

TOSSICOMANI IN CARCERE

*Indagine su 180 tossicodipendenti detenuti
confrontati con un gruppo di controllo di tossicodipendenti mai
entrati in carcere*

GIANNI BIONDI (*)

PREMESSA

La ricerca fa riferimento ad un primo lavoro «Indagine su 371 tossicodipendenti detenuti trattati nella Casa Circondariale di Regina Coeli» pubblicato nel 1983 per i Quaderni dell'Ufficio Studi, Ricerche e Documentazione del Ministero di Grazia e Giustizia (n. 16) (4).

Si ritenne infatti interessante verificare i dati, ampliando i settori geografici di riferimento e gli strumenti di indagine, nella speranza di poter fornire un'ulteriore contributo per una più adeguata assistenza ai tossicomani detenuti.

(*)Psicologo Dirigente del Servizio Psicosociale presso l'Ospedale Pediatrico «Bambin Gesù» di Roma.

Hanno collaborato: M. BARRA, G. BONFIGLIO, E. BARTOLI, F. ZANNELLA, S. RIZZA, E. TEMPESTA, S. MIGNANI. *Hanno collaborato al rilevamento nelle Case Circondariali:* Torino - *Casa Circondariale maschile e femminile:* G. SURACI, R.F. URANI, L. BERTINI, A. RICCHIARDI. Venezia - *Casa Circondariale femminile:* F. CACCIABUE, G. STRADELLA, A. ROSCIOLI, Suor E. MARINI, Suor Antonietta. Roma - *Rebibbia femminile:* M. BARBERA, S. CORSARO. Roma - *Rebibbia maschile:* E. RESTIVO, P. MAKOVEC, G. ROSATI. Roma - *Regina Coeli:* A. CASTAGNA, A. FRANCESCHINI, S. TRAVERSI, M. MARRAS. Bari - *Casa Circondariale maschile e femminile:* V. PARRACINO, G. MANENTE, M. DE PALMA, T. MINERVINI. Napoli - *Poggioreale:* V. SICILIANO, D. CAPASSO, G. LOVITO. Cagliari - *Casa Circondariale maschile e femminile:* G. SPADACIA. *Hanno effettuato il rilevamento presso i Centri di trattamento e le*

La ricerca si è conclusa nel gennaio del 1986 ed è sembrato utile presentarne una sintesi che mettesse in risalto i dati più significativi emersi con lo scopo di poter fornire un'ulteriore modesto contributo a tutti coloro che per ragioni professionali si occupano di tossicodipendenti.

LA RICERCA

Obiettivo

L'obiettivo della ricerca è stato volto ad identificare le problematiche personologiche, cliniche e socio-culturali dei tossicomani detenuti confrontandola con quelle presenti nei tossicomani che non hanno avuto esperienze penitenziarie.

Si è ritenuto importante formare un gruppo di controllo formato da tossicodipendenti che avessero in sé il vissuto dell'«essere tossicomane» ma che non avessero mai sofferto un'esperienza di carcerazione.

Si aveva ragione di pensare infatti che il confronto tra i due gruppi ci avrebbe permesso di verificare se vi erano, di quale entità ed importanza, delle differenziazioni cliniche, psicologiche e sociali tali da fornire elementi di studio per meglio osservare un fenomeno così complesso.

Il Campionamento

Sono stati intervistati tutti quei tossicodipendenti detenuti che volontariamente si dichiaravano disposti a collaborare al rilevamento con una tossicodipendenza trattata da almeno un anno in un Centro territoriale o attestata dal Servizio Sanitario dell'I.P.

Comunità terapeutiche esterne (gruppo di controllo): A. PUCCIARIELLO, C. PROIETTI, M. COCCO. *Hanno realizzato la valutazione dei tests dei gruppi campione e di controllo:* C. DE RANIERI, C. LA MARRA, L. SPIZZICHINO, P. TABARINI. Un particolare ringraziamento è rivolto a M. VIRNO ed a V. DI CIOMMO.

Gli appartenenti al gruppo di controllo dovevano possedere la condizione di non essere mai entrati in carcere e di essere in trattamento presso un Centro territoriale o una Comunità terapeutica.

Il Rilevamento

Per il rilevamento sono stati utilizzati i seguenti questionari:

– Scheda «A» – *Scheda Sociale*

La scheda «A» ha avuto il compito di individuare gli aspetti sociali più rilevanti presenti nei singoli intervistati dei due gruppi ed era composta da 17 quesiti.

– Scheda «B» – *Scheda Sanitaria*

Composta da 11 quesiti, sempre utilizzando il sistema della «risposta chiusa» ha avuto il compito di trasmetterci quello che dal punto di vista sanitario erano i vissuti relativi allo stato di malattia del tossicodipendente detenuto.

– Scheda «C» – *Scheda Sanitaria*

Pur avendo la stessa intestazione la scheda «C» è stata compilata dal medico del Servizio sanitario dell'Istituto penitenziario. Composta di soli quattro quesiti tendeva ad evidenziare gli aspetti più rilevanti dei disturbi psico-fisici legati alla tossicodipendenza.

– Scheda «D» – *Stato Giuridico*

Composta di soli due quesiti per permettere alle Direzioni di rispondere senza dover far fronte a problemi interni di vario genere, specie organizzativi, ha avuto il compito di individuare il reato per il quale il tossicomane era stato arrestato e trasferito in un Istituto penitenziario.

Il rilevamento testologico (Schede E, F, G)

L'individuazione dei tests che fossero in grado di mettere in luce con una certa attendibilità, almeno i principali aspetti personologici presenti nei due gruppi ha tenuto soprattutto conto del requisito di non essere di difficile somministrazione e di tipo

«questionario»: ciò, sia in relazione alle modalità di rilevamento che potevano essere applicate (somministrazione individuale o di gruppo a secondo delle singole situazioni locali) e sia in considerazione della disomogeneità del gruppo dei rilevatori.

Non di minore importanza appariva la necessità che i tests utilizzati fossero applicati da divedi anni e quindi ampiamente sperimentati, presenti in lavori scientifici internazionali e infine tarati ed adattati per il nostro paese.

