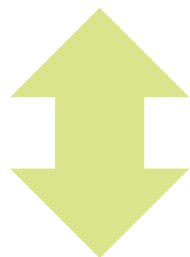




Per una medicina del
territorio da rifondare



Dipendenza da sostanze e giustizia penale



Concettina Varango Direttore UOC Dipendenze ASST Lodi
Segretario Nazionale e Membro Direttivo Nazionale
FeDerSerD

Le persone che commettono reati penali e vengono a essere perseguiti in ambito giudiziario evidenziano tassi di consumo di stupefacenti e di assunzione per via parenterale più alti rispetto alla popolazione generale.

Le persone con problemi di droga condannate per reati penali sono spesso recidive e costituiscono una percentuale significativa dei detenuti.

Molte delle persone detenute con problemi di droga sono recluse proprio a causa del consumo o della detenzione di sostanze stupefacenti.

Molti altri vengono sottoposti a pene detentive per altri reati connessi alla normativa antidroga, quali il furto commesso per procurarsi il denaro per l'acquisto di droga. È necessario valutare le complesse esigenze di cure mediche di tali persone al momento dell'ingresso in carcere.

Due principi importanti relativi agli interventi sanitari in carcere sono l'equivalenza dell'assistenza con quella offerta nella comunità e la continuità dell'assistenza tra il territorio e il carcere all'inizio della detenzione e dopo la scarcerazione. Pertanto, all'interno delle carceri si devono fornire tutti gli opportuni servizi di prevenzione, riduzione dei danni e terapia.

Il quadro europeo

La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei in carcere è segnalata da 28 dei 30 paesi monitorati dall'EMCDDA (28 Stati membri dell'UE, Norvegia e Turchia).

Nelle carceri di molti paesi sono disponibili programmi di disintossicazione, consulenza individuale e di gruppo nonché comunità terapeutiche o reparti di degenza specifici.

I test per le malattie infettive sono disponibili nelle carceri di molti paesi, ma la somministrazione di terapie per l'epatite C è rara.

La vaccinazione contro l'epatite B è segnalata in 16 paesi.

Programmi di fornitura di aghi e siringhe nelle carceri sono segnalati in quattro paesi.

Molti paesi europei hanno sviluppato partenariati tra i servizi sanitari carcerari e quelli territoriali al fine di garantire la continuità dell'assistenza al momento dell'ingresso in carcere e dopo la scarcerazione.

Nella maggior parte dei paesi ha luogo una preparazione alla scarcerazione, che prevede anche il reinserimento sociale. Programmi di prevenzione dell'overdose tra i consumatori di oppiacei per via parenterale sono segnalati in cinque paesi che forniscono formazione e naloxone al momento dell'uscita dal carcere.

L'esecuzione penale nei confronti dei soggetti tossicodipendenti

La scelta normativa di privilegiare un percorso di esecuzione della pena terapeutico e riabilitativo non detentivo per il tossicodipendente condannato, in astratto, ad una pena detentiva è per l'ordinamento italiano relativamente recente.

Nella metà degli anni settanta del secolo scorso, anche sulla spinta di accordi internazionali il legislatore cominciò a porsi il problema del diritto alla "cura" dei tossicodipendenti detenuti, poi gradatamente si aprirono, soprattutto per opera della magistratura strade tese a limitare la detenzione cautelare dei tossicodipendenti autori di reato, e solo dieci anni dopo si arrivò a predisporre la misura alternativa dell'affidamento terapeutico.

Il primo riconoscimento della necessità di tutelare il diritto alla salute dei soggetti tossicodipendenti in esecuzione pena è contenuto nell'art. 84 della legge 685 del 1975, con il quale il legislatore conferisce il *"diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione a chiunque si trovi in stato di custodia preventiva o di espiazione di pena"* e sia ritenuto *"abituamente dedito all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope"*.

