

*Curriculum Autoformazione Ser.T.*

*CERTIFICARE  
NEI  
SERVIZI PUBBLICI  
PER LE  
TOSSICODIPENDENZE*

*CHI , COSA, PER CHI , QUANDO E PERCHÉ*

*di*

*Mariagrazia Fasoli \**  
*Daniela Rossi Romano \*\**

*Brescia, ottobre 2005*

*\* Specialista in Farmacologia Clinica  
Primario Medicina Farmacotossicodipendenze*

*\*\* Psicologa, Specialista in Criminologia Clinica*

**Il contenuto di questo opuscolo è aggiornato al Novembre 2003. Mentre scriviamo è in corso di discussione in Parlamento la revisione della Legge 309/90 (disciplina degli stupefacenti).**

La riproduzione è consentita per uso esclusivamente personale ai visitatori del sito e ai singoli operatori sanitari che intendano servirsene per i loro pazienti.  
La riproduzione per altri usi deve essere autorizzata per iscritto dalle autrici.

**LE AUTRICI RINGRAZIANO GLI OPERATORI DEL SER.T. DI RIMINI PER I COMMENTI E I SUGGERIMENTI**

## **PARTE PRIMA: PRINCIPI GENERALI**

### **CHE COS'È UNA CERTIFICAZIONE**

Una certificazione è una “testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo e della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa...” (Barni M. in “Doveri: responsabilità del medico dalla bioetica al diritto”, pag. 320, Giuffrè Ed., Milano 1999).

### **COSA PUÒ ESSERE CERTIFICATO**

Il primo requisito di una certificazione è la veridicità.

Ciò che viene scritto cioè deve corrispondere a fatti direttamente constatati dal professionista. Ciò significa che qualsiasi certificato deve sempre essere preceduto dalla valutazione di dati oggettivi della cui effettiva esistenza il professionista risponde anche sul piano penale.

Diagnosi e prognosi, essendo elaborazioni tecnico-concettuali dei fatti, non rappresentano, se non indirettamente, l'oggetto della certificazione. Il medico infatti non ha l'obbligo di essere infallibile ma ha l'obbligo di non mentire. Anche quando un certificato contiene una diagnosi o una prognosi, perciò, è necessario fare riferimento a fatti documentabili su cui ci si è basati per emetterle. Quindi, in un certificato, non si dovrebbe scrivere “il tal paziente è affetto da depressione” ma, per esempio, “risponde ai criteri clinici per la diagnosi di depressione”. La presenza di tali criteri (calo ponderale, riferiti desideri di morte, riferiti disturbi del sonno, ecc.) dovrà essere documentata in cartella clinica o in una relazione clinica della visita effettuata, distinguendo nettamente quanto si è rilevato, quanto è stato riferito e le conclusioni che se ne sono tratte.

La materia ha rilevanza penale. L'articolo 481 del Codice Penale dispone in fatti che *“Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare al verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa:...”* (pene aggiornate, procedibilità d'ufficio). In base all'articolo 493 del Codice Penale, ai medici e agli altri professionisti pubblici dipendenti è applicabile anche l'articolo 480 che prevede la reclusione fino a due anni.

La certificazione deve rispondere anche a precisi requisiti formali.

Il certificato deve essere scritto chiaramente, con mezzo indelebile, deve contenere nome cognome e qualifica di chi certifica, nome e cognome della persona a cui si riferisce, data di rilascio e firma di chi lo ha redatto. Non deve contenere cancellazioni o correzioni.

La mancanza di requisiti formali potrebbe esporre all'accusa di falso materiale (articolo 485C.P.).

### **CHI PUÒ (E DEVE) RILASCIARE UNA CERTIFICAZIONE**

Da quanto sopra esposto risulta chiaramente che solo il singolo professionista e non, per esempio “il servizio” o “l'équipe” è titolato a rilasciare certificazioni. Una certificazione infatti comporta la responsabilità professionale e penale del redattore che, a differenza della responsabilità civile, è sempre personale (articoli 27 e 28 della Costituzione). E' compito del responsabile della struttura controllare che le attività di certificazione avvengano secondo la legge e la deontologia professionale ed intervenire (anche avocando a sé il caso, se ha il ruolo professionale per farlo) se rileva comportamenti non corretti.

La maggioranza delle certificazioni rilasciate dal sistema sanitario nazionale competono al medico. Esistono tuttavia certificati, come quello di svantaggio sociale o, per i detenuti tossicomani, di idoneità del programma terapeutico che potrebbero, in certi casi, essere rilasciati anche da altri professionisti dato che i fatti che devono essere attestati non sono sempre necessariamente di carattere medico. A questo proposito l'articolo 359 del Codice Penale definisce “*esercanti un servizio di pubblica necessità*”, e quindi sottopone al disposto dell'articolo 481, anche coloro che svolgono professioni “*il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi*”. Dato quindi il carattere multidisciplinare che il Testo Unico 309/90 attribuisce ai Ser.T. anche psicologi e assistenti sociali e, teoricamente, infermieri professionali, devono attenersi alle regole sopra citate.

Il rifiuto o il ritardo da parte di incaricati di pubblico servizio nel compiere “*un atto del proprio ufficio che per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica o di ordine pubblico o di igiene e sanità deve essere compiuto senza ritardo è punito con la reclusione da sei mesi a due anni*”. Al di fuori di questi casi, l'atto d'ufficio deve essere compiuto entro 30 giorni dalla ricezione di una richiesta scritta pena “*la reclusione fino a un anno o la multa (aggiornata)*” (articolo 328 Codice Penale).

Indipendentemente dalle certificazioni previste espressamente dalla legge, inoltre, in base all'articolo 22 del Codice di Deontologia Medica “*il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute*”.

Tale obbligo vale anche per i medici pubblici dipendenti. Nel nostro paese, infatti, l'iscrizione all'Ordine è obbligatoria, sia per esercitare la professione sia per partecipare ai pubblici concorsi, ed è quindi obbligatorio rispettare le regole deontologiche. Tale obbligo è ribadito dall'articolo 69 del Codice di Deontologia Medica.

## **CHI PUÒ CHIEDERE UNA CERTIFICAZIONE**

Titolato a chiedere una certificazione è unicamente il diretto interessato o il suo rappresentante legale (genitore esercente la patria potestà di un minore, tutore, avvocato difensore). Solo nei casi, tassativamente stabiliti dalla legge, di trattamenti sanitari obbligatori, (diagnostici o terapeutici) la certificazione dell'avvenuto trattamento potrebbe essere richiesta dall'autorità che lo ha legittimamente disposto.

## **CERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA IN ATTO**

La certificazione per l'assenza di tossicodipendenza in atto è ipotizzata dall'articolo 125 del T.U. 309/90, che prevede l'individuazione per decreto delle categorie di

lavoratori per cui tale accertamento sia obbligatorio. Il decreto attuativo di tale disposizione non è stato finora emanato.

E' frequente tuttavia che tali certificazioni vengano richieste al Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze per produrle in sede lavorativa, amministrativa o giudiziale (procedimenti di affidamento minori o adozione, separazione tra coniugi, richiesta di patente o porto d'armi, idoneità ad attività sportiva, ecc.).

Come si è detto, qualunque certificazione si configura come una "attestazione scritta di indole tecnica riguardante fatti di rilevanza giuridica, direttamente constatati dal medico nell'esercizio della sua attività", oggettivamente documentabili e verificabili anche in caso di contenzioso. A tale proposito diverso è il problema che si pone al medico nel caso che la richiesta provenga da persona con pregressa diagnosi di dipendenza da sostanze o da persona per cui tale diagnosi non sia mai stata posta.

### **Persone con pregressa diagnosi di tossicodipendenza**

Nel caso di persona già tossicodipendente rileviamo che la attuale legislazione italiana fa più volte riferimento al "superamento dello stato di tossicodipendenza" come obiettivo degli interventi socio-sanitari ma non definisce il termine temporale entro cui, a fini medico-legali, l'astensione da sostanze debba essere riscontrata e, di conseguenza, certificata.

L'unico riferimento non arbitrario a cui il medico può ricorrere sembra quindi quello definito da un sistema diagnostico internazionalmente accettato quale il DSM-IV.

In accordo con la letteratura scientifica, questo sistema diagnostico considera la dipendenza da sostanze una condizione patologica potenzialmente cronica e non definisce quindi criteri utilizzabili per un "certificato di guarigione". Vengono invece definiti degli specificatori di "remissione protratta completa". Questa definizione viene usata quando nessuno dei criteri per dipendenza o abuso è risultato soddisfatto in un qualunque momento per un periodo di almeno 12 mesi. Questi indicatori non si applicano se il soggetto è in terapia agonista o in un ambiente controllato (comunità, carcere). In questi casi infatti l'astinenza non è il risultato della remissione stabile della patologia, ma è dovuta a fattori che devono essere descritti, appunto, con le specificazioni "in terapia agonista" o "in ambiente controllato".