Dopo un ampio lavoro di ricerca si è preferito utilizzare l'M.M.P.I., l'Ipat A.S.Q. e l'Ipat C.D.Q.

Non è questa certamente la sede per affrontare la questione dei limiti dei tests in genere e di quelli a tipo questionario in particolare. Si è convinti che i tests vadano usati con molta attenzione e prudenza e che non si debba mai dare loro un significato categorico e automatico in termini di diagnosi psicologica.

È anche vero però, che il loro ausilio ha potuto permettere di individuare le aree psicologiche in cui era più presente un disagio o un disturbo sia nel gruppo campione che in quello di controllo.

Pur essendo lo M.M.P.I. un test il cui livello di attendibilità può essere considerato soddisfacente si è preferito affiancarlo da altri due questionari (Ipat A.S.Q. e l'Ipat C.D.Q.) proprio per confrontare le variabili ansia e depressione, e quanto queste risposte corrispondessero, almeno in una certa misura, con lo M.M.P.I.

Ha sorpreso non poco il ridottissimo numero di esclusioni che si è stati costretti ad effettuare (n. 8 pari al 4%) che hanno confermato la bontà del lavoro effettuato dagli educatori. Questi hanno mostrato una particolare attenzione nella selezione dei detenuti tossicomani da intervistare coinvolgendo dei tossicodipendenti detenuti che fossero realmente e volontariamente disposti a collaborare al rilevamento stesso.

Per il gruppo di controllo si è avuto l'1% di esclusioni.

Il rilevamento dei dati

In tutte le Case Circondariali il rilevamento è stato condotto per la parte riguardante la storia dei tossicomani detenuti dagli educatori che hanno effettuato anche la semplice somministrazione dei tests previsti, mentre ai sanitari del servizio sanitario è spettato di riempire la parte prettamente sanitaria.

Collocazione geografica

Hanno collaborato al rilevamento le seguenti Case Circondariali:

SETTORE NORD - Torino e Venezia

SETTORE CENTRO - Roma e Cagliari

SETTORE SUD - Napoli e Bari

Rilevamento del gruppo di controllo

I problemi di varia natura incontrati hanno evidenziato la necessità di affidare l'incarico ad un ristretto gruppo di psicologi che con un'ampia possibilità di movimento fossero in grado di contattare quanti più Centri fosse possibile al fine di raggiungere un numero di rilevamenti adeguati per poter realizzare il confronto tra il gruppo di controllo ed il gruppo campione. Tale lavoro ha preteso una ricerca «capillare» dei soggetti che fossero in possesso dei requisiti richiesti.

Hanno collaborato al rilevamento i seguenti centri pubblici e privati:

Roma: SAT RM 5-12, *Comunità Terapeutica di «Villa Maraini»*, *Comunità Terapeutica «Raggio verde» di Città della Pieve (PG)*.

Bari: CMAS (*V. A. Vaccaro*, 47).

Brindisi: CMAS (*V. Appia*, 356).

Lecce: CMAS (*V. Emilia*, 26); *Gruppo operativo di Galatina (LE)*; *Comunità «Emmanuel»*.

Napoli: *Centro di Assistenza dell'Ospedale San Paolo*; *Comunità «Il pioppo di Somma Vesuviana»*.

Genova: *Comunità San Benedetto al Porto*.

Milano: *Centro Aiuto Drogati (V. Apollodoro)*; *Comunità Terapeutica «Cascina Verde»*.

Pistoia: *Centro Orientamento Tossicodipendenze - USL 8*; *Gruppo «Airone»*.

Verona: *Comunità dei giovani*; *Casa del Sole (Mezzana di Sopra)*; *Comunità dei giovani (femminile)*; *USL 25 - Bus-solengo*.

RISULTATI DI ALCUNI DEI DATI PIÙ RAPPRESENTATIVI

SESSO

Il gruppo campione è costituito da 180 tossicomani detenuti di cui 126 (70%) sono maschi e 54 (30%) sono femmine.

Il gruppo di controllo è costituito invece da 158 tossicomani mai entrati in carcere, di cui 117 (74,5%) sono maschi e 40 (25,5%) sono femmine.

ETÀ

A livello di complesso (tav. n. 1) gli appartenenti al gruppo campione risultano mediamente più anziani di due anni del gruppo di controllo; l'età media dei tossicodipendenti detenuti è di 26,4 anni contro 24,3 anni del gruppo di controllo.

TAV. 1

Distribuzione secondo l'età ed il sesso
(dati percentuali)

Classi di età	Gruppo campione			Gruppo controllo		
	U.	D.	Complesso	U.	D.	Complesso
18-20	12,7	7,4	11,1	8,6	17,5	10,9
21-26	42,8	37,0	41,1	70,9	62,5	68,8
27-35	41,3	51,9	44,4	19,7	20,0	19,7
>35	3,2	3,7	3,4	0,8	0,0	0,6
TOTALI . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Uomini	X ² = 16,822	DF = 4	P < 0,005			
Donne	X ² = 28,485	DF = 4	P < 0,001			
Complesso	X ² = 18,461	DF = 4	P < 0,005			

La classe di età che raggruppa la maggiore percentuale di individui risulta la classe 27-35 anni per il gruppo campione (42,8%). Se osserviamo il sesso la classe 21-26 ha la percentuale più alta per i maschi, mentre per le donne risulta più numerosa (51,9%) la classe d'età 27-35.

Nel gruppo di controllo la classe 21-26 anni appare la più numerosa (68,8%) e lo è anche per ciò che riguarda il sesso (rispettivamente 70,9% per i maschi e 62,5% per le donne).

ISTRUZIONE

Il gruppo di controllo appare maggiormente scolarizzato rispetto al gruppo campione. Nel complesso, il 35,7% dei tossicodipendenti mai entrati in carcere sono provvisti del diploma di scuola secondaria superiore, contro l'11,8% dei tossicodipendenti detenuti. Si può inoltre osservare come il 49,7% degli appartenenti al gruppo di controllo siano provvisti del diploma di licenza media, contro il 41,6% del gruppo campione (Tav. n. 2).

