esso prevede le modalità e i criteri per l'accertamento dell'uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti ai fini delle certificazioni medico-legali.

Questo articolo è particolarmente rilevante per i *Procedimenti giudiziari*: l'accertamento della tossicodipendenza può influire sulle decisioni giudiziarie, come la concessione di misure alternative alla detenzione, inclusi gli arresti domiciliari o l'affidamento in prova per partecipare a programmi terapeutici.

E poi per la *Diagnosi di Tossicodipendenza* in quanto stabilisce che la diagnosi deve essere effettuata attraverso procedure specifiche, che includono esami tossicologici e valutazioni medico-legali.

Infine in ambito *Certificatorio* poiché viene utilizzato per rilasciare certificazioni che attestino lo stato di tossicodipendenza o alcol dipendenza, necessarie per l'applicazione di alcune misure alternative.

**Articolo 120:** affronta la terapia volontaria e anonima per le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Questo articolo stabilisce che chiunque abbia problemi di dipendenza può chiedere volontariamente di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di seguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo presso strutture pubbliche autorizzate.

Sottolinea l'importanza della volontarietà nella terapia per la tossicodipendenza, permettendo alle persone di cercare aiuto di propria iniziativa e garantisce il diritto all'anonimato, proteg-

gendo la privacy e la dignità delle persone che cercano assistenza.

Inoltre prevede che, per i minori o persone incapaci di intendere e di volere, la richiesta di intervento possa essere fatta dai genitori o tutori legali.

## Discussione

Dall'analisi di tali decreti si può notare che una delle principali criticità in ambito certificatorio risiede proprio nel Decreto Ministeriale 186/90, unico documento che stabilisce i criteri e le procedure per l'accertamento medico-legale dell'abuso di sostanze stupefacenti.

I criteri a cui si riferisce il DM 186/90 infatti non hanno seguito l'evoluzione della diagnosi clinica, che ora incorpora una gamma più ampia di parametri psicologici, comportamentali, ambientali oltre che biologici.

Il problema principale è che i criteri definiti dal DM 186/90 sono stati concepiti principalmente per l'uso dell'eroina e hanno un'applicabilità limitata rendendo così problematico l'accertamento della dipendenza da altre sostanze stupefacenti, inclusi i nuovi tipi di droghe sintetiche e altre sostanze emergenti.

Un'altra critica riguarda il fatto che il decreto non stabilisce i limiti temporali chiari e uniformi per valutare la validità della documentazione presentata.

Questo può comportare interpretazioni soggettive e incoerenze nei procedimenti medico-legali, influenzando la coerenza e l'equità delle decisioni giuridiche soprattutto quando ci si trova in ambiente carcerario.

Da lungo tempo la questione della diagnosi di dipendenza per le persone detenute è oggetto di discussione e di studio a causa dei numerosi fattori che possono influenzare il processo di diagnosi all'interno dell'ambiente carcerario.

Una delle principali sfide nella diagnosi di dipendenza tra i detenuti è la presenza di margini di errore significativi, spesso dovuti a variabili complesse e influenzati dalle circostanze specifiche della detenzione.

Ad esempio, le motivazioni personali della persona ristretta possono influenzare la sua propensione a negare la dipendenza percepita o, al contrario, a enfatizzarla per ottenere vantaggi o attenzione.

In alcuni casi, possono emergere comportamenti di simulazione o manipolazione, dove il soggetto cerca di alterare o falsare i sintomi della dipendenza per scopi personali o per influenzare il proprio trattamento o la pena.

Le variabili come le condizioni di detenzione, la storia personale e criminale del detenuto, nonché altre influenze ambientali e sociali, giocano un ruolo significativo nella manifestazione e nella percezione della dipendenza da sostanze.

Queste variabili possono complicare ulteriormente la valutazione clinica e medico-legale, rendendo necessario un approccio multidisciplinare che consideri non solo gli aspetti biologici e comportamentali della dipendenza, ma anche il contesto più ampio in cui si manifesta.

Pertanto, è cruciale adottare metodologie diagnostiche robuste e standardizzate, che tengano conto di queste complessità e che minimizzino i rischi di diagnosi errate o influenzate da fattori esterni. L'obiettivo è garantire che le persone detenute ricevano un trattamento e un supporto adeguati basati su valutazioni accurate e trasparenti, che considerino tutte le dimensioni pertinenti del problema della dipendenza da sostanze all'interno del contesto penitenziario.