I riscontri documentali di assenza di tossicodipendenza in atto possono essere:

1. documentazione di avvenuta sorveglianza catamnestica presso un Servizio Tossicodipendenze con esecuzione periodica degli esami tossicologici per le sostanze d'abuso;
2. adozione di un programma analogo al momento della richiesta di certificazione (che, ovviamente, verrà rilasciata solo dopo 12 mesi);
3. risultato negativo di test tossicologici sul capello in grado di rivelare l'assunzione di sostanze d'abuso in periodi, dipendenti dalla lunghezza del campione prelevato, antecedenti il momento della richiesta.

Qualora non fossero disponibili riscontri per un periodo di 12 mesi la certificazione dovrà limitarsi ad attestare quanto supportato dalla documentazione clinica riferito al periodo effettivamente controllato.

### **Persone senza pregressa diagnosi di tossicodipendenza**

In questo caso non c'è necessità di documentare l'avvenuta remissione, dato che non è mai stata posta una diagnosi.

E' pertanto sufficiente effettuare una accurata anamnesi ed un completo esame obiettivo ed acquisire il risultato negativo di un esame tossicologico del capello per le principali sostanze d'abuso che consenta di avvalorare le dichiarazioni dell'interessato e di escludere l'assunzione recente (per esempio nei precedenti 30 giorni).

### **CERTIFICAZIONE DI “STATO” DI TOSSICODIPENDENZA IN ATTO**

La certificazione dello “stato” di tossicodipendenza ai fini medico-legali è di competenza dei medici dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze e deve essere effettuata, in mancanza di altri riferimenti certi, secondo le procedure indicate dal D.M. 186/90 per l'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti.

Tali criteri (riscontro documentale di esami tossicologici positivi per sostanze d'abuso, segni di assunzione abituale della sostanza d'abuso, sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto, riscontro documentale di interventi terapeutici specificamente dovuti a dipendenza, sovradosaggio o astinenza da sostanze illegali) non coincidono perfettamente con i criteri clinici: non consentono, per esempio di distinguere l'abuso occasionale dalla dipendenza e non tengono conto delle differenze tra i quadri clinici indotti dalle varie sostanze illegali (vedi il caso dei cannabinoidi o dell'LSD).

Il succitato decreto non definisce inoltre i limiti temporali entro cui considerare in atto la dipendenza.

L'obbligo di rilasciare sia certificazioni di tossicodipendenza in atto sia certificazioni di non tossicodipendenza comporta, in ogni caso, la necessità di adottare criteri temporali omogenei, e non arbitrari, per valutare l'attualità della documentazione esibita. Sarebbe infatti paradossale, e forse di rilevanza penale per il medico certificatore, che lo stesso paziente, con la stessa documentazione, nello stesso periodo, ottenesse una certificazione di tossicodipendenza per usufruire di misure alternative alla detenzione e una certificazione di non tossicodipendenza per riottenere la patente o l'affidamento del figlio minore.

Secondo i già citati criteri DSM-IV si considera in remissione stabile la dipendenza da sostanze dopo un anno di astinenza.

Pertanto ai fini medico-legali potrà essere rilasciata una certificazione di tossicodipendenza in atto qualora vi siano riscontri documentali che dimostrino la presenza di uno dei criteri di cui al DM 186/90 nel corso degli ultimi dodici mesi.

Per i pazienti in carcere la documentazione potrà riferirsi all'anno precedente alla restrizione mentre per i pazienti astinenti, ma con terapie in atto, dovrà essere certificato sia lo stato di tossicodipendenza sia la durata dell'astinenza da droghe illegali con la specificazione della terapia in corso.

### **ASPETTI MEDICO LEGALI DELL'APERTURA DELLA CARTELLA CLINICA PRESSO IL SER.T.**

Da quanto sopra esposto si evince che l' incauta apertura di cartella clinica presso un Ser.T. sulla base delle sole dichiarazioni dell'interessato potrebbe falsamente preconstituire un criterio per la certificazione di cui al D.M. 186/90.

La legge 309/90, d'altro canto, riconosce a chiunque il diritto di rivolgersi al Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze mentre qualunque cittadino ha diritto, salvo prova contraria, a non essere considerato aprioristicamente un mentitore.

Come rilevato, peraltro, la certificazione medica, specie se utilizzata a fini medico-legali, deve basarsi su fatti (segni e sintomi) direttamente constatati anche se non sempre obbiettivabili (vedi il caso di diagnosi di emicrania) e a volte simulabili (vedi il caso di diagnosi psichiatriche).

Tenuto conto di tutto ciò i medici e gli altri operatori del servizio dovrebbero attenersi, salvo esplicita motivazione del proprio diverso operato, ai seguenti criteri per la gestione degli aspetti medico-legali dell'apertura della cartella clinica e delle attività certificatorie ad essa connesse.

### **Pazienti che sono in carico al servizio o che provengono da altri servizi pubblici o convenzionati**

La certificazione dello stato di tossicodipendenza a fini medico legali dovrebbe essere rilasciata citando i criteri di cui al D.M. 186/90.

La diagnosi clinica di tossicodipendenza dovrebbe essere effettuata in base ai criteri del DSM-IV. o di altro sistema diagnostico di riferimento esplicitamente citato.

La certificazione di remissione stabile, a qualunque fine, dovrebbe essere rilasciata dopo un anno di controlli urinari o del capello negativi effettuati secondo un calendario concordato in base al tipo di abuso, a partire dalla chiusura dell'ultimo programma terapeutico per cui sia prevista una conclusione. Per i programmi sine die (N.A., C.A., A.A., ecc) potrebbe essere opportuno certificare la remissione stabile dopo 12 mesi di astinenza indipendentemente dal fatto che il paziente continui a frequentare il programma.

La certificazione di remissione in corso di programma o prima di un anno dalla conclusione del programma o prima di 12 mesi dall'inizio dell'astinenza in programma sine die dovrebbe essere fatta citando semplicemente i fatti risultanti dalla cartella clinica, sia di tipo tossicologico che di tipo anamnestico (per esempio: "in base agli esami tossicologici effettuati il paziente risulta astinente dal ..... , riferisce di aver sospeso ogni assunzione di ..... dal .....").

### **Pazienti che sono stati in carico in passato al servizio o che esibiscono prove documentali di trattamenti o esami tossicologici effettuati altrove**

Il paziente dovrebbe essere invitato ad eseguire un prelievo urinario per esami tossicologici. Dovrebbe inoltre essere informato della possibilità di eseguire l'esame del capello e dei risvolti medico-legali di tali determinazioni.

La certificazione dello "stato di tossicodipendenza" ai fini medico legali dovrebbe essere effettuata ai sensi del D.M. 186/90 se le prove documentali, compreso, naturalmente, l'esito degli esami tossicologici effettuati dal servizio, si riferiscono a un periodo compreso nei precedenti 12 mesi.

In caso contrario, si dovrà precisare che il paziente presentava tali criteri alla data del ....., che gli esami tossicologici effettuati in data .... hanno dato esito negativo, che il paziente ha o non ha eseguito l'esame del capello e che pertanto non sussistono al momento elementi sufficienti per certificare lo stato di tossicodipendenza in atto ai sensi del D.M. 186/90. La cartella potrà ugualmente essere riaperta per effettuazione di controlli o altri interventi ma la diagnosi di tossicodipendenza dovrebbe comparire solo in anamnesi mentre il problema attuale dovrebbe essere definito come "riferita recidiva senza riscontri clinici attuali inquadrabili in diagnosi DSM-IV" e dovrebbe essere riportato in cartella che il paziente ha "richiesto certificazione medico-legale senza riscontri recenti inquadrabili nei criteri per certificazione ex D.M. 186/90". Qualora il paziente sia ristretto in carcere o ne sia stato recentemente dimesso il periodo da considerare per la valutazione dei criteri di cui al DM 186/90 dovrebbe essere l'anno precedente alla carcerazione.

**Pazienti mai conosciuti, privi di documentazione che risponda ai criteri D.M. 186/90, che riferiscano di aver già cessato l'uso di oppiacei o altre sostanze e richiedano, ciò non ostante, presa in carico per tossicodipendenza**

La cartella non dovrebbe essere aperta se non dopo eventuale esame del capello, con esito positivo. In ogni caso al paziente deve essere proposto esame urine per tutte le sostanze d'abuso con campione raccolto con procedura medico-legale.

Si procederà in ogni caso a una valutazione complessiva per fornire un orientamento consono ai problemi emersi (per esempio, nel caso di minori accompagnati dai genitori, invio a servizio per l'età evolutiva).

**Pazienti inviati in quanto TD dalla Prefettura (art. 75 D.P.R. 309/90)**

La definizione dello stato di consumatore è in questi casi stata effettuata da chi ha svolto le indagini e quindi la presa in carico si configura come un diritto del cittadino stabilito dal DPR 309/90. Pertanto il Servizio in caso di mancati riscontri clinici e tossicologici, purchè si confermi il dato anamnestico, svolgerà ugualmente programma di controllo, a scopo preventivo, come ritenuto opportuno dall'assistente sociale e dal medico coinvolti.

Ovviamente, qualora emergano discordanze tra i fatti riferiti o rilevati e le dichiarazioni del paziente non dovrà essere aperta la cartella e si segnalerà alla Prefettura l'incompetenza del Servizio ad intervenire sul caso.