TAV. 2

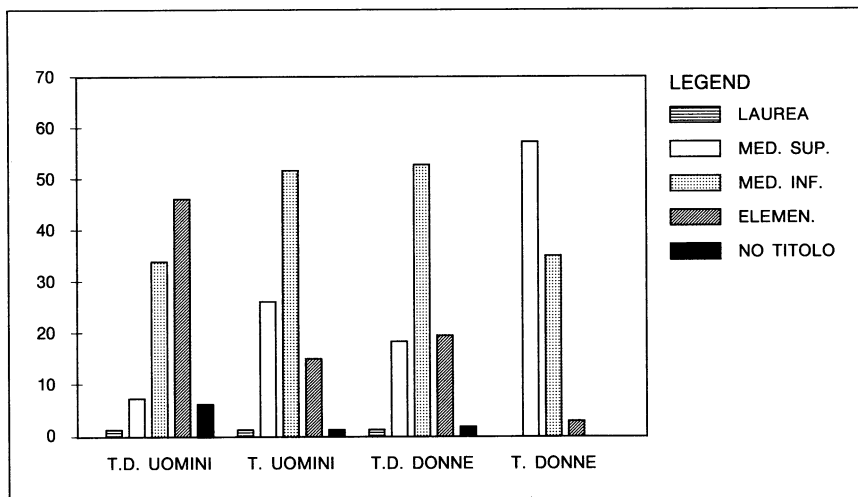
Distribuzione secondo il grado di istruzione
(dati percentuali)

Grado di istruzione	Tossicomani detenuti			Tossicomani (contr.)		
	U.	D.	Complesso	U.	D.	Complesso
Laurea	0.8	1.9	1.1	0.9	0	0.6
Dip. Med. s.	8.7	19.2	11,8	27.3	60.0	35.7
Dip. Med. i.	35,7	55.8	41,6	53.8	37.5	49.7
Lic. Element.	47.7	21.2	39,9	17.1	2.5	13.4
Non titolo	7.1	1.9	5.6	0.9	0	0.6
TOTALI . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Uomini	X ² = 33,970 DF = 4 P < 0,001					
Donne	X ² = 38,902 DF = 4 P < 0,001					
Complesso	X ² = 29,065 DF = 4 P < 0,001					

Nota: La valutazione statistica non ha considerato il dato Laurea.

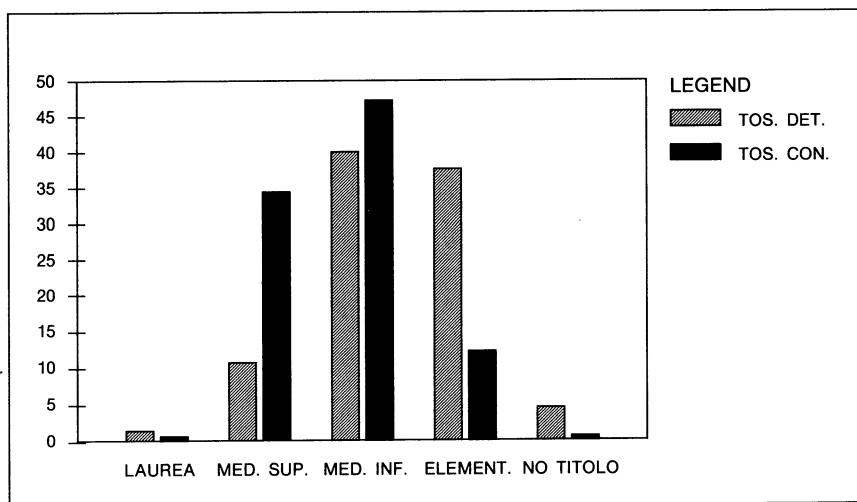
TAV. 2b

ISTRUZIONE
CONFRONTO UOMONI - DONNE
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



TAV. 2

ISTRUZIONE COMPLESSO
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



La maggiore qualificazione del gruppo di controllo si manifesta anche separatamente per i due sessi. Tra le donne infatti, ben il 60% delle appartenenti al gruppo di controllo sono provviste del diploma di scuola secondaria superiore contro solo il 19,2% delle tossicodipendenti detenute.

È da notare che sia rispetto al gruppo campione che al gruppo di controllo le donne fornite di titolo di studio superiore sono più del doppio degli uomini.

Se si considerano i dati riferiti al gruppo campione in particolare emerge come il titolo di studio più frequente sia la licenza media inferiore, posseduta dal 41,6% dei soggetti intervistati nel complesso, seguito dalla licenza di scuola elementare con il 39,9%.

Pur se con estrema prudenza si può osservare come i tossicodipendenti mai entrati in una struttura penitenziaria rappresentino un gruppo in possesso del requisito «istruzione» molto più elevato rispetto al gruppo campione.

È forse bene sottolineare che nel rilevamento non ha terminato la scuola dell'obbligo ben il 45,5% dei tossicomani detenuti contro il 14,1% del gruppo di controllo.

ATTIVITÀ LAVORATIVA

Il 61,2% del gruppo campione ed il 47,8% del gruppo di controllo hanno dichiarato l'appartenenza ad un settore di attività, in quanto occupati o sottoccupati.

Ai fini del rilevamento e per la particolarità del campione è da tener conto che più che la specifica attività lavorativa (del resto poco indicativa se si pensa al ristretto campione considerato) è apparso importante verificare il livello di occupazione presente nei due gruppi presi in esame.

La distinzione tra i due sessi evidenzia che la percentuale degli uomini occupati è del 27% nel gruppo campione e del 31,6% in quello di controllo, mentre la percentuale delle donne che riferiscono una occupazione è del 17,3% nel campione e del 25,5% nel controllo.

Significativo statisticamente è risultato il confronto tra i due gruppi rispetto alla occupazione degli uomini (Tav. n. 3).

