

Allegato 1: Criticità residue e proposte

1. Accertamento dell'attualità della dipendenza e mancato riconoscimento della dipendenza come condizione clinica complessa

(Riferimento: art. 94-ter, comma 2 e comma 4)

FeDerSerD valuta positivamente l'introduzione di procedure nazionali uniformi per l'accertamento della condizione di tossicodipendenza o alcoldipendenza e l'istituzione della Commissione centrale prevista dall'art. 94-ter, comma 4.

Tuttavia permane una rilevante criticità relativa alla definizione della "effettiva e attuale condizione di tossicodipendenza o alcoldipendenza" prevista dall'art. 94-ter, comma 2.

Il testo non specifica infatti quali siano i criteri clinici attraverso i quali debba essere effettuato tale accertamento.

La dipendenza patologica rappresenta una condizione clinica complessa e multidimensionale, con andamento cronico recidivante, riconosciuta dal DSM-5-TR e dall'ICD-11 tra i disturbi mentali e comportamentali e non può essere ridotta alla semplice presenza o assenza di sostanze nei campioni biologici.

Particolarmente problematica appare l'applicazione di tale criterio nelle persone detenute o inserite in contesti protetti, nelle quali la negatività tossicologica può essere conseguenza dell'impossibilità materiale di assumere sostanze e non necessariamente indicativa della remissione della dipendenza.

Analogamente una positività tossicologica isolata non consente di formulare una diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze.

FeDerSerD ritiene pertanto che la valutazione dell'attualità della dipendenza debba fondarsi su una valutazione clinica multidimensionale comprendente aspetti diagnostici, psicopatologici, motivazionali, relazionali e sociali, nella quale gli accertamenti tossicologici rappresentino uno strumento importante ma non esclusivo.

Proposte

- Inserire nelle linee guida previste dall'art. 94-ter, comma 4, un esplicito riferimento ai criteri DSM-5-TR e ICD-11.
- Definire standard nazionali per la certificazione diagnostica.
- Superare l'identificazione tra attualità della dipendenza e semplice positività tossicologica.
- Riconoscere espressamente la dimensione psichica della dipendenza oltre a quella biologica fisica.

2. Mancato riconoscimento delle dipendenze comportamentali

(Riferimenti: art. 94-ter, comma 1; art. 94-quater, commi 1 e 4)

L'intero impianto normativo continua a fare esclusivo riferimento alle condizioni di tossicodipendenza e alcolodipendenza.

Non trovano pertanto riconoscimento le dipendenze comportamentali, in particolare il Disturbo da Gioco d'Azzardo, già inserito nel DSM-5-TR e nell'ICD-11 e trattato dai Servizi per le Dipendenze nell'ambito dei LEA (livelli essenziali di assistenza previsti dalla normativa).

Pur comprendendo il vincolo derivante dall'attuale formulazione del DPR 309/1990, FeDerSerD ritiene opportuno che tale tema venga mantenuto nell'agenda legislativa futura.

Proposta

Prevedere un successivo ampliamento della disciplina alle dipendenze comportamentali riconosciute dai sistemi diagnostici internazionali.

3. Programmi semiresidenziali e percorsi territoriali

(Riferimenti: art. 94-ter, commi 1 e 2)

L'introduzione del programma terapeutico semiresidenziale rappresenta uno degli aspetti maggiormente innovativi della riforma.

Permangono tuttavia rilevanti ambiguità applicative.

Il testo non chiarisce infatti:

- chi assume la responsabilità clinica complessiva del percorso
- chi prescriva e monitori le terapie farmacologiche;
- chi effettui gli accertamenti tossicologici;
- il luogo di abitazione della persona nella parte della giornata non coperta dal programma semiresidenziale e l'autorizzazione a spostarsi in coerenza con le necessità della vita quotidiana e delle attività sociosanitarie previste dal progetto personalizzato.

La norma sembra collocarsi in una zona intermedia tra programma residenziale e programma ambulatoriale senza definire con chiarezza i requisiti minimi del setting semiresidenziale.

Rimane inoltre esclusa la possibilità di accesso alla misura mediante programmi territoriali specialistici ad elevata intensità assistenziale. Nel caso di persona già in trattamento, in fase avanzata del percorso, potrebbe non essere appropriato, bensì regressivo, il programma residenziale.

