

6

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 psicopatia, 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 psicopatia 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/alcoldipendenza, 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/alcoldipendenza 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/alcoldipendenza 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.

specifica prescrizione normativa⁸, 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 a 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 parimente 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 cadenze 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.