Con il 2° comma (oggi riproposto nella stessa formulazione dal 4° comma dell'art. 96 D.P.R. 309/90) di questo articolo il legislatore conferiva al Ministro di grazia e giustizia il compito di organizzare, *"con proprio decreto, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali"*

La legge 689/1975

Dopo un periodo di poco più di vent'anni (1954-1975), durante il quale il fenomeno droga era stato trattato dalla normativa come un problema esclusivamente criminale, la sua percezione sociale era divenuta ambivalente.

La rapida diffusione nel mondo giovanile delle droghe, avvenuta nella seconda parte degli anni sessanta del secolo scorso, alimentata sia da motivi culturali e ideologici che da logiche di mercato particolarmente allettanti per i narcotrafficienti, fece apparire sempre più inadeguata una legge che poneva sullo stesso livello spacciatori e consumatori.

La legge n. 685 del 1975 (*Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*) cambiò radicalmente l'impostazione della normativa.

Essa sradicò la convinzione e la percezione, affermatesi all'inizio degli anni settanta del secolo scorso, che il tossicodipendente fosse un malato da curare, anche se il consumo di droga continuò ad essere considerato socialmente dannoso in quanto, solitamente, si accompagna ad attività illegali e comportamenti lesivi dei diritti di terzi.

La legge 689/1975

L'impulso, a volte irresistibile, a procurarsi le sostanze stupefacenti induce, infatti, l'assuntore, quando non dispone dei mezzi necessari, a commettere reati per reperire quanto gli serve per acquistare le sostanze, tra l'altro in quantitativi normalmente crescenti.

Non è un caso che i crimini più comuni commessi dai tossicodipendenti siano reati contro il patrimonio: rapine, furti, ricettazioni, estorsioni spesso anche in danno dei propri familiari, oltre allo "spaccio" che è il reato più commesso perché è il modo usato più di frequente per procurarsi la sostanza.

Allo stesso tempo però venne in rilievo che il consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope (per usare la definizione data dalla legge) era dannoso sul piano psico-organico per l'assuntore.

Questa duplice connotazione del fenomeno è alla base del tentativo della normativa nazionale degli ultimi 35 anni di contemperare, bilanciandole di volta in volta, le diverse esigenze: repressive e di tutela del diritto alla salute dei tossicodipendenti.

La legge 689/1975

L'iniziativa legislativa nasce proprio dalla percezione del radicale mutamento del fenomeno droga. Nell'arco di pochi anni si passa da forme di tossicomania numericamente contenute, che non rappresentavano un grave problema sociale, all'esplosione di un fenomeno di massa" non più controllabile con gli strumenti preventivi e repressivi previsti dalla legge n. 1041 del 1954.

Tale legge, come è noto, sanzionava allo stesso modo il consumatore e lo spacciatore. Questo mutamento spinge il legislatore a cercare di fronteggiare il fenomeno tramite una "strategia differenziata" che percorreva due diversi binari.

Da un lato, si depenalizzò l'uso personale degli stupefacenti, privilegiando, rispetto al lato repressivo, il recupero attraverso il trattamento personalizzato e il reinserimento sociale del tossicodipendente.

Dall'altro, si intensificò la repressione della circolazione e del traffico delle sostanze stupefacenti, aumentando le pene edittali previste per queste condotte e creando nuove fattispecie di reato.

La strategia scelta dal legislatore era, evidentemente, di ridurre la popolazione carceraria tossicodipendente tramite un'attenuazione della repressione dei fenomeni criminali o devianti riconducibili alla droga che fossero connotati da scarsa pericolosità sociale.

La legge 689/1975

la legge del 1975 si limita a contemplare "un trattamento terapeutico assistenziale, esclusivamente intramurario, per il detenuto abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope".

Dato che il numero dei tossicodipendenti era ancora contenuto e che il legislatore immaginava di aver predisposto una strategia che doveva portarli ad evitare il carcere non sorprende che pensasse di fronteggiare il problema dei soggetti tossicodipendenti detenuti, che si immaginavano pochi, esclusivamente fornendo loro all'interno delle mura carcerarie, un luogo *ad hoc* dove usufruire del trattamento terapeutico, senza prevedere alcuna misura alternativa per lo svolgimento della custodia cautelare e per l'espiazione della pena .