Il personale dei Ser.D., oggi presente nei vari Istituti di pena, non ha ancora adottato procedure e strumenti diagnostici uniformi, che consentano di distinguere i consumatori occasionali di sostanze psicoattive dalle persone veramente portatori di dipendenza.

Il problema non riguarda tanto gli utilizzatori di eroina e alcol, rispetto ai quali l'esperienza accumulata dai servizi e l'appropriatezza delle procedure diagnostiche consente una netta distinzione tra consumo e dipendenza, quanto gli assuntori di cannabis, cocaina, anfetamine e metamfetamine.

L'alcol/tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante e la diagnosi non può basarsi esclusivamente sul dato biologico del riscontro tossicologico, ma deve considerare e valutare un pattern di parametri comportamentali e ambientali che sostengono lo sviluppo dell'alcol/tossicodipendenza.

Considerando le limitazioni dei criteri attuali, è necessario rivedere i criteri diagnostici utilizzati in carcere per valutare correttamente lo stato di alcol/tossicodipendenza.

È importante ricordare che l'ordinamento penitenziario consente al detenuto di dichiarare il proprio stato di alcol/tossicodipendenza, ma questa autodichiarazione deve essere supportata da una valutazione clinica completa per evitare diagnosi errate e garantire trattamenti appropriati.

La giurisprudenza italiana in merito ha fornito chiarimenti importanti riguardo alla definizione e alla valutazione dello stato di tossicodipendenza, soprattutto in relazione all'applicazione di misure alternative alla detenzione.

Le sentenze della Suprema Corte italiana, come la Cassazione Sez. I, 20.09.2005 (Rappazzo) e la Cassazione Sez. I, 02.02.2006 (Patruno), offrono importanti chiarimenti sulla diagnosi e sulla gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti, distinguendo tra dipendenza psichica e fisica e sottolineando l'importanza di una valutazione precisa e dettagliata anche in coerenza con i nuovi manuali diagnostici.

Secondo la sentenza Rappazzo del 2005, la Corte ha riconosciuto che la necessità di un programma di recupero può essere basata anche sulla sola dipendenza psichica dalla sostanza.

Questo concetto è fondamentale perché indica che anche dopo aver superato la fase di dipendenza fisica, in cui il corpo sviluppa una tolleranza e una dipendenza diretta dalla sostanza, può rimanere un forte desiderio o una compulsione psicologica verso l'uso della droga.

Questa dipendenza psichica può persistere a lungo termine e richiedere un supporto continuativo per il recupero e la prevenzione delle ricadute, nonostante il soggetto non sia più fisicamente dipendente dalla sostanza.

D'altra parte, la decisione Patruno del 2006 ha chiarito che il semplice uso pregresso di sostanze stupefacenti non costituisce di per sé una diagnosi di dipendenza.

Questo significa che il fatto di aver fatto uso di droghe in passato non implica automaticamente una dipendenza attuale.

La Corte ha enfatizzato la necessità di valutare attentamente l'attuale stato di dipendenza, considerando sia gli aspetti fisici che psicologici della condizione del soggetto.

## Conclusione

Queste sentenze evidenziano la complessità della diagnosi e della gestione della dipendenza da sostanze stupefacenti, sottolineando l'importanza di un approccio multidimensionale e personalizzato. È essenziale considerare non solo i risultati dei test

tossicologici, ma anche gli aspetti comportamentali, psicologici e sociali del paziente.

Questo approccio integrato non solo migliora la precisione della diagnosi, ma anche l'efficacia dei trattamenti e degli interventi di recupero, contribuendo così a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti.

In ogni caso, il semplice consumatore occasionale di sostanze stupefacenti non può ritenersi rientrante nella categoria in esame dovendo sussistere una forma di dipendenza da tali sostanze.

La certificazione di dipendenza in ambito penale, inoltre, non assume solo una valenza clinica ma rappresenta un documento che rende accessibili o meno trattamenti riabilitativi extramurari.