**Pazienti che riferiscano abuso di sostanze non verificabile con esami tossicologici (cioè, al momento, diverse da eroina, cocaina, buprenorfina, metadone benzodiazepine, cannabinoidi, amfetamine)**

La cartella dovrebbe essere aperta solo se il paziente riferisce abuso o dipendenza in atto.

Il medico che effettua la visita dovrebbe porre la massima cura nel rilevare i dati anamnestici relativi ai sintomi indotti dalle sostanze assunte, al modello d'uso, ai segni clinici rilevabili, compresi quelli indicatori dello stato psichico.

Qualora il paziente rifiuti la visita medica dovrà essere informato del fatto che non sarà possibile rilasciare certificazioni mediche, tanto meno medico-legali, per

manca di elementi. Il problema dovrebbe essere segnalato in cartella con la seguente definizione “rifiuto visita medica con riferita tossicodipendenza (o abuso) da XXXX senza possibilità riscontro tossicologico e clinico”.

### **Pazienti in anonimato**

Nessun problema di certificazione si pone evidentemente per i pazienti che chiedono di aprire la cartella in anonimato ai sensi dell'articolo 120 del D.P.R. 309/90, posto che vengano informati per iscritto dell'impossibilità di certificare alcunché.

E' tuttavia evidente che del paziente in anonimato la sola cosa che non va posta in cartella sono i dati di identificazione anagrafica (peraltro clinicamente irrilevanti) mentre la persona è ben nota ai terapeuti nonchè individuabile attraverso la sigla calligrafica che l'interessato dovrebbe apporre in calce alla stessa richiesta di anonimato o sulla scheda della terapia.

Pertanto, qualora dopo un certo periodo il paziente decidesse di rinunciare all'anonimato fornendoci i suoi dati anagrafici, A PARTIRE DA QUEL MOMENTO, tutto quanto è contenuto nella sua cartella potrà essere utilizzato per qualunque tipo di certificazione, con gli stessi criteri sopra illustrati.

### **RISVOLTI MEDICO-LEGALI DELLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DELLE ANALISI TOSSICOLOGICHE**

Gli esami tossicologici effettuati a fini medico-legali dovrebbero essere effettuati con procedure che garantiscano la provenienza del campione e che consentano, in caso di contenzioso, la possibilità di effettuare un secondo esame in altro laboratorio o con altra metodica.

Per questi motivi il prelievo dovrebbe avvenire o con controllo diretto della produzione del campione da parte di un operatore sanitario o previo accertamento che il paziente non abbia la possibilità di adulterare o sostituire il campione. Questo risultato potrebbe essere ottenuto, per esempio, tramite perquisizione preventiva sia degli abiti indossati dal soggetto sia dei locali dove si svolge il prelievo.

L'utilizzo di telecamere dovrebbe avvenire nel rispetto della legge sulla riservatezza e quindi con immediata distruzione della registrazione una volta effettuato il necessario controllo.

Il prelievo dovrebbe essere diviso in due diversi contenitori uno destinato al laboratorio e l'altro conservato in loco per essere esaminato in caso di contestazioni.

Entrambi i contenitori dovrebbero essere sigillati e firmati sia dal soggetto che dall'operatore sanitario. Dovrà inoltre essere organizzata una catena di custodia in modo che ogni manomissione risulti documentata. Data la possibilità di interazioni biochimiche, anche non note in letteratura, che inducano falsi positivi o falsi negativi, il prelievo dovrebbe sempre essere preceduto da una accurata anamnesi farmacologica, tossicologica e alimentare, copia della quale dovrebbe essere inviata al laboratorio. Il laboratorio dovrebbe essere al corrente del motivo dell'esame in modo da poter individuare il cut-off più appropriato. Il test di controllo dovrebbe essere effettuato in gascromatografia o con altra tecnica di analogo valore.

La prescrizione e l'interpretazione di un esame tossicologico è, in ogni caso, un atto medico. L'esito di per sé in fatti non è mai dimostrazione di un certo comportamento o di una diagnosi ma deve essere integrato con i dati anamnestici e clinici.

Queste procedure sono necessarie quando un paziente chiede una certificazione medica per presentarla ad altra amministrazione al fine ottenere un qualche vantaggio extra-sanitario (licenza di caccia, sospensione della pena, affidamento dei figli, ecc.). L'effettuazione delle analisi trascende quindi il rapporto medico paziente e la dimostrazione dell'assunzione o della non assunzione di sostanze si configura come un onere (anche se non economico) a carico dell'interessato per ottenere determinati provvedimenti a cui altrimenti non avrebbe diritto.

Diverso è il caso degli esami tossicologici chiesti a scopi clinici. In questo caso l'obiettivo degli esami è solo quello di fornire al medico o ad altri terapeuti un riscontro obiettivo per prendere determinate decisioni cliniche. In questo caso la questione riguarda solo il rapporto terapeutico medico-paziente. Il paziente tossicomane ha diritto, come chiunque, ad essere considerato credibile sino a prova contraria. Controlli a vista o perquisizioni non dovrebbero, in questo caso, essere imposti se non per fondati motivi. In ogni caso le procedure sanitarie devono rispettare la dignità della persona il che certamente potrebbe non avvenire obbligando degli adulti a sottostare a procedure imbarazzanti (specialmente per certe culture, si pensi ai pazienti stranieri di religione islamica) che sottendono, oltre a tutto, la possibile malafede del soggetto.

## **PROFILI PSICOLOGICI**

Anche ad uno psicologo può essere richiesta una certificazione che molto spesso coincide con la definizione di un profilo psicologico, richiesto dall'interessato, per esempio, per riottenere la patente di guida.

Ai sensi dell'art.12 del Cod. Deont. Psic., lo psicologo si *“astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta comunque l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso”*. La tutela psicologica del proprio paziente è l'obiettivo professionale di fondo e nella comunicazione dei risultati delle proprie valutazioni si deve tener conto del contesto, grado di validità e attendibilità delle informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte (...), esprimendo dunque valutazioni sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata e attendibile (art. 7 Cod. Deont. Psicol.). In particolare lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone (art. 25 Cod. Deont. Psicol.). Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio. Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti.

Quindi, la valutazione psicologica, richiesta, per esempio, per l'ingresso in comunità terapeutica, dovrebbe essere effettuata indicando chiaramente la metodologia utilizzata (per esempio il tipo di test usato o la tecnica di colloquio) e, se necessario, i limiti di affidabilità della medesima.

Si ricorda che tale valutazione è parte integrante della cartella clinica e pertanto può essere utilizzata anche da professionisti non laureati in psicologia che abbiano titolo a richiederne copia al paziente o ai suoi eredi (per esempio medici delle assicurazioni, avvocati della controparte in caso di vertenze giudiziarie, Tribunale dei Minori, ecc.). In tali circostanze sia una valutazione psicologica lacunosa o reticente sia una valutazione inutilmente sovrabbondante di ipotesi non sufficientemente supportate da riscontri clinici potrebbe danneggiare gravemente il paziente.

La terminologia utilizzata pertanto deve aderire rigorosamente a quanto effettivamente verificato o ritenuto probabile e non deve prestarsi ad equivoci (per intenderci, non deve essere possibile per nessuno confondere una situazione edipica con un'intenzione incestuosa o patricida o "i tratti narcisistici" con la vanità).

Per nessun motivo dovrebbero essere utilizzati termini o categorie che si prestino a interpretazioni moralistiche, arbitrarie o a deduzioni prive di supporto documentale, né nei confronti del paziente né, tanto meno, nei confronti di terze persone.

#### **CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ' ALLA GUIDA IN PAZIENTI IN TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO CON FARMACI SOSTITUTIVI**

Questa certificazione non è, in genere, di competenza del Ser.T. perché si verificherebbe un chiaro conflitto di interesse per il medico che svolgesse nei confronti dello stesso paziente sia il ruolo di medico di fiducia sia il ruolo di perito della Commissione Patenti: avviene tuttavia che il paziente in trattamento di mantenimento con metadone, e astinente da altre sostanze, chieda una valutazione al Ser.T. per esibirla alla Commissione. Premettiamo che il medico non ha alcun obbligo di certificare una idoneità se ritiene, fondatamente, di non disporre di elementi sufficienti, perché, per esempio, non è in grado di escludere l'abuso di alcolici.

Il problema nasce perché è effettivamente possibile che un paziente in terapia con metadone abbia necessità di guidare e sia in grado di farlo con sicurezza anche se la scheda tecnica del farmaco sconsiglia la guida.

A questo proposito possono essere fatte una serie di considerazioni di valore generale.

Tutti gli oppiacei, e quindi anche il metadone, possono produrre, con intensità e frequenza variabili in base al dosaggio, alla via di somministrazione e al tipo di sostanza, una serie di effetti che potrebbero potenzialmente interferire con le capacità di svolgere attività complesse come la guida di autoveicoli.

Per la specialità "Eptadone Orale" (metadone cloridrato) la scheda tecnica approvata dal Ministero della Sanità e, per l'analogo preparato "methadone hydrochloride", la corrispondente voce del "Physicians' Desk Reference", edizione 2000 indicano, tra gli altri, i seguenti possibili effetti collaterali del metadone: sedazione, euforia, disforia, disorientamento, disturbi della visione, vertigini.