Se si dà per scontato questo vizio di origine, dovuto principalmente alle dimensioni che il fenomeno aveva all'epoca, non si può disconoscere che l'art. 84, 2° comma della legge n. 685/1975, cercando di far fronte alla crescente problematica della presenza nelle carceri di soggetti abitualmente dediti al consumo di sostanze stupefacenti, offriva loro soluzioni detentive che tendevano al perseguimento della finalità rieducativa, secondo una logica terapeutica.

Le difficoltà di implementazione

La riottosità dell'Amministrazione penitenziaria si concretizzò nella circolare del Ministero di grazia e giustizia, n. 2414/4868 del 29 aprile 1977 che, affermando che la via maestra per il trattamento dei tossicodipendenti era quella della detenzione ordinaria, sosteneva *"l'inopportunità di isolare il tossicodipendente in una condizione di ghettizzazione e sostanziale emarginazione [...] che sottrarrebbero il paziente all'ausilio socializzante della convivenza in comunità indifferenziate, rendendo più difficili le iniziative di riabilitazione e reinserimento"*.

La scarsa attenzione per il problema del trattamento carcerario dei tossicodipendenti risulta evidente anche dalle proposte di riforma della legge 685/1975 presentate fino 1980, nelle quali l'unico provvedimento suggerito è di ridurre il trauma della crisi di astinenza, estendendo anche ai detenuti la "somministrazione controllata" di sostanze stupefacenti, come avveniva all'esterno per i tossicodipendenti "liberi".

Il rimedio era sicuramente importante, ma decontestualizzato da un supporto ambientale adatto, dimostrava solo l'esigenza di rendere, velocemente, i tossicodipendenti compatibili con gli altri detenuti.

La proposta di legge n. 2030 del 26 settembre 1980 all'art. 20 proponeva addirittura di introdurre, dopo la previsione del diritto del detenuto tossicodipendente alla cura e alla riabilitazione, il divieto di costituire negli istituti carcerari "sezioni speciali per tossicodipendenti".

Il ritorno dell'impostazione repressiva

Con la progressiva diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope la privazione della libertà personale dei consumatori di stupefacenti appare, di primo acchito, la risposta appropriata non solo per tutti quei comportamenti devianti o lesivi dei diritti dei terzi che accompagnano spesso il consumo delle droghe, ma anche per il consumo stesso.

Del resto, l'uso del carcere in Italia, e non solo, negli ultimi trent'anni è apparso la risposta appropriata per un ventaglio amplissimo di problemi. La scelta, che si è progressivamente rafforzata nel corso degli anni, è stata di predisporre politiche securitarie che salvaguardassero l'esigenza, anche simbolica, di avere validi strumenti sanzionatori general-preventivi capaci di contrastare chi aggredisce beni di rilevanza pubblica.

Al sistema penale è assegnato in primo luogo il compito di accertare la reità del soggetto tossicodipendente e di assicurarlo alle maglie della giustizia.

E' in questo contesto che si inserisce l'opzione terapeutica, che si concretizza in una delega al sistema socio-sanitario a cogestire, con l'Amministrazione penitenziaria, la fase punitiva.

E' evidente che, in questa situazione, il trattamento terapeutico deve fare i conti con i limiti intrinseci dell'investitura ricevuta dall'apparato repressivo. La sua azione è circoscritta quindi dal fatto penalmente punito. L'apparato delegato ad eseguire in concreto la sanzione non è libero di mettere al centro del proprio operato le esigenze terapeutiche, ma si trova ad operare in una condizione di subordinazione e a dover seguire le direttive disciplinanti dettate dall'apparato delegante.

la legge n. 162 del 26 giugno 1990

Di fronte alla stratificazione dei provvedimenti normativi in materia di droghe, che spesso causava negli operatori incertezze e confusione e, soprattutto motivato dalla convinzione che fosse necessario cambiare l'impostazione della legge del 1975 che, a parere delle forze di maggioranza politica dell'epoca, aveva dato la sensazione che fosse lecito usare le droghe, il Parlamento approva la legge n. 162 del 26 giugno 1990 (*Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 Dicembre 1975, N. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*), conosciuta come legge "Jervolino-Vassalli", dai nomi del Ministro degli interni e del Ministro della giustizia dell'epoca che, della legge, furono i principali autori.