Proposte

- Definire i requisiti clinici e organizzativi dei programmi semiresidenziali, chiarire se anche i servizi semiresidenziali pubblici sono ritenuti idonei, similmente a quanto assunto per le strutture residenziali.
- Chiarire che la responsabilità clinica del progetto terapeutico permane in capo al SerD.
- Valutare l'inserimento dei programmi territoriali specialistici tra le modalità di accesso alla misura.

4. Correlazione tra reato e dipendenza

(Riferimento: art. 94-ter, comma 2)

Il comma 2 richiede che la domanda contenga l'indicazione della correlazione tra reato e tossicodipendenza o alcolodipendenza.

FeDerSerD rileva come tale requisito presenti rilevanti criticità, sia metodologiche che di attribuzione di competenza.

La valutazione della correlazione tra comportamento criminale e condizione di dipendenza non costituisce infatti una valutazione esclusivamente clinica, ma presenta significative implicazioni criminologiche e giuridiche.

Non appare pertanto chiaro se tale accertamento debba essere richiesto ai Servizi per le Dipendenze o all'autorità giudiziaria.

Proposta

Precisare che il SerD fornisce gli elementi clinici e diagnostici mentre la valutazione della rilevanza giuridica della correlazione tra dipendenza e reato compete all'autorità giudiziaria.

5. Monitoraggio clinico e revoca della misura

(Riferimento: art. 94-ter, comma 6)

L'introduzione del concetto di esito negativo del programma non accompagnato da violazioni delle prescrizioni costituisce uno dei miglioramenti più significativi introdotti dal legislatore.

Permane tuttavia la necessità di distinguere più chiaramente il concetto di ricaduta clinica dal concetto di violazione delle prescrizioni o di recidiva di reato.

La ricaduta rappresenta infatti un evento clinico possibile nel decorso naturale delle dipendenze patologiche e deve essere compresa e valutata attraverso un monitoraggio multidimensionale che consideri aspetti clinici, psicopatologici, familiari, sociali e lavorativi e non esclusivamente attraverso gli esiti degli accertamenti tossicologici.

Proposte

- Distinguere formalmente ricaduta clinica e violazione delle prescrizioni.
- Rafforzare il ruolo del SerD nel monitoraggio multidimensionale.
- Introdurre una relazione clinica personalizzata ed integrata quale supporto alle decisioni dell'autorità giudiziaria sulla possibile revoca della MA.

6. Certificazione specialistica SerD

(Riferimenti: art. 94-ter, commi 2, 4, 5 e 6)

L'intero impianto del provvedimento si fonda sull'accertamento della dipendenza, sull'idoneità del programma terapeutico, sul monitoraggio del percorso e sulla valutazione delle eventuali ricadute.

Tali attività richiedono una valutazione specialistica strutturata e standardizzata. Il DDL prevede a questo proposito la stesura di linee guida da parte della apposita Commissione tecnica nazionale, che sono assolutamente necessarie per superare l'attuale disomogeneità.

Proposte

- Definire un modello nazionale di certificazione specialistica SerD.
- Uniformare criteri diagnostici e valutativi.
- Prevedere una relazione clinica integrata SerD-struttura terapeutica residenziale/semiresidenziale nelle situazioni a maggiore complessità.

7. Risorse organizzative e detenuti stranieri

(Riferimenti: art. 6; art. 94-ter, comma 4)

Pur apprezzando l'istituzione del fondo nazionale di euro 19.436.250 annui, permane l'assenza di previsione di una quota vincolata destinata ai SerD e agli UEPE. Le Aziende Sanitarie prevedono che i fondi riservati al pagamento delle rette per i percorsi residenziali e semiresidenziali rientrino nel budget fisso assegnato ai SerD; l'incremento di detti programmi può essere realizzato solo a fronte di un incremento delle risorse assegnate.

Parallelamente non viene affrontata la specifica problematica dei soggetti stranieri temporaneamente presenti, che rappresentano una alta percentuale della popolazione detenuta.

Proposte

- Destinare quote vincolate del fondo nazionale ai SerD e agli UEPE.
- Predisporre linee guida nazionali per la presa in carico dei soggetti stranieri temporaneamente presenti.
- Garantire uniformità applicativa sul territorio nazionale.

Si ringrazia per l'attenzione e si porgono cordiali saluti

Dott.ssa Roberta Balestra

Presidente nazionale FeDerSerD

Dott.ssa Giovanna Crespi

Settore tematico "Carcere e provvedimenti restrittivi della libertà, aspetti legali e forensi"