Tutti questi sintomi, evidentemente, possono compromettere gravemente la sicurezza della guida di autoveicoli come pure lo svolgimento di altre attività che richiedono attenzione.

Tuttavia, il succitato testo americano (che citiamo in quanto considerato un riferimento internazionale per le caratteristiche dei farmaci in uso), precisa testualmente che "During prolonged administration of methadone, as in a methadone maintenance treatment program, there is a gradual, yet progressive, disappearance of side effects over a period of several weeks. However, constipation and sweating often persist" (*"Durante somministrazione prolungata di metadone, come nei programmi di mantenimento, c'è una graduale ma progressiva scomparsa degli effetti collaterali in un periodo di alcune settimane. Tuttavia la stitichezza e la sudorazione spesso permangono"*). L'autore fa evidentemente riferimento al ben noto fenomeno della tolleranza: gli oppiacei, così come altri farmaci, hanno la proprietà di indurre una serie di adattamenti a livello recettoriale e, in certi casi, anche a livello metabolico, che comportano, a parità di dose, la perdita dell'effetto. La tolleranza, proprio perché corrisponde ad una sorta di perdita di sensibilità dell'organismo ad una azione recettoriale, si estende a tutti i farmaci della stessa classe. Ciò significa, per esempio, che chi è tollerante (cioè "è abituato") a determinate dosi di morfina non risponde in alcun modo alla somministrazione di analoghe dosi di altri oppiacei e viceversa.

Questa progressiva "perdita di efficacia" degli oppiacei, che può rappresentare un serio problema nella terapia del dolore, è invece la caratteristica che ci consente l'uso terapeutico del metadone nella dipendenza da eroina. L'obiettivo del trattamento è infatti proprio quello, inizialmente, di **SOSTITUIRE** con dosi equivalenti di metadone la quantità di eroina a cui il paziente è già tollerante e, in seguito, di **umentare** gradualmente la tolleranza in modo che anche un'eventuale maggiore assunzione della droga d'abuso **non produca alcun effetto farmacologico**.

Una persona in trattamento con metadone da alcune settimane a dosaggi stabili non presenta quindi degli effetti indesiderabili sopra descritti. Inoltre, se il trattamento viene effettuato correttamente (cioè aumentando gradualmente il dosaggio fino a produrre, per tolleranza crociata, la totale inefficacia di dosi anche elevate di altri oppiacei), un paziente in programma di mantenimento non solo non presenterà quegli effetti nel caso di completa astensione da eroina ma, salvo rare eccezioni, **non potrà presentarli nemmeno assumendo eroina**.

Non ci sono pertanto, a nostro giudizio, motivi per negare l'idoneità alla guida a una persona per il solo fatto di essere in trattamento cronico con metadone, purché tale trattamento venga effettuato secondo i principi di buona pratica clinica e purché non sussista, per esempio, un concomitante abuso di altre droghe non oppioidi quali le benzodiazepine, la cocaina o l'alcol.

La conferma sperimentale di tale assunto, proprio rispetto alla valutazione completa delle attitudini psicofisiche alla guida, è stata recentemente ottenuta attraverso uno studio controllato che ha confrontato pazienti in trattamento per un anno con morfina con pazienti in trattamento non oppioide evidenziando addirittura un miglioramento dei risultati dei test nei trattati. (Tassain V. et al., Long term effects of oral sustained release morphine on neuropsychological performance in patients with chronic non-cancer pain. Pain. 2003 Jul;104(1-2):389-400.)

## **CERTIFICAZIONI DI SVANTAGGIO SOCIALE RILASCIATE DAL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE.**

Ai sensi dell'art.4 della legge 381 del 8 novembre 1991 "Disciplina delle cooperative sociali" si considerano "persone svantaggiate gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcoolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione previste dagli art. 47, 47 bis, 47 ter e 48 della legge n.354 del 1975 come modificati dalla legge 10 ottobre 1986 n.663".

Al di fuori di queste categorie non è possibile rilasciare alcuna certificazione finalizzata all'inserimento in cooperativa sociale. Ovvero, per esempio, il paziente afferente al Ser.T. per dipendenza da gioco d'azzardo patologico non può usufruire di tale certificazione. Tale attestazione infatti documenta la patologia sottostante, non il mero svantaggio socio-economico ed è di norma rilasciata dal medico competente.

## SECONDA PARTE: CERTIFICAZIONI RILASCIATE DAL SER.T. NELL'AREA PENALE.

Il legislatore non ha previsto una regolamentazione rigida in questo ambito, pur con indicazioni precise su come bisogna redigere relazioni da parte del servizio competente nella applicazione di alcune misure alternative e sostitutive della pena. Recentemente, nell'agosto del 2002, la Giunta regionale della Lombardia ha disciplinato l'argomento, con la delibera n.7/10099. In concreto occorre tenere presente che all'istanza indirizzata all'Autorità competente da parte del paziente stesso (o del suo rappresentante legale), vanno sempre allegate:

- 1) Certificazione di tossicodipendenza (rilasciato dal medico competente)
- 2) Certificazione del programma effettuato, in corso, da effettuare (rilasciato da assistente sociale, psicologo, educatore)
- 3) Certificazione di idoneità (rilasciato dal responsabile del Ser.T.)

Dopo gli opportuni accertamenti medico sanitari ai fini della certificazione dello stato di tossicodipendenza, i pazienti, sia dallo stato di libertà che in regime di detenzione possono richiedere la presa in carico per problemi di tossicodipendenza. Per l'accertamento dello stato di tossicodipendenza si rinvia alla necessità di individuare attraverso screening clinici (da *esame diretto* delle urine, della saliva, del capello o da *referti medici* accertanti lo stato pregresso di tossicodipendenza, quali ricoveri per disassuefazioni, ricoveri per overdose) così come contemplato nel D.M. n. 186/90. Tale atto formale rientra nelle esclusive competenze del personale medico del Ser.T. Gli elementi anamnestici volti alla ricostruzione della storia personale, psicologica e familiare non possono sostituirsi agli elementi di carattere sanitario, benché concorrono alla maggiore completezza del quadro clinico.

Se l'interessato si trova sottoposto a misure preventive o limitative dall'autorità giudiziaria (obbligo di dimora, arresti domiciliari, detenzione domiciliare) è indispensabile che l'accesso al Ser.T. venga preventivamente autorizzato dall'Autorità Giudiziaria competente.

Alla certificazione di programma psico-socio-riabilitativo *già effettuato, in corso, o da effettuare* che, di norma, viene steso dall'operatore o dagli operatori di riferimento del procedimento, va allegato (pena nullità) il certificato di idoneità del programma terapeutico al fine della risoluzione delle problematiche tossicomane rilasciato dal Responsabile del servizio per le tossicodipendenze, il quale va ad integrarsi con altri elementi in possesso all'Autorità competente, fondanti la concessione o meno il beneficio.

In linea generale si profilano 4 situazioni ricorrenti nella pratica operativa nella gestione di programmi terapeutici per tossicodipendenti coinvolti nell'area penale extra muraria. In tali "programmi" possiamo individuare una duplice valenza: a) clinica, volta ad assicurare ai soggetti tossicodipendenti con problemi correlati in ambito penale, livelli di assistenza e di prestazioni sanitarie uniformi in termini di

qualità e b) giuridica in quanto devono tener presente il contesto normativo sul quale si supportano adattandosi con specificità ai rispettivi criteri di attuazione.

Dal punto di vista clinico si rimanda ai protocolli di trattamento della tossicodipendenza e problemi correlati in atto presso il Ser.T., anche se in questo ambito diventa sempre più rigoroso esplicitare:

- le modalità di diagnosi e di osservazione del caso clinico;
- le modalità di trattamento effettuato o in corso;
- le modalità di verifica dei risultati raggiunti, sia in itinere che nella fase finale.

Eventuali situazioni di “discordanza” dal programma iniziale concordato (scarsa adesione agli appuntamenti, irregolarità nell’adempimento dei controlli tossicologici, eventuali abusi di sostanze psicoattive) devono essere oggetto di una attenta ed immediata segnalazione da sottoporre agli organi di controllo competenti.

Dal punto di vista giuridico, si approfondiscono alcuni strumenti normativi che vengono applicati nell’offerta di trattamenti individualizzati ai tossicodipendenti (imputati e condannati per reati connessi allo stato di tossicodipendenza o no). Non è possibile offrire una riflessione accurata sulla tipologia dei reati; rimane comunque sottinteso che per alcuni tipi di reato il legislatore ha previsto maggiori ostacoli alla concessione del beneficio, o ne rimanda l’applicazione al raggiungimento di un residuo di pena compatibile.