Con questo provvedimento si cerca di tornare al regime della legge n. 1041 del 1954 e di affermare "*la volontà dello Stato di reprimere vigorosamente la diffusione di sostanze stupefacenti*".

Cambiata, modificando una serie di articoli, l'impostazione di fondo della normativa sugli stupefacenti, la nuova legge all'art. 37 delegava il Governo a redigere un Testo Unico che raccogliesse e coordinasse tutte le leggi allora vigenti in materia di stupefacenti. Pochi mesi dopo, con il decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990 n. 309, viene emanato *Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti*.

Il trattamento terapeutico nel sistema sanzionatorio

Il recupero, attraverso la terapia, del soggetto tossicodipendente costituisce la finalità di tutto l'impianto normativo dedicato alla disciplina degli stupefacenti.

L'idea della sostanziale "incompatibilità tra carcere e tossicodipendenza" resta la base delle modalità di esecuzione penale, il legislatore è però convinto che la terapia sarà intrapresa dai tossicodipendenti, solo se costretti. In forza di questa convinzione il perno della normativa è la "saldatura tra il momento sanzionatorio e il momento del recupero".

Nel disegno del T.U. solo la sincronizzazione tra terapia e difesa sociale è ritenuta capace di predisporre i mezzi per "recuperare il tossicodipendente, eliminando così i rischi per lui e per la società".

Al rigore sanzionatorio che colpisce il tossicodipendente spacciatore si associa una forte pressione, perché l'esecuzione penale si impervi sulla "terapia" che emerge come il denominatore comune di tutte le modalità di trattamento del detenuto tossicodipendente.

Il trattamento terapeutico nel sistema sanzionatorio

Di fronte al tossicodipendente in esecuzione pena si aprono diverse strade tutte connotate da un forte contenuto terapeutico: se ha in corso, o accetta di sottoporsi ad, un programma terapeutico può accedere alla misura alternativa dell'affidamento "terapeutico" (art. 94), se lo ha in corso o lo ha già terminato può giovare del nuovo istituto della sospensione dell'esecuzione della pena (art. 90) o nella peggiore delle ipotesi scontrerà la detenzione in una delle case mandamentali destinate a soli soggetti che versano in condizioni di dipendenza dalla droga (art. 95).

Il legislatore si è comunque preoccupato di predisporre anche alcune garanzie minime del diritto alla salute di quei soggetti che scontano la pena in carcere, non potendo o volendo usufruire di questi istituti.

A partire dai primi anni novanta del secolo scorso, epoca in cui l'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope ha ormai assunto dimensioni "di massa", si viene quindi a formare una tenaglia le cui braccia sono: da un lato, la criminalizzazione delle attività connesse al consumo di droga, attraverso una legislazione speciale che tendenzialmente, salvo gli scarsi effetti del Referendum del 1993, cancellati tra l'altro dall'ultima riforma operata con la legge 49 del 2006, si è progressivamente inasprita, e dall'altro l'assunto che il tossicodipendente è in primo luogo un soggetto che deve essere curato.

Prigioniero della tenaglia è rimasto, insieme ai tossicodipendenti, il sistema dell'esecuzione penale.

Il trattamento terapeutico nel sistema sanzionatorio

L'accesso del tossicodipendente alle soluzioni punitive alternative alla detenzione e incentrate sulle esigenze terapeutico-riabilitative costituisce l'unico tortuoso sentiero tracciato dalla normativa, per sfuggire alla morsa della tenaglia.

Nell'impianto normativo odierno la tutela della salute degli assuntori di droghe viene, infatti, in evidenza in primo luogo attraverso una serie di meccanismi sanzionatori predisposti per spingere i soggetti a sottoporsi a programmi di disintossicazione.