TAV. 3

Condizione professionale riferita
(dati percentuali)

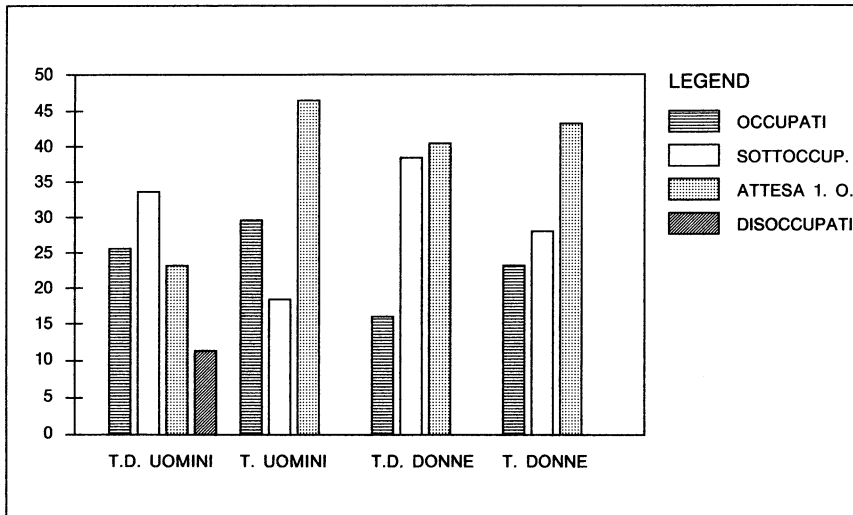
Condizione lavorativa	Tossicomani detenuti			Tossicomani		
	U.	D.	Complesso	U.	D.	Complesso
Occupati	27,0	17,3	24,1	31,6	25,0	25,5
Sottoccupati (saltuari)	35,7	40,4	37,1	19,7	30	22,3
<i>Non occupati:</i>						
a) in cerca di prima occupazione . . .	24,6	42,3	29,8	48,7	45	47,8
b) disoccupati . . .	12,7	—	9,0	—	—	4,4
TOTALI . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Uomini X2 = 25,605 DF = 4 P < 0,001						
Donne X2 = 3,021 DF = 3 P < 0,50						
Complesso X2 = 9,481 DF = 4 P < 0,05						

Sempre osservando la tav. n. 3 si può notare che nel complesso non sembra esservi una grande differenza percentuale tra gli occupati del gruppo campione rispetto al gruppo di controllo, mentre se si considerano separatamente gli uomini e le donne occupati dei due gruppi si possono notare differenze rimarchevoli specie tra le donne (circa 8 punti percentuali a favore del gruppo di controllo).

I sottoccupati sono i più numerosi (37,1% del campione contro il 22,3%) ma la loro condizione deve ritenersi forse, più instabile di quanto dichiarato, in quanto corrisponde sovente ad un grado di occupazione estremamente precario e discontinuo.

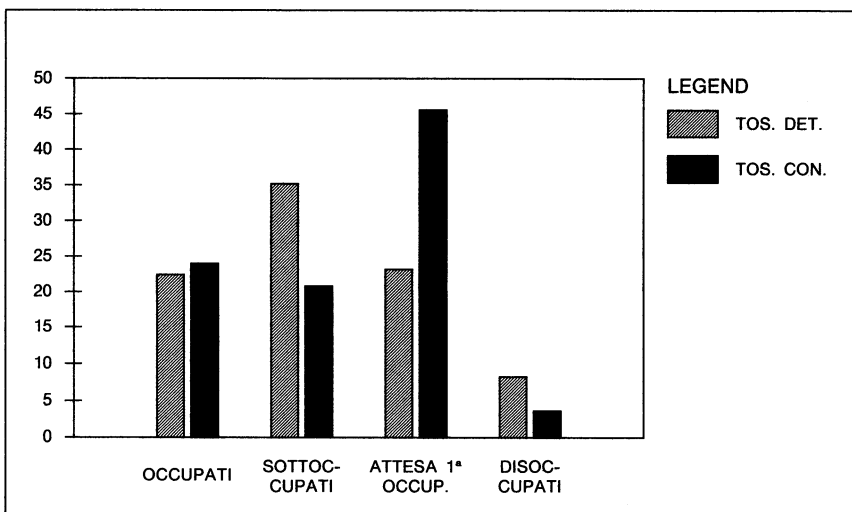
TAV. 3a

ATTIVITÀ LAVORATIVA
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO
UOMINI - DONNE



TAV. 3b

ATTIVITÀ LAVORATIVA
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO
COMPLESSO



LA FAMIGLIA

I genitori

La percentuale dei soggetti in cui entrambi i genitori risultano viventi è del 68,1% nel gruppo campione contro il 77,7% del gruppo di controllo; i tossicomani detenuti che hanno al contrario, entrambi i genitori deceduti è del 5,6% mentre per i tossicomani mai entrati in carcere tale percentuale scende all'1,9% (Tav. n. 4).

TAV. 4

Situazione familiare
(dati percentuali)

Genitori	Tossicomani detenuti	Tossicomani
<i>Genitori viventi:</i>		
a) conviventi	53	69,4
b) non conviventi	15,1	8,3
Padre deceduto	20,7	16,6
Madre deceduta	5,6	3,8
Entrambi genitori deceduti	5,6	1,9
	100,0	100,0

La maggiore sopravvivenza e la minore mortalità di entrambi i genitori riscontrata nel gruppo di controllo si può parzialmente giustificare con la minore età media dei soggetti di quest'ultimo gruppo.

In merito appare interessante quanto ha rilevato VIRNO (39) osservando che vi è nella popolazione tossicomana in genere una maggiore percentuale di genitori deceduti rispetto al gruppo dei coetanei non tossicomani.

In parte dai dati della tav. n. 4 e dai dati della ricerca non riportati nel presente lavoro si è potuto comunque rilevare una presenza nel gruppo campione di una maggiore presenza percentuale di famiglie «in difficoltà» e di padri assenti o comunque «periferici».

Occupazione dei genitori

Inferiore rispetto al gruppo di controllo risulta la percentuale dei padri viventi ed occupati: si osserva infatti l'83,2% per il gruppo campione contro un 88,5% nel gruppo di controllo; per quanto riguarda la occupazione delle madri si osserva una percentuale più alta (30,3%) per i tossicomani detenuti rispetto al 23,8% dei tossicomani mai entrati in carcere.