Le certificazioni di programma riguardano:

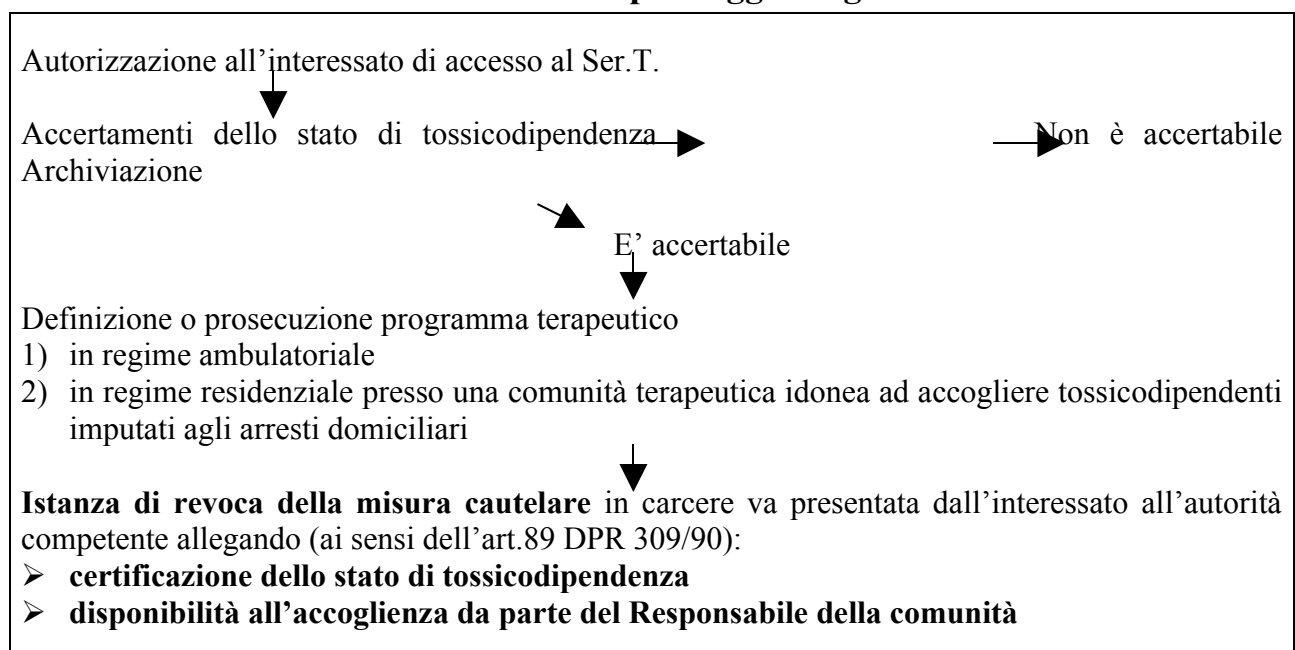
- 1) programmi terapeutici in regime di arresti domiciliari (ai sensi dell’art. 89 DPR 309/90)
- 2) programmi terapeutici in regime di sospensione della pena (ex art. 90 DPR 309/90)
- 3) programmi terapeutici in regime di affidamento terapeutico (ex art. 94 DPR 309/90)
- 4) programmi terapeutici in regime di detenzione domiciliare (ai sensi dell’art. 47 ter L. 354/75)

### **Arresti domiciliari**

L’art. 89 DPR 309/90 stabilisce che per “chi è in custodia cautelare in carcere” (non ancora quindi destinatario di un provvedimento di condanna a pena definitiva) la misura può essere revocata (sempre che non sussistano altre condizioni che ne escludano all’applicabilità) su istanza dell’interessato allegando la certificazione di tossicodipendenza/alcooldipendenza rilasciata dal Ser.T. e l’individuazione del programma socio riabilitativo. Qualora il programma individuato preveda l’inserimento presso una comunità terapeutica, occorre allegare alla documentazione anche una attestazione di disponibilità all’accoglimento dell’interessato rilasciata dal Responsabile della comunità terapeutica. A questo proposito va aperta una parentesi in quanto già l’art. 9 co2 circolare Ministero di Grazia e Giustizia del 18 marzo 1994

n. 222 stabilisce che “gli interventi ordinati al mantenimento, alla cura o all’assistenza medica dei soggetti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti sottoposti agli **arresti domiciliari**, allorché la misura sia eseguita presso le comunità terapeutiche o di riabilitazione individuale, gravano sul Ministero di Grazia e Giustizia. Tale indirizzo era già stato recepito dal DPR309/90 all’art. 96 co.6, che precisava che le comunità terapeutiche dovevano essere individuate tra quelle iscritte negli albi di cui all’art.116, con decreto del Ministero di Grazia e Giustizia, sentite le ragioni interessate. Con opportuno decreto il 7 giugno 2000 il Ministero della Giustizia ha individuato le comunità terapeutiche o di riabilitazione ai fini dell’affidamento degli imputati tossicodipendenti in regime di arresti domiciliari, suddivise in appendice, per regioni e province autonome di appartenenza.

### Schema riassuntivo delle certificazioni per soggetti agli arresti domiciliari



### Sospensione della pena ai sensi dell’art. 90 del DPR 309/90

La sospensione di esecuzione della pena detentiva (con riferimento agli art. 90-91-92 DPR 309/90) è una misura che “sospende” il provvedimento di esecuzione penale, contestuale alla scarcerazione, o comunque tende ad evitare il contatto con l’ambiente carcerario, di un tossicodipendente che ha in corso o intende a sottoporsi ad un programma riabilitativo della tossicodipendenza.

L’istanza va presentata dall’interessato (o dal suo legale rappresentante) alla Procura, se l’ordine di carcerazione non è ancora stato emesso o eseguito, oppure al Tribunale di Sorveglianza se la pena è in esecuzione. L’istanza deve essere corredata da una certificazione indicante:

- 1) il tipo di programma terapeutico e socio-riabilitativo prescelto
- 2) la struttura, anche privata, ove il programma è stato eseguito o è in corso
- 3) le modalità di realizzazione e l’eventuale completamento del programma.

L'obbligo di certificazione da parte del Ser.T. circa lo svolgimento di programmi di trattamento, anche presso strutture private (e quindi non convenzionate) implica l'acquisizione di esauriente documentazione relativa ai programmi medesimi. La normativa di legge non prevede che gli operatori esprimano un giudizio sull'efficacia del trattamento medesimo.

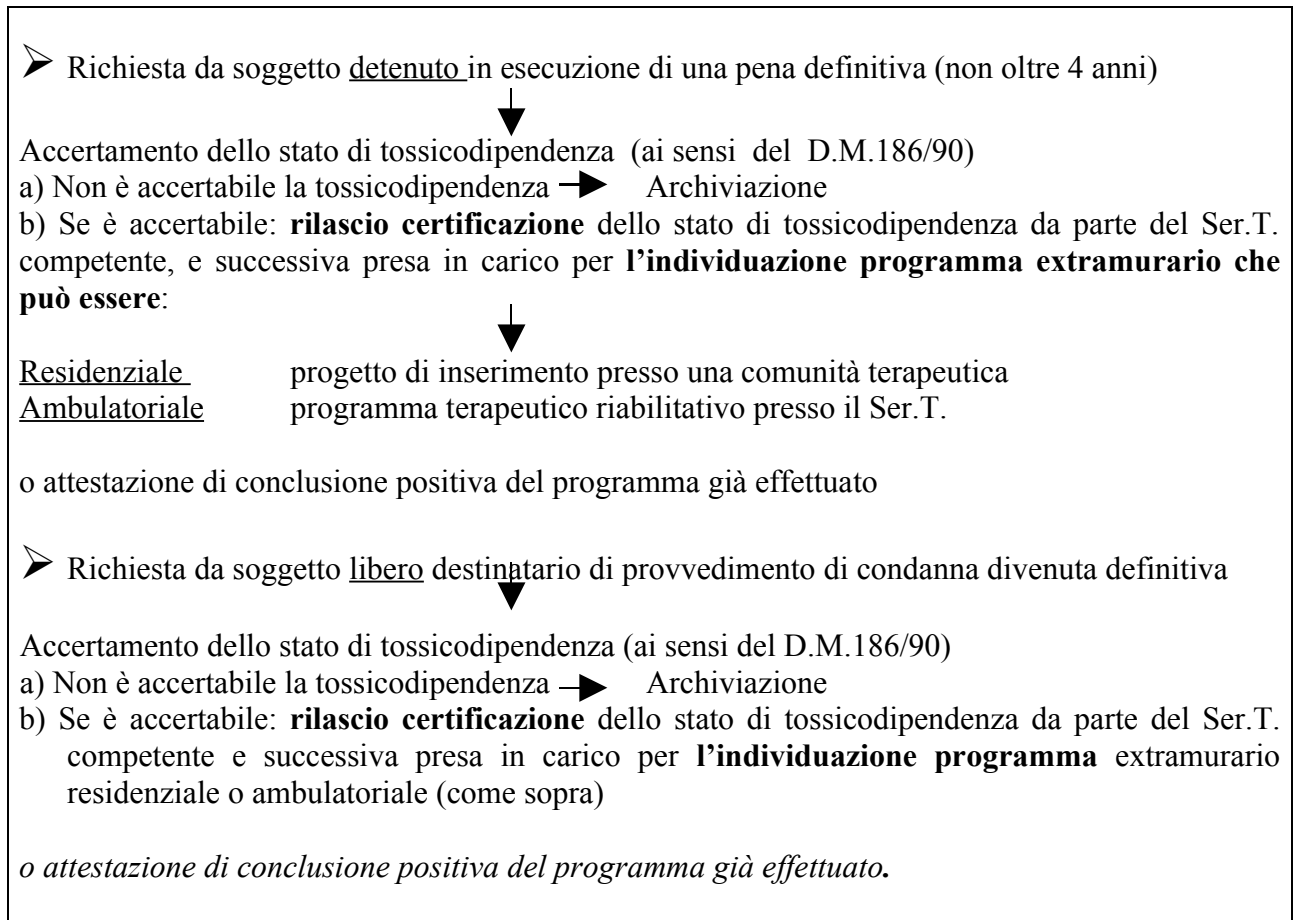
Per quanto riguarda la relazione sulla verifica del trattamento dei soggetti in regime di sospensione del procedimento o di sospensione dell'esecuzione della pena ai sensi del D.M. 448/1990 si articola sui seguenti elementi:

- a) tipologia del programma (data di inizio e data effettiva di inizio con indicazione delle ragioni dello spostamento, data prevista per la sua conclusione, se concluso data di effettiva conclusione)
- b) collaborazione alla definizione del programma, (assiduità nell'adesione al programma ed eventuali modificazioni in caso di discontinua partecipazione, collaborazione alle relative fasi attuative)
- c) partecipazione alla cura e alla prevenzione delle patologie correlate con indicazione in caso di mancata adesione delle relative motivazioni
- d) ottemperanza alle prescrizioni del programma e compatibilità del comportamento del soggetto con la corretta esecuzione del programma stesso
- e) rapporti con la famiglia, la scuola, il lavoro, e in generale nella vita di relazione, evidenziandone l'andamento con riferimento allo stato di tossicodipendenza
- f) stato attuale di dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope in rapporto a quello iniziale, da valutare secondo le metodiche di cui al decreto ministeriale n. 186/90
- g) programma concluso, risultati conseguiti a seguito della ultimazione del programma stesso con elementi valutativi analitici relativi all'eventuale assunzione delle sostanze stupefacenti.

Ai fini di quanto previsto dalla lettera g (ai sensi dell'art.3 DM 448/90) i controlli analitici sono effettuati periodicamente nell'arco di almeno trenta giorni dopo l'ultimazione del programma (omissis) e le indagini di laboratorio sono effettuate a norma dell'art.4 del DM n.186/90.

Si fa presente che "l'allegazione all'istanza di sospensione dell'esecuzione della pena ex art.91 DPR309/90) attestante il tipo di programma terapeutico prescelto costituisce la *conditio sine qua non* di valutazione della domanda" e ne è requisito indispensabile.

## Schema riassuntivo delle certificazioni per soggetti in sospensione di pena



L'istanza va presentata dall'interessato all'Autorità competente (Procura della Repubblica) entro 30 giorni, prima che venga ristretto in carcere, al fine di proseguire il programma terapeutico in corso che verrebbe altrimenti interrotto dalla carcerazione. Se l'istanza viene accolta, la Procura "sospende" il provvedimento di esecuzione penale in "attesa" che un altro organo competente, ovvero il Tribunale di Sorveglianza prenda una decisione riguardo l'applicazione o meno in concreto della misura alternativa richiesta dall'interessato (potrebbe essere anche proprio la sospensione dell'esecuzione della pena ai sensi dell'art. 90 DPR 309/90).

Accertato che il soggetto "si è sottoposto" o ha in corso un programma terapeutico e socio-riabilitativo il Tribunale di Sorveglianza sospende per 5 anni la condanna, senza applicare le misure di sicurezza.

L'istanza non può essere presentata più di una volta per il medesimo titolo di reato.

### **Affidamento terapeutico**

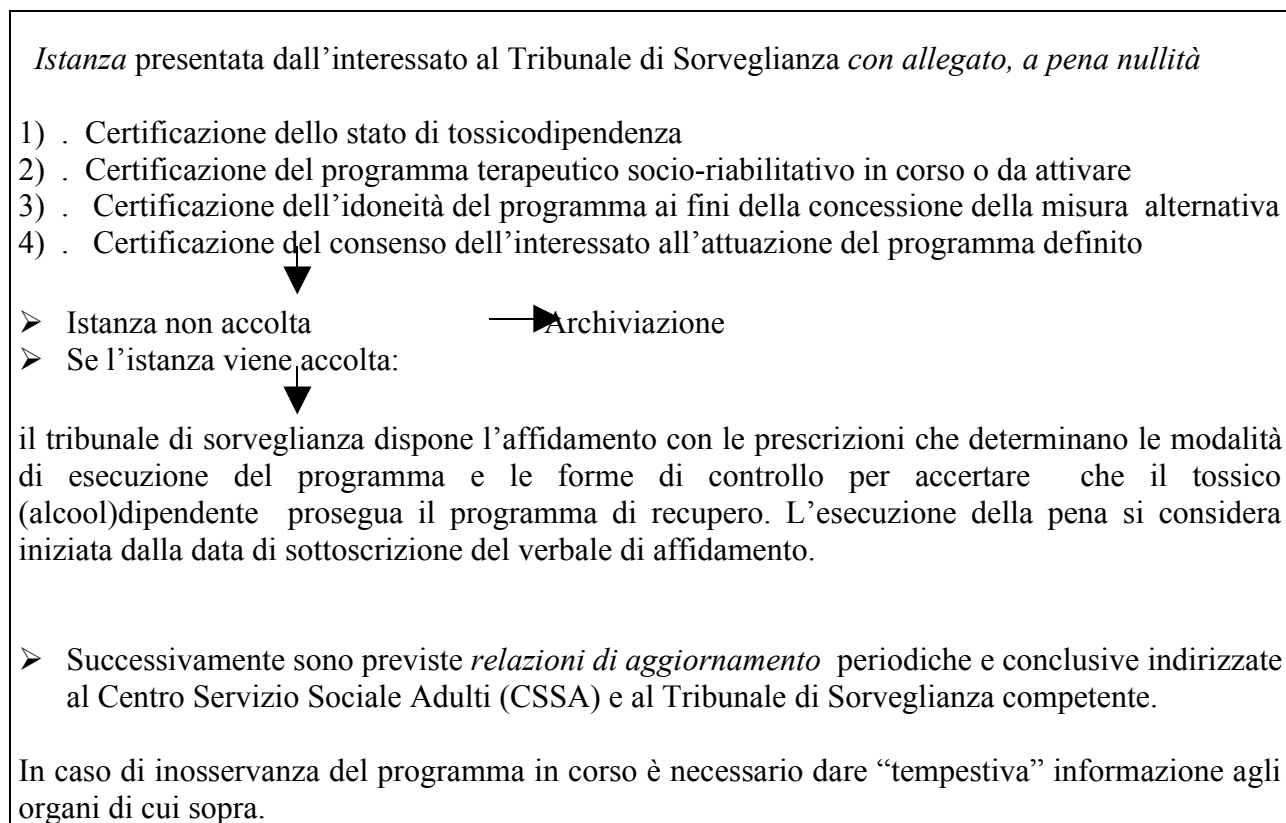
Per quanto riguarda la certificazione di un programma terapeutico da corredare all'istanza di affidamento terapeutico (ai sensi dell'art.94 del DPR 309/90) deve contenere:

- 1) accertamento dello stato di tossicodipendenza da parte del medico competente
- 2) individuazione del programma socio-terapeutico-riabilitativo

3) accettazione da parte del paziente del programma proposto dal Ser.T.

In itinere sono previste relazioni di aggiornamento del programma in corso al Tribunale di Sorveglianza e al CSSA, mentre a conclusione del programma terapeutico (che può anche non coincidere con il fine pena) si prevede una relazione di valutazione finale.