Anche la fase dell'esecuzione penale è, come vedremo, caratterizzata da una forte spinta in questo senso.

Ciò emerge in particolare dalle previsioni relative agli istituti della sospensione pena e dell'affidamento in casi speciali.

Il trattamento terapeutico nel sistema sanzionatorio

Perno di questa strategia, in cui sanzione e terapia costituiscono due facce della stessa medaglia sono le "comunità terapeutiche".

Previste per la prima volta nella legge del 1983, oggi le comunità sono "istituzionalizzate", cioè "entrano a far parte a pieno titolo ed a ogni livello della rete di servizi per la cura e il recupero dei tossicodipendenti" .

Tuttavia, la medaglia a due facce sanzione/terapia finisce per diventare una camicia di forza per le comunità. Se si considera la terapia la soluzione del problema della delinquenza, perché risolve il problema della tossicodipendenza, vuol dire che si considera il tossicodipendente un "malato" bisognoso di cure, ma allo stesso tempo lo si inquadra in un contesto di restrizione e coartazione come quello dell'esecuzione pena.

Il tossicodipendente è un malato a cui, data la sua pericolosità sociale, non si riconosce il diritto, sancito dall'art. 32 della Costituzione, a determinare la sua cura, a dispetto di tutta la letteratura che sottolinea l'importanza della volontarietà per la buona riuscita del trattamento terapeutico.

Il trattamento terapeutico nel sistema sanzionatorio

Le comunità, quindi sono finalmente riconosciute, ma si vedono attribuito anche il compito di essere un "altro carcere".

Gli operatori sociali che lavorano in comunità devono, infatti, garantire aiuto e sostegno ai tossicodipendenti nel loro percorso di disintossicazione e recupero sociale, ma assicurare il controllo sull'andamento di questo percorso, fornendo al giudice tutte le informazioni, perché possa valutare l'andamento del programma.

Dunque fin dal suo apparire il T.U. tratteggia le comunità come "parte integrante del meccanismo di sorveglianza e correzione".

La riforma del 2006 ha reso questa connotazione esplicita, prevedendo in modo generalizzato che il responsabile della struttura, presso la quale un tossicodipendente in custodia cautelare o in esecuzione pena svolge il programma terapeutico di recupero e socio-riabilitativo, "è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni alle prescrizioni imposte, poste in essere dalla persona sottoposta al programma".

**Eliminata definitivamente la distinzione tra tossicodipendenza
e abuso di sostanze stupefacenti ai fini della concessione
dell'affidamento in prova ai servizi sociali**

**Cassazione Penale, Sez. I, 7 aprile 2016 (ud. 13 gennaio 2016), n. 14008
Presidente Vecchio, Relatore Centonze**

Con ordinanza emessa il 29/01/2014 il Tribunale di sorveglianza di Roma dichiarava inammissibile l'istanza di affidamento in prova al servizio sociale di tipo terapeutico presentata da un detenuto. La declaratoria di inammissibilità, in particolare, veniva adottata sul presupposto che la certificazione allegata dall'istante e rilasciata dal SERT attestava una condizione di semplice "abuso di cocaina", con la conseguenza che il **condannato non poteva ritenersi *scripto sensu* "tossicodipendente"** bensì un **"consumatore abituale di cocaina"**, tale da rendere **inammissibile l'istanza** proposta per carenza dei requisiti oggettivi.

E' da premettere come l'affidamento in prova in casi particolari – previsto dall'articolo 94 del Testo Unico in materia di stupefacenti (D.P.R. 309/90) – è una forma di affidamento in prova, rivolta ai tossicodipendenti e agli alcool-dipendenti che intendano intraprendere o proseguire un programma terapeutico.

Requisito per l'ammissione è rappresentato dalla pena detentiva inflitta, o anche residuo di pena, non superiore a quattro anni. Il condannato, inoltre, deve essere una **persona tossicodipendente o alcool-dipendente** che intende sottoporsi a un programma di recupero; tale misura infine non può essere concessa alla stessa persona per più di due volte.