TAV. 5

Età media degli orfani

Alla morte di	Tossicomani detenuti	Tossicomani
Madre	16,6	18,3
Padre	16,3	15,9
Età media alla morte del secondo genitore	19	18

È parso interessante porre una particolare attenzione allo stato di orfanità presente nei due gruppi poiché in molti lavori questa viene considerata una variabile di una certa significatività.

Se si considera che gli organi in generale costituiscono una collettività piuttosto limitata numericamente, si è pertanto preferito considerare solo il complesso dei 56 orfani (31,1%) del gruppo campione e i 35 (22,3%) del gruppo di controllo.

L'età media alla morte del primo genitore, sia per il padre che per la madre, è di poco superiore ai 16 anni. Appare quindi che in questo campione sia pure così specifico e ristretto, i soggetti risultano colpiti da uno di questi due eventi in età adolescenziale.

Fratelli

Confrontando il numero medio di fratelli con l'ordine medio di nascita, si può affermare che gli appartenenti sia al gruppo campione che a quello di controllo sono prevalente-

TAV. 6

**(Distribuzione geografica nei due gruppi del numero
dei fratelli medio e l'ordine medio di nascita)**

	Numero medio fratelli		Ordine medio di nascita	
	T. d.	T.	T. d.	T.
Nord	2,9	2,1	2,3	2,2
Centro	3,0	2,2	2,4	2,4
Sud	5,1	3,0	3,4	2,7
Complesso	3,6	2,4	2,7	2,4

mente penultimogeniti o terzultimogeniti, pur risultando numerosi i casi di primogeniti, specialmente nelle famiglie con un minore numero di figli.

Fratelli tossicodipendenti

Nei tossicomani detenuti, fino ad un numero di fratelli inferiore a 5, la percentuale di fratelli tossicomani si mantiene abbastanza stabile intorno al 20%; dai 5 fratelli ed oltre, la percentuale aumenta a circa il 27%.

In particolare, la percentuale di famiglie con due fratelli tossicodipendenti oltre al soggetto è del 3,8% nelle famiglie con meno di 6 figli, mentre è del 9,1% nelle famiglie con più di 6 figli.

TAV. 7

**Distribuzione fratelli tossicomani
(dati percentuali)**

	Fratelli tossicodipendenti			Non tossicomani	Totale
	1 fratello	(*) Almeno 2 fratelli	compless.		
Toss. detenuti	16,2	6,2	22,4	77,6	100
Toss. contr.	5,4	1,3	6,7	33,3	100

(*) La dizione «almeno due fratelli tossicodipendenti» dovrebbe leggersi come «due fratelli» dato che solo in un caso su 161 è stato riferito più di due fratelli tossicodipendenti.

Istituzionalizzazioni da minori

L'età media di istituzionalizzazione (ci si riferisce alle situazioni di istituzionalizzazione quali i collegi, gli istituti di

rieducazione, ecc.) da minore dei tossicodipendenti detenuti risulta essere di 9,6 anni per il complesso, senza notevoli variazioni nelle singole ripartizioni.

TAV. 8

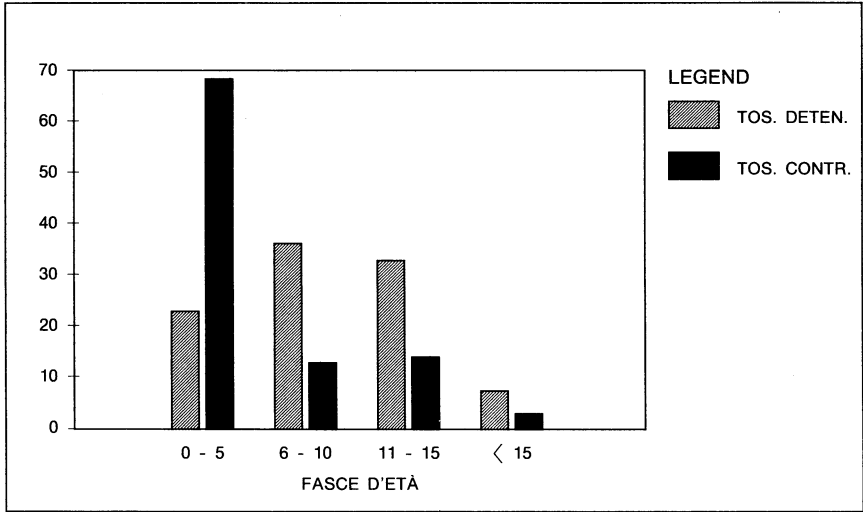
Età di istituzionalizzazione da minore
(dati percentuali)

Età di istituzione	Tossicomani detenuti	Tossicomani
0-5	23,4	67,8
6-10	36.3	14.3
11-15	32.5	14.3
< - 16	7.8	3.6
	100,0	100,0
X2= 39,80 DF= 3 P < 0,001		

La percentuale degli appartenenti al gruppo di controllo istituzionalizzati da minore è del 18%, quindi nettamente inferiore al 43% che si è riscontrato nei tossicodipendenti detenuti.

TAV. 8

ETÀ DI ISTITUZIONALIZZAZIONE
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO
COMPLESSO



STATO CIVILE

TAV. 9

Distribuzione secondo lo stato civile di fatto
(dati percentuali)

Stato civile di fatto	Tossicomani detenuti			Tossicomani		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Coniugato/a	20,6	30,8	23,6	6,0	12,5	7,6
Celibe/nubile convivente	19,8	30,8	23,0	10,3	10,0	10,2
Celibe/nubile non convivente .	53,2	21,1	43,8	79,5	60,0	74,5
Separat./divor. convivente	4,0	13,5	6,8	1,6	5,0	2,5
Separat./divor. non convivente . .	2,4	3,8	2,8	2,6	12,5	5,2

Sembra da collegarsi alla minore età media del gruppo di controllo rispetto al gruppo campione la minore percentuale di coniugati presente nel gruppo dei tossicomani mai entrati in carcere.