### **Schema riassuntivo delle certificazioni per soggetti in affidamento terapeutico**



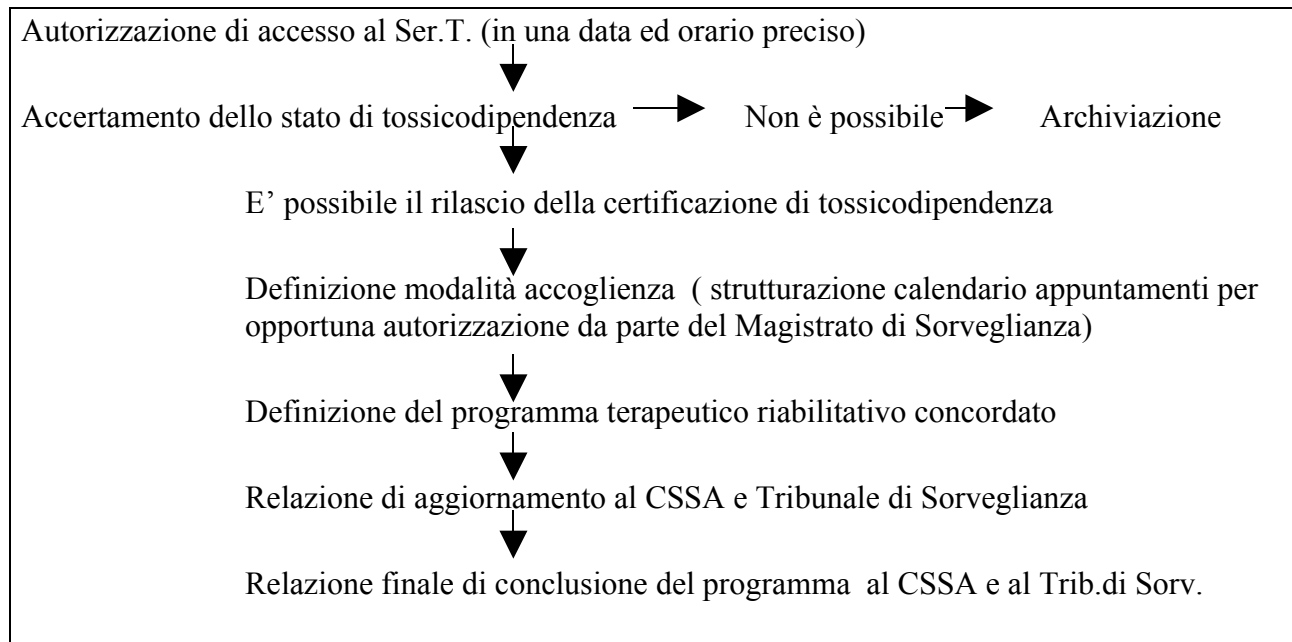
### **Detenzione domiciliare**

Per quanto riguarda i programmi terapeutici per la cura della tossico(alcool) dipendenza in regime di detenzione domiciliare occorre accennare che si tratta di una misura alternativa che si applica qualora la pena della reclusione non supera i 3 anni, anche se residuo di maggior pena, possa essere espiata nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora o in un luogo pubblico di cura, assistenza, accoglienza. Rappresenta una misura sott'ordinata rispetto all'affidamento in prova al servizio sociale, nel senso che non può essere concessa se è stato già applicato quest'ultimo, di contenuto più favorevole al condannato. (Cass. Pen. Sez.I 12 aprile 1988).

E' interessante sottolineare che ai sensi dell'art.95 DPR 230/00 il Centro Servizio Sociale Adulti, sulla base di disposizioni impartite dal tribunale di sorveglianza, stabilisce validi collegamenti con i servizi assistenziali territoriali al fine di fornire al condannato l'aiuto per superare le difficoltà connesse con l'esecuzione della detenzione domiciliare.

Possono essere attuati programmi terapeutici riabilitativi sia di tipo ambulatoriale (se il condannato gode della misura della detenzione domiciliare presso la propria abitazione), sia di tipo residenziale (se il condannato ha in corso l'inserimento presso una comunità terapeutica). Ovviamente devono essere previsti controlli puntuali dell'effettivo espletamento del programma in corso: (ad esempio le date e gli orari di accesso al Servizio, o gli eventuali allontanamenti dalla comunità terapeutica devono essere autorizzati dal Magistrato di sorveglianza competente).

### **Schema riassuntivo delle certificazioni per soggetti in detenzione domiciliare**



## **BIBLIOGRAFIA CITATA**

1. Barni M., “Doveri: responsabilità del medico dalla bioetica al diritto”, Giuffrè Ed., Milano, 1999.
2. Regio Decreto n. 1398 del 19 ottobre 1930: “Approvazione del testo definitivo del Codice Penale”.
3. Deliberazione Assemblea Costituente 22 dicembre 1947: “Costituzione della Repubblica Italiana”.
4. Codice di Deontologia Medica, edizione 1998
5. 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 tossico-dipendenza”.
6. 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”.
7. Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
8. “Physicians’ Desk Reference”, 54 edition, 2000
9. Tassain V. et al., “Long term effects of oral sustained release morphine on neuropsychological performance in patients with chronic non-cancer pain.” Pain. 2003 Jul;104(1-2):389-400.)
10. Decreto Ministero della Giustizia 7 giugno 2000 pubbl. su G. U. n. 17 del 22.1.2001
11. 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”.
12. 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”.
13. Legge n. 381 del 8 novembre 1991: Disciplina delle cooperative sociali
14. Zappa G. Masetti C. Il codice penitenziario e della sorveglianza, Ed. La Tribuna Piacenza (1999)

## SITI INTERNET

### **Criminologia**

[www.criminologia.org](http://www.criminologia.org)

[www.criminologia.net](http://www.criminologia.net)

[www.criminologia.it](http://www.criminologia.it)

[www.svileg.censis.it](http://www.svileg.censis.it)

### **Psicologia**

[www.psycomedia.it](http://www.psycomedia.it)

[www.psicologiagiuridica.com](http://www.psicologiagiuridica.com)

## APPENDICE

### MODIFICHE PROPOSTE CON DISEGNO DI LEGGE AL DPR 309/90 IL 13 NOVEMBRE 2003.

- 1) **ABOLIZIONE DISTINZIONE DROGHE LEGGERE E PESANTI (ART.14)**
- 2) **COME CAMBIANO LE CERTIFICAZIONI DA PARTE DEL SERT?**
- 3) **CHI PUO' CERTIFICARE LA TOSSICODIPENDENZA?**
- 4) **DOVE L'UTENTE PUO' EFFETTUARE UN PROGRAMMA TERAPEUTICO PER ART.75?**
- 5) **DOVE E COME POSSONO ESSERE CONCESSI GLI ARRESTI DOMICILIARI AL TOSSIC.?**
- 6) **CHI PUO' INOLTARE ISTANZA DI AFFIDO TERAPEUTICO E DOVE?**
- 7) **COME SI CERTIFICA IL PROGRAMMA E LA VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA IN REGIME DI SOSPENSIONE?**
- 8) **INTRODUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA PER I TOSSICODIPENDENTI (ART. 76)**
- 9) **I REATI CONNESSI ALLA DROGA**

#### Punto 1: abolizione della distinzione tra droghe leggere e pesanti

- Il disegno di legge sulla droga fissa il principio del divieto di uso e di impiego di sostanze stupefacenti, reintroduce la punizione e fissa la linea di confine tra la detenzione che rappresenta illecito amministrativo e la detenzione che costituisce illecito penale.
- Abolendo il concetto di modica quantità, e non facendo differenza tra droghe leggere e pesanti, fissa quindi dei limiti, superati i quali scatta la sanzione penale, al di sotto lo si punisce con una sanzione amministrativa.
- La punizione della detenzione di droga viene reintrodotta, cancellando contemporaneamente anche i confini una volta segnati dalla cosiddetta modica quantità o dalla dose media giornaliera. La soglia viene stabilita in modo oggettivo da una tabella che prescinde dalle condizioni soggettive, reali o presunte del tossicodipendente.
- Le tabelle vengono ridotte a due: una con l'elenco degli stupefacenti, l'altra con i medicinali che contengono sostanze stupefacenti o psicotrope, suddivisa in cinque sezioni.

#### Punto 2 : come cambiano le certificazioni di programma da parte del Sert?

##### Certificazioni di programma

Indicare la tipologia, modalità di attuazione, i risultati già ottenuti, la disponibilità del centro. Le verifiche sono effettuate su richiesta della magistratura salvo il caso di inadempienze del programma in corso in cui la segnalazione è d'ufficio.

##### Caratteristiche del programma

- Nei casi che rientrano negli articoli 628 e 629 del codice penale (rapina ed estorsione) il programma può essere solo di tipo residenziale.
- I programmi farmacologici devono essere finalizzati al pieno recupero del soggetto e mirati il più possibile alla riduzione del dosaggio.

### Punto 3: chi può certificare la tossicodipendenza?

#### Certificazioni di tossicodipendenza

- Rilasciate dal medico competente del Sert o dalla comunità terapeutica autorizzata preventivamente all'attività di diagnosi
- Devono indicare la sostanza (alcol o droga) assunta abitualmente
- Devono indicare la procedura di accertamento della dipendenza
- Ai sensi dell'art.78 verranno emanate dal Min. della Salute le procedure diagnostiche medico-legali per accertare il tipo, il grado, l'intensità d'abuso.

### Punto 4 : dove l'utente può effettuare un programma terapeutico ex. art.75?

- “Chiunque ...è sottoposto da un mese a un anno alle sanzioni amministrative”
- “Ricorrendone i presupposti...l'interessato è invitato a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo o ad altro programma *educativo e informativo* personalizzato in relazione alle proprie specifiche esigenze, predisposto dal servizio pubblico competente per *territorio* in relazione al luogo di residenza o di domicilio, o da una struttura privata iscritta all'albo”.

### Punto 5 : dove e come possono essere concessi gli arresti domiciliari al tossicodipendente?

E' previsto per imputato tossicodipendente che abbia *in corso* un programma ambulatoriale presso il Sert o residenziale presso una comunità, quando l'interruzione del programma può pregiudicare la *disintossicazione* dell'imputato.