Eliminata definitivamente la distinzione tra tossicodipendenza e abuso di sostanze stupefacenti ai fini della concessione dell'affidamento in prova ai servizi sociali

Il Supremo Collegio fa notare come nell'ultima versione di tale manuale diagnostico – revisionato dal DSM V edito negli Stati Uniti nel 2013 – viene sostanzialmente **eliminata la distinzione tra tossicodipendenza e abuso di sostanze stupefacenti**, sul presupposto scientifico che **tutte le dipendenze e i relativi problemi comportamentali** rientrano nella categoria generale dei “***disturbi da uso di sostanze***”, tanto da essere inserite in **un unico capitolo** del DSM V, intitolato “*Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze*”.

Il DSM V introduce, infatti, una nuova distinzione all'interno della categoria generale “disturbi da uso di sostanze”, rielaborando i criteri per la diagnosi di questi disturbi, distinti attraverso la loro graduazione in lievi, moderati e gravi.

Le conclusioni alle quali era giunto il Tribunale di Sorveglianza, invece, facevano riferimento a una **versione ormai superata** del manuale diagnostico richiamato – improntato ancora alla classica distinzione tra tossicodipendenza e abuso di sostanze stupefacenti – di guisa che si rendeva necessario cassare la sentenza impugnata e chiedere un nuovo esame che tenesse conto, evidentemente, dell'evoluzione dei parametri nosografici applicabili alle ipotesi di abuso di sostanze stupefacenti.

Ricadute giuridiche delle risultanze neuroscientifiche in tema di tossicodipendenza e alcoldipendenza

Studi di *neuroimaging* evidenziano che i soggetti che fanno uso di sostanze alcoliche e stupefacenti tendono a presentare compromissioni neuropsicologiche a carico delle funzioni esecutive, della memoria di lavoro e dei processi decisionali, con alterazioni neurobiologiche, morfologiche e strutturali, che coinvolgono prevalentemente i gangli della base e i circuiti fronto-temporali.

Dalla letteratura internazionale emerge altresì che tali alterazioni connesse all'utilizzo di sostanze psicotrope possono richiedere, a seconda dei casi, differenti tempi di remissione e possono essere oggetto di strategie riabilitative, basate su evidenze neuroscientifiche, in grado di intervenire sulle alterazioni cerebrali inducendo una ristrutturazione dei circuiti neuronali alterati.

Con l'avvento delle moderne tecniche di *imaging* cerebrale, come la *Risonanza Magnetica funzionale*(fMRI) e la *Tomografia ad Emissione di Positroni*(PET), è stato possibile osservare come, in seguito all'assunzione ripetuta di sostanze, si verificano dei cambiamenti strutturali in alcune aree cerebrali specifiche, quali il nucleo accumbens (Breiter, Gollub, Weisskoff, Kennedy, Makris, Berke & Hyman, 1997) e altre aree coinvolte nei meccanismi di *craving* (Kufahl, Li, Risinger, Rainey, Wu, Bloom & Li, 2005; Risinger, Salmeron, Ross, Amen, Sanfilippo, Hoffmann & Stein, 2005).

Ricadute giuridiche delle risultanze neuroscientifiche in tema di tossicodipendenza e alcoldipendenza

Studi condotti su alcolisti, utilizzando la *Risonanza Magnetica*(RM), hanno rilevato una riduzione della sostanza bianca e grigia, l'allargamento ventricolare e un'ipertensione endocranica sub aracnoidea. Sono emerse, inoltre, alterazioni strutturali nell'ippocampo, nei corpi mammillari, nel talamo e nella corteccia cerebellare, aree coinvolte nei processi di memoria, (Pfefferbaum, Sullivan, Mathalon & Lim, 1997) e una riduzione di circa il 10% della sostanza bianca nel corpo calloso.

Studi condotti da Maurage (2012) su soggetti alcol-dipendenti hanno individuato un aumento dell'attivazione nell'insula, area che elicit sentimenti di esclusione sociale, ed una ridotta attivazione nella corteccia prefrontale ventro-laterale, che potrebbe essere la causa di deficit inibitori e provocare difficoltà d'interazione sociale, spesso evidenti negli alcolisti, aggravati dalla compromissione della connettività fronto-sociale (Maurage, 2012).