Nel complesso i coniugati del gruppo campione risultano essere il 23,6% contro il 7,6% del gruppo di controllo. In entrambi i gruppi presi in considerazione le donne coniugate sono in percentuale maggiore degli uomini; se si osserva la suddivisione per aree geografiche si può notare come i coniugati di entrambi i sessi siano meno presenti al Nord che al Centro ed al Sud.

I celibi e le nubili non conviventi rappresentano in questo rilevamento ben i tre quarti del gruppo di controllo (74,5%) contro meno della metà (43,2%) dei tossicomani detenuti; tra gli uomini i celibi non conviventi sono addirittura il 79,5% nel gruppo di controllo contro il 53,2% del gruppo campione mentre le donne nubili non conviventi risultano essere il 60% tra le tossicomani contro meno del 20% tra le tossicomani detenute.

Il confronto tra i due gruppi è apparso significativo (Tav. n. 9) sia diviso per sesso che nel complesso.

Se si considera il complesso dei conviventi (che comprende i coniugati, i celibi e le nubili conviventi, i separati conviventi, i divorziati conviventi) si ottiene un complesso del 53,4% nel gruppo campione, contro un 20,3% presente nel gruppo di controllo; per meglio dire, più della metà dei tossicomani detenuti risultano conviventi, contro meno di un quarto dei tossicodipendenti mai entrati in carcere. Questo divario risulta essere ancora più accentuato tra le donne, poiché contro i tre quarti delle donne presenti nel gruppo campione che risultano conviventi, si ha appena un quarto di conviventi tra le donne presenti nel gruppo di controllo.

I conviventi presi nel loro complesso assommano al 75% per le donne e soltanto al 43% circa per gli uomini; in altri termini circa i 3/4 delle donne hanno dichiarato di vivere, prima di essere arrestate, con un partner, contro meno della metà degli uomini.

Questa ultima osservazione va però considerata esaminando la realtà presente all'interno dell'istituzione penitenziaria dove spesso ci si dichiara conviventi per poter avere con facilità frequenti colloqui con il proprio partner.

Condizioni di tossicomania dei partner

101 tossicodipendenti detenuti su 178 hanno dichiarato di essere conviventi; si è quindi ritenuto interessante rilevare la attuale condizione del/della partner rispetto alla tossicodipendenza.

58 su 101, pari al 57,4% dei partner del gruppo campione sembra che non usi stupefacenti, mentre viene riferito un 12,9% di partner che assume non in modo continuativo droghe e infine un ulteriore 29,7% che è stato dichiarato tossicodipendente.

Il 57% del o della partner che non usano droghe presente nel gruppo campione sale al 66% nel gruppo di controllo. Occorre tener conto che per molti detenuti dichiarare che la propria partner assume droga può essere equiparato ad una vera e propria delazione. Il dato riportato va comunque osservato come linea di tendenza del fenomeno stesso.

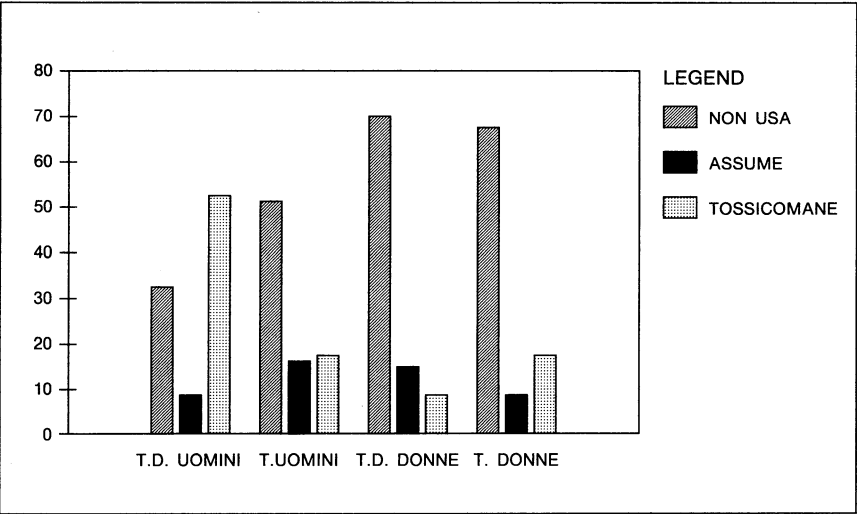
TAV. 10

Distribuzione dell'eventuale rapporto con la droga del partner
(dati percentuali)

Cond. partner	Tossicomani detenuti			Tossicomani controllo		
	U.	D.	Comp.	U.	D.	Comp.
Non usa	34,9	74,1	57,4	54,5	71,4	65,6
Assume	9,3	15,5	12,9	18,2	9,5	12,5
Tossicomane	55,8	10,4	29,7	27,3	19,1	21,9
Uomini	X2= 16,951	DF= 3	P < 0,001			
Donne	X2= 4,005	DF= 3	P > 0,250			
Complesso	X2= 1,732	DF= 3	P > 0,250			

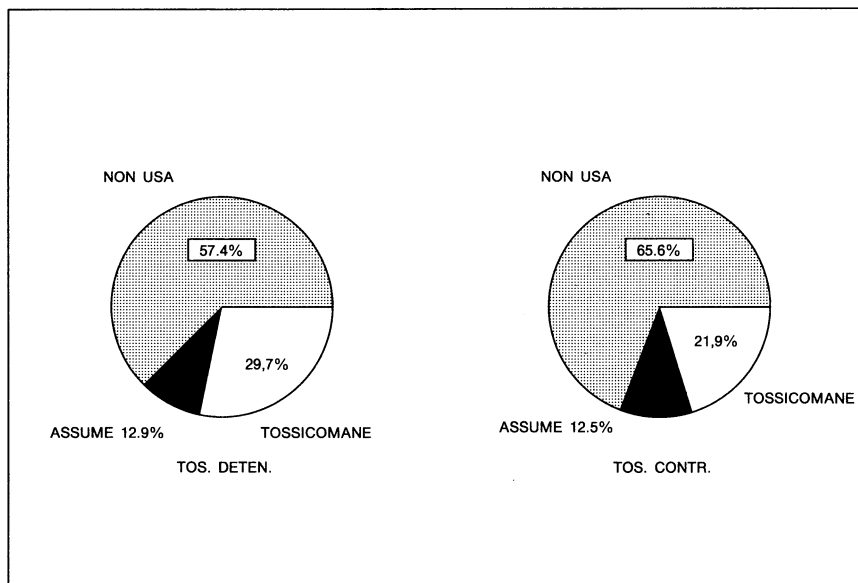
TAV. 10a

USO DI DROGA DEL PARTNER
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO
UOMINI - DONNE



TAV. 10b

USO DI DROGA NEL PARTNER
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO
COMPLESSO



Figli

68 tossicodipendenti detenuti (pari a 38,2%) hanno dichiarato di avere uno o più figli. Percentualmente il 72% un solo figlio, il 21% due figli ed il 7% tre o più figli.