- Quanto si procede per delitti gravi (rapina estorsione) il provvedimento è subordinato alla prosecuzione del programma presso una struttura residenziale.
- Il detenuto tossic. che intende effettuare un programma di recupero al Sert o una struttura privata può inoltrare istanza di arresti domiciliari allegando alla sua istanza:
- Certificazione di tossicod. (rilasciata dal Sert o comunità autorizzata alla diagnosi) con indicazione della procedura di accertamento e la dichiarazione di disponibilità all'accoglimento.

Nei casi di delitti gravi (art...628/629cp l'autorità subordina l'accoglimento dell'istanza all'individuazione di una struttura residenziale.

Punto 6: chi può inoltrare istanza di affidamento terapeutico e dove?

Ai sensi dell'art.94 può essere richiesto per continuare un programma in corso o per iniziare un programma di recupero presso il Sert o presso una struttura comunitaria.

L'affidamento può essere concesso solo quando la pena detentiva (anche residua) non è superiore ai 6 anni o a 4 anni se relativa a titolo comprendente reato di cui all'art. 4 bis l. 354/75.

La domanda (per non essere inammissibile) deve contenere: 1) cert. di tossic. (vedi sopra); 2) l'andamento del programma concordato eventualmente in corso; 3) la sua idoneità ai fini del recupero.

Il detenuto presenta l'istanza al magistrato di sorveglianza, che (valutate attentamente le garanzie del caso) può disporre la scarcerazione provvisoria, in attesa che il Tribun. di Sorv. adotti il provvedimento di competenza.

Punto 7: come si certifica il programma e la valutazione del programma in regime di sospensione?

- Ai sensi dell'art.90 la sospensione può essere concesso 1 volta, per pene anche residue non superiore ai 6 anni, per reati connessi alla tossicod.
- Questo provvedimento rende inapplicabili le misure di sicurezza.
- Può essere concessa a favore di soggetti che hanno concluso favorevolmente il programma terapeutico sia presso il sert che comunità terapeutiche.
- La documentazione, allegata all'istanza presentata al Tribunale di Sorveglianza, deve contenere:  
1) cert. di tossic. (come sopra); 2) il tipo di programma effettuato, con indicazione della sede dove è stato effettuato, le modalità di attuazione e i risultati raggiunti
- Il Trib. di Sorv. può fare accertamenti inerenti al programma e in caso di irreperibilità dell'interessato giudica inammissibile la richiesta

### Punto 8: introduzione delle misure di sicurezza per i tossicodipendenti

Viene reintrodotta l'art.76 che prevede misure preventive di sicurezza applicabili per i tossicodipendenti puniti ai sensi dell'art. 75: orari di uscita e di rientro al domicilio, divieto di frequentare particolari luoghi pubblici, di allontanarsi dal comune di residenza, di guidare qualsiasi mezzo motorizzato, obbligo di recarsi due volte alla settimana presso i carabinieri, o due volte al giorno (per i minori all'entrata e all'uscita da scuola) presso la polizia.

### Punto 9 : i reati connessi alla droga

E' applicabile per i reati connessi allo stato di tossicodipendenza l'art. 671 cpp (cumulo pene)

Art.72 è punito qualunque uso non terapeutico di sostanze di cui alle tabelle

Art.73. produzione e spaccio

Art.75 detenzione, acquisto personale (sanzione amministrativa)

Art. 79 agevolazione dell'uso (reclusione da 3 a 10 anni)

Art. 82 istigazione di minore (reclusione da 1 a 6 anni e multa )

Art.84 propaganda (multa che incrementerà il Fondo naz. Lotta alla droga)

# CERTIFICARE NEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE

## **Chi, cosa, per chi, quando e perché**

### *QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE*

A) Una certificazione può essere rilasciata:

1. da una “équipe”
2. dal capo servizio indipendentemente dal contenuto professionale
3. dal professionista che ha titolo a rilevare il fatto certificato indipendentemente dalla sua posizione gerarchica

B) Una certificato medico può essere rilasciato

1. a chiunque sia interessato in base alla legge sul diritto di accesso agli atti amministrativi
2. solo al diretto interessato o al suo rappresentante legale, salvo eccezioni tassativamente stabilite dalla legge
3. al diretto interessato e alla magistratura

C) La certificazione dello stato di tossicodipendenza ai fini medico-legali deve essere rilasciata

1. in base all’anamnesi
2. solo se la persona che la richiede presenta segni attuali di assunzione di sostanze
3. solo se ricorre almeno una delle condizioni previste dal D:M. 186 /90

D) In base ai criteri diagnostici DSM-IV i criteri per la diagnosi di dipendenza da sostanze in remissione stabile possono essere certificati

1. se l’esame del capello è negativo al momento della certificazione
2. dopo sei mesi di esami tossicologici negativi
3. dopo un anno in cui sia stata documentata l’assenza dei criteri per dipendenza o per abuso di sostanze

E) I prelievi per le analisi tossicologiche devono essere effettuati a vista

1. sempre
2. solo se eseguite espressamente a fini medico-legali
3. solo se ci sono concreti elementi che facciano presumere adulterazioni o se si tratta di esami effettuati a fini medico-legali

F) Medici e psicologi, infermieri e assistenti sociali dipendenti pubblici

1. non sono tenuti all'osservanza del Codice Deontologico
2. sono tenuti all'osservanza del Codice Deontologico come tutti gli altri iscritti
3. sono tenuti all'osservanza del codice deontologico solo se non è in conflitto con le direttive ricevute in via gerarchica

G) I pazienti in terapia cronica con oppiacei

1. hanno capacità di guida compromesse
2. hanno capacità di guida normali
3. hanno capacità di guida normali se la terapia è condotta correttamente e non c'è assunzione di altre sostanze

H) I programmi terapeutici in regime di sospensione di pena

1. devono essere effettuati se lo richiede la magistratura
2. devono essere effettuati se lo richiede l'interessato, purchè ci siano i criteri per la certificazione di tossicodipendenza
3. devono essere effettuati se il servizio lo ritiene opportuno

I) L'inosservanza del programma da parte di persone in affidamento terapeutico

1. non deve essere segnalata alla magistratura perché si violerebbe il segreto professionale
2. deve sempre essere segnalata alla magistratura
3. deve essere segnalata solo se il paziente autorizza

L) La certificazione di svantaggio sociale

1. può essere rilasciata solo per persone che rispondano ai criteri medico-legali per la certificazione di tossicodipendenza
2. può essere rilasciata per qualsiasi problema correlato alla tossicodipendenza
3. può essere rilasciata per tutte le dipendenze anche non farmacologiche (come il gioco d'azzardo)

(RISPOSTE CORRETTE: A-3, B-2, C-3, D-3, E-3, F-2, G-3, H-2, I-2, L-1)

## Indice degli argomenti trattati

### **PARTE PRIMA: PRINCIPI GENERALI**

- *Che cosa è una certificazione*  
pag. 3
- *Che cosa può essere certificato*  
pag. 3
- *Chi può (e deve) rilasciare una certificazione*  
pag. 4
- *Chi può chiedere una certificazione* pag. 4
- *Certificazione di assenza di tossicodipendenza*  
pag. 5
- *Certificazione di stato di tossicodipendenza in atto* pag. 6
- *Aspetti medico-legali dell'apertura della cartella clinica presso il Ser.T.* pag. 7
- *Pazienti che sono in carico al servizio o che provengono da altri servizi pubblici o convenzionati* pag. 7
- *Pazienti che sono stati in carico in passato al Servizio o che esibiscano prove documentali di trattamenti o esami tossicologici effettuati altrove* pag. 7
- *Pazienti mai conosciuti, privi di documentazione che risponda ai criteri del DM 183/90, che riferiscano di aver già cessato l'uso di oppiacei o di altre sostanze e richiedano, ciò non ostante, presa in carico per tossicodipendenza* pag. 8
- *Pazienti inviati in quanto tossicodipendenti dalla Prefettura (art. 75 DPR 309/90)*  
pag. 8
- *Pazienti che riferiscono abuso di sostanze non verificabile con esami tossicologici (cioè, al momento, diverse da eroina, cocaina, buprenorfina, metadone, benzodiazepine, cannabinoidi, anfetamine)* pag. 8
- *Pazienti in anonimato*  
pag. 9
- *Risvolti medico-legali delle modalità di effettuare delle analisi tossicologiche* pag. 9
- *Profili psicologici*  
pag. 10
- *Certificazioni di idoneità alla guida in pazienti in trattamento di mantenimento*

*con farmaci sostitutivi* pag.  
11

- *Certificazioni di svantaggio sociale rilasciate dal servizio per le dipendenze*  
*pag. 13*

## **PARTE SECONDA: CERTIFICAZIONI IN AMBITO PENALE**

- *Certificazioni rilasciate dal Servizio per tossicodipendenza nell'area penale*  
*pag. 14*

- *Arresti domiciliari* pag. 15

- *Sospensione delle pene ai sensi dell'art. 90 del DPR 309/90*  
*pag. 16*

- *Affidamento terapeutico*  
*pag. 18*

- *Detenzione domiciliare*  
*pag. 19*

**BIBLIOGRAFIA CITATA** pag.  
21

**SITI INTERNET** pag.  
21

**APPENDICE** pag.  
22

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE** pag.  
26