Ricadute giuridiche delle risultanze neuroscientifiche in tema di tossicodipendenza e alcoldipendenza

Un'ingente mole di studi ha mostrato che l'assunzione di sostanze stupefacenti può provocare un'alterazione dei circuiti della ricompensa e della decisione, che subirebbero delle significative alterazioni strutturali e funzionali (Eagleman, Correro & Singh, 2010).

Le principali funzioni cognitive, quali il processo decisionale, la motivazione, l'apprendimento e le emozioni, emergono da circuiti cerebrali che coinvolgono il trasmettitore *dopamina*; uno dei primi passi nello sviluppo della dipendenza da psicotropo consiste proprio nell'alterazione dell'attività dopaminergica, che comporterebbe una progressiva riconfigurazione dei circuiti cerebrali (Redisch, 2004).

Questi risultati appaiono di particolare interesse per le ripercussioni che potrebbero avere nella valutazione di soggetti autori di reato con storie di abuso di alcol e di sostanze stupefacenti, ponendo gli studiosi dinnanzi a nuovi interrogativi: ci si chiede, innanzitutto, se l'attuale valutazione della condizione del tossicodipendente e/o alcoldipendente sia ancora corretta dal punto di vista scientifico e se le soluzioni giudiziarie di politica criminale, che il legislatore del 1930 aveva previsto, e che continuano ad essere attuate, siano le più consone rispetto al risultato realizzato.

Tuttavia, è bene precisare che quello a cui le neuroscienze forensi auspicano non è imporre delle nuove verità in sede processuale, bensì insinuare il dubbio, far in modo che vengano presi in considerazione i molteplici fattori esterni ed interni che orientano la condotta umana (Gulotta & Zara, 2009).

Dalle risultanze neuro-scientifiche emerge la necessità di un ripensamento dei costrutti di maturità, di capacità d'intendere e di volere, di responsabilità e di autodeterminazione (Gulotta & Zara, 2009).

In linea con tale considerazione, si ritiene opportuno anche un "ripensamento" del concetto della responsabilità dei soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti, da non intendersi come una de-responsabilizzazione e un'impunità del reo, ma come una "ri-comprensione" della responsabilità e della punibilità alla luce di quelle che sono le evidenze multidisciplinari offerte dalla ricerca scientifica al diritto.

RIFLESSIONI sull'Emergenza «Carcere e Sostanze»

- Distinzione sul piano sanzionatorio fra sostanze
- Potenziare la Misure Alternative
(senza far transitare i soggetti dal Circuito penitenziario)
- Prevedere, ove necessario, un contesto maggiormente contenitivo,
un circuito custodiale non detentivo
- Contemplare maggiori risorse sul territorio (Ser.T, C.T., Comuni, ecc...)
- Percorsi di esecuzione penale esterna e di «Giustizia Riparativa»
- Promuovere incontri di interazione con la Magistratura di Sorveglianza
per una migliore conoscenza del Fenomeno droga e la condivisione
di protocolli operativi

Il Reinserimento Sociale

- Capacità/possibilità dei servizi di strutturare programmi adeguati
- Rinforzo Dei Servizi per una migliore e maggiore predisposizione dei programmi e del sostegno nella conduzione dell'affidamento
- Motivazione al cambiamento, rete di sostegno e il reinserimento lavorativo
Ed interazione di tutti gli attori istituzionali e non che presiedono alla definizione dell'affidamento in modo condiviso
- Programmi terapeutici adatti alle reali condizioni del soggetto, indagate a fondo sotto i profili: psicologici, medici, sociali e criminologici
- Potenziare la rete di enti che si occupino della gestione del tempo libero
- Interventi formativi legati al mondo del lavoro
- Maggiore integrazione tra i vari progetti esistenti sul territorio, attraverso una mappatura ed un coordinamento, che favoriscono il reinserimento sociale

Grazie!