I figli risultano vivere per un 52% con il coniuge o il convivente del tossicodipendente detenuto, per un 36% vivono con i nonni e per un residuo 12% vivono con altri parenti o altre persone. Sono solo due i casi di inserimento in istituto.

Dato il numero estremamente ridotto di soggetti si può solo indicare una linea di tendenza presente nel gruppo di controllo dove la maggioranza dei figli vive con i genitori, è comunque presente una percentuale che si aggira su un terzo dei figli che viene affidato ai nonni.

LA TOSSICODIPENDENZA

Età di prima assunzione e di prima assunzione di droga pesante

L'età media di prima assunzione di stupefacenti è situata tra i 17 anni e mezzo ed i 18 anni, con differenze così modeste tra le varie ripartizioni territoriali, da non risultare statisticamente significative.

Dal rilevamento è risultato che il 30% ca. dei tossicomani detenuti contro il 45% ca. inizia ad assumere stupefacenti prima dei 15 anni.

TAV. 11

Età di prima assunzione

Fascia d'età	Tossicomani detenuti	Tossicomani
10-12	2,3	6,4
13-15	28,3	38,8
16-18	38,1	39,5
> -19	31,3	15,3
TOTALE . . .	100	100
X ² = 14.803 DF = 4 P > 0,01		

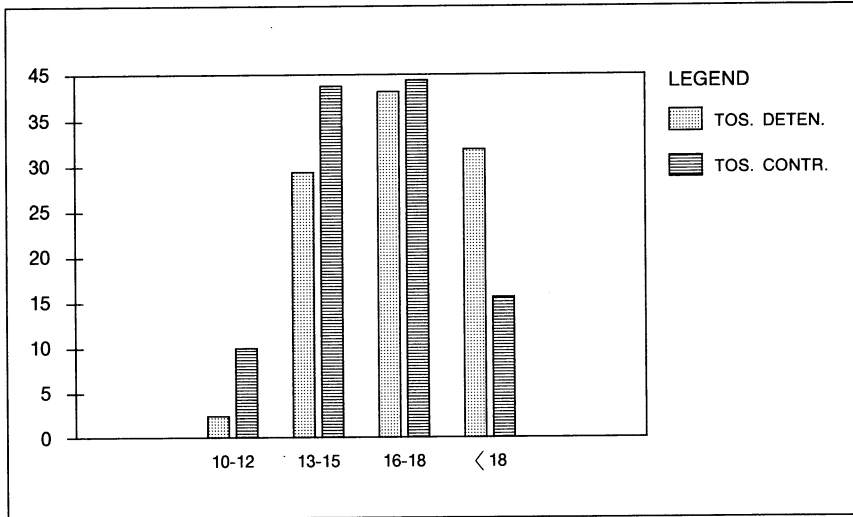
TAV. 12

Età di prima assunzione di droga pesante

Fascia d'età	Tossicomani detenuti	Tossicomani
10-12	0	0,7
13-15	3,3	13,4
16-18	37,0	44,0
> -19	48,7	41,8
TOTALE . . .	100	100
X ² = 6.277 DF = 4 P > 0,025		

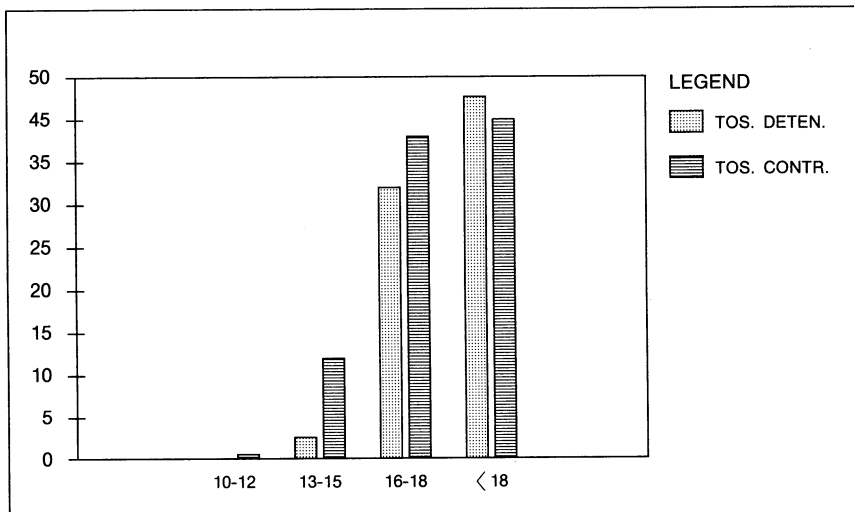
TAV. 11

ETÀ DI PRIMA ASSUNZIONE
STUPEFACENTI
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



TAV. 12

ETÀ DI PRIMA ASSUNZIONE
DROGA PESANTE
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



Il 13,3% dei tossicodipendenti detenuti ed il 14,1% dei tossicomani di controllo iniziano ad assumere droga pesante prima dei 15 anni.