La diagnosi di dipendenza da sostanze stupefacenti nei penitenziari italiani rappresenta un ambito estremamente complesso che richiede un approccio integrato e multidisciplinare per essere adeguatamente affrontato.

Attualmente, le limitazioni normative e operative costituiscono un ostacolo significativo nel garantire trattamenti equi ed efficaci per i detenuti.

È evidente la necessità di superare le attuali limitazioni normative e operative.

Ad esempio, l'applicazione esclusiva delle procedure stabilite dal DM 186/90 per le certificazioni si scontra con la diversità degli obiettivi clinici necessari nella gestione delle dipendenze.

Questo dimostra quanto sia urgente un aggiornamento normativo che renda le direttive più chiare e adattabili alle diverse sostanze e alle varie situazioni cliniche attuali.

In conclusione, affrontare la dipendenza da sostanze stupefacenti nei penitenziari italiani richiede un impegno rinnovato per superare le barriere attuali, migliorando la normativa esistente e promuovendo un approccio più umano e integrato per il benessere dei detenuti e la sicurezza della società nel suo insieme.

## Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali*.

Corte di cassazione penale, Sez. I, Sentenza 17 luglio 1995, n. 3293.

Corte Costituzionale sentenza 20-24 febbraio 1995, n. 58.

Circolare del Ministero della Salute 24 marzo 2000, n. 5 17. Corte di Cassazione Penale sez. I, sentenza n.46085 del 2004 18. Corte di Cassazione Penale sez. I sentenza n. 22161 del 2005.

Codice di Deontologia Medica, edizione 1998.

Codice Deontologico Psicologi Italiani 7. Decreto Ministero della Giustizia.

Deliberazione Assemblea Costituente 22 dicembre 1947: "Costituzione della Repubblica Italiana".

Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

Decreto Ministeriale n. 186 del 12 luglio 1990: "Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle modifiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere".

Decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 30 giugno 2000: "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà".

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230: "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" 19.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017: nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230: "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008: "Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità penitenziaria (GU Serie Generale n. 126 del 30-05-2008).

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, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere" (GU Serie Generale n. 163 del 14-07-1990).

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) Circolare n 181045 del 6 giugno 2007. Detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza – Linee di indirizzo.

DPR 309/90 del 9.10.1990 Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

DGR Lombardia 12621/2003: "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi pubblici e privati per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12 comma 3 e 4 L.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL".

Legge 27 maggio 1998, n. 165: "Modifiche all'articolo 656 del codice di procedura penale ed alla legge 26 luglio 1975 n. 354 e successive modificazioni".

Legge n. 381, 8 novembre 1991: "Disciplina delle cooperative sociali".

Legge 21 febbraio 2006, n. 49: "Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309".

Linee guida per le strutture dotate di laboratori per gli accertamenti di sostanze d'abuso con finalità tossicologico-forensi e medico-legali su campioni biologici prelevati da vivente. Revisione n. 5 del 29 maggio 2017 a cura della Commissione Qualità dell'Associazione Scientifica GTFI.

Linee guida inter-istituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva in detenuti alcool e tossicodipendenti (UOS SerD Carcere UOC Dipendenze ASST PG23 Bergamo novembre 2016).

Lotti A., Gottardi M. *La Matrice cheratinica perché è conveniente nei Ser.D.*

Procedura Specifica: Diagnosi, cura e riabilitazione di pazienti con problemi correlati all'uso di sostanze legali e illegali e altri comportamenti di Addiction in contesto ambulatoriale territoriale. UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo (10-08-2021).

Protocollo d'Intesa tra il Tribunale di Sorveglianza di Brescia e le Direzioni degli Istituti di pena e UEPE del distretto (30 ottobre 2014).

Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS per l'applicazione dell'affidamento in prova in casi particolari ai sensi dell'art. 94 DPR 309/90 (2018).

Sentenza Corte Costituzionale 20-24 febbraio 1995, n. 58.

Society of Hair Testing guidelines for drug testing in hair, Forensic Science International, 2012, 28: 20-24.

Regio Decreto n. 1398 del 19 ottobre 1930: "Approvazione del testo definitivo del Codice Penale".

Testo Unico 25 luglio 1998 n. 286: "Disposizioni concernenti la disciplina sull'immigrazione e la condizione dello straniero".