TAV. 13

Confronto dell'età media di prima assunzione di stupefacenti e di prima assunzione di eroina

Età media di assunzione	NORD		CENTRO		SUD		COMPLESSO	
Droghe	T.d.	T.c.	T.d.	T.c.	T.d.	T.c.	T.d.	T.c.
Stupefacenti	18,1	15,6	17,4	16,2	17,5	16,2	17,6	16,0
Eroina	19,4	17,6	19,6	18,7	18,5	18,6	19,2	18,2
Nord	X2 = 0,017		DF = 1		P < 0,9			
Centro	X2 = 0,341		DF = 1		P < 0,75			
Sud	X2 = 4,165		DF = 1		P > 0,5			
Complesso	X2 = 0,022		DF = 1		P < 0,75			

L'età media di prima assunzione di stupefacenti da parte dei soggetti di controllo è sempre minore di quella del gruppo campione; la differenza tra le due età medie è particolarmente elevata al Nord, con due anni e mezzo in meno per i controlli, mentre al Centro ed al Sud è di poco più di un anno.

Anche l'età media di prima assunzione di droga pesante nel gruppo di controllo è inferiore di quella corrispondente nei soggetti, se si eccettua il Sud, dove le due età medie sono praticamente uguali.

Il numero di tossicomani del gruppo campione che iniziano direttamente con l'eroina (o con altri derivati dell'oppio e con la cocaina) risulta essere piuttosto rilevante (il 27,2% contro l'8,3% del gruppo di controllo). Ciò risulta ancora più rilevante se si osservano i dati riguardanti il Sud dove è presente ben il 37,5% dei tossicomani detenuti rispetto all'8% del gruppo di controllo).

E da supporre che per il gruppo campione vi sia «un'accelerazione» del processo di assunzione degli stupefacenti (a causa tra l'altro degli aspetti personologici, della

pressione ambientale, delle carenze sociali, delle situazioni familiari affettivamente complesse, ecc.) che passa direttamente alle droghe pesanti senza percorrere quello che nel passato sembrava la modalità di assunzione più seguita.

LO STATO DI DETENZIONE E LA TOSSICODIPENDENZA

Sostanza assunta per prima e sostanza assunta immediatamente prima dell'ingresso (struttura penitenziaria o struttura socio-sanitaria di trattamento)

Quasi la metà degli appartenenti al gruppo campione (45%) ha iniziato con l'assunzione di cannabinici e quasi un altro terzo (29%) con l'oppio ed i suoi derivati; queste due sostanze quindi, concentrano quasi i tre quarti dei tossicomani detenuti nel complesso ed ancora più al Nord ed al Sud, mentre al Centro rivestono una certa importanza i gas inalanti (16%) (*) e la cocaina (9%) che risultano invece trascurabili al Nord ed al Sud.

Per quanto concerne la sostanza assunta ultimamente, cioè immediatamente prima dell'ingresso, si riscontra una ancora più marcata concentrazione nell'oppio ed i suoi derivati, con una percentuale dell'82% nel complesso.

Il confronto tra il gruppo campione ed il gruppo di controllo si è riferito per quest'ultimo alla sostanza assunta dai tossicomani mai andati in carcere, immediatamente prima dell'inserimento nelle strutture pubbliche e private di trattamento.

Una percentuale molto elevata dei tossicomani appartenenti al gruppo di controllo ha iniziato con una droga leggera (cannabinici); si tratta di 125 casi su 157, pari all'80%; il gruppo campione, presenta, invece, una frequenza relativamente elevata di casi di uso iniziale con «droga pesante» (circa il 30%), contrariamente al gruppo di controllo per i quali tale percentuale risulta essere solo del 10%.

(*) I gas inalati sono stati segnalati solo nel gruppo campione.

L'oppio ed i suoi derivati costituiscono, per entrambi i gruppi presi in esame, il tipo di droga di gran lunga più usato per ultimo; si hanno 145 casi su 176 per i tossicodipendenti detenuti, pari all'82% e 109 casi su 157 per il gruppo di controllo, pari al 69%.

Stato di astinenza sofferto all'ingresso e trattamento usato per superarla

Per la valutazione dello stato di astinenza ci si è affidati alla diagnosi effettuata dai medici dell'I.P. avendo concordato i parametri più significativi secondo VIRNO (43).

Per il Nord ed il Sud si osserva che circa i due terzi degli appartenenti al gruppo campione hanno presentato uno stato di astinenza di grado «lieve»; nettamente meno frequente è risultato lo stato di astinenza «rilevante», specie al Nord ed al Centro, mentre al Sud lo stato di astinenza è stato riscontrato per quasi un quarto dei tossicodipendenti arrestati.

Si è riscontrata una debole correlazione tra lo stato di astinenza «lieve» ed il trattamento con psicofarmaci e tra lo stato di astinenza «rilevante» ed il trattamento con metadone, che però non risulta statisticamente significativa. (Sono venuti a mancare dati correlabili relativi all'intensità delle crisi ed alla loro durata).

Nello stesso rilevamento emerge come gli stati di astinenza vengano trattati in prima istanza per un 72,5% dall'équipe interna delle strutture penitenziarie convenzionate con l'Ente locale, e solo il 27,5% vengono trattati dall'équipe convenzionata.

In riferimento a questo elemento occorre che l'A.P., oltre a definire le modalità di convenzionamento con le U.S.L., si faccia carico di organizzare al più presto dei corsi informativi-formativi per il personale penitenziario che a vario titolo collaborano al trattamento dei tossicomani detenuti.

Non è certamente questa la sede per definire l'organizzazione dei corsi, ma ci sembra indicativo che la quasi totalità degli operatori da noi incontrati ci abbia riaffermato la necessità di momenti di aggiornamento permanente che siano in grado di trasmettere esperienze concrete.

Reati contestati e situazione giuridica all'ingresso

Il reato che presenta la maggiore frequenza nel complesso dei tossicodipendenti detenuti è contro il patrimonio, che si presenta nel 40% dei casi, seguito dallo spaccio di stupefacenti con il 31% dei casi; altri reati hanno una incidenza molto più modesta, con il massimo del 13% per i reati contro la persona.

Più della metà dei tossicomani detenuti (55%) accusa, all'ingresso, precedenti condanne ed un altro 18% precedenti esperienze giudiziarie; coloro che risultano privi di precedenti penali risultano soltanto il 17% nel complesso e superano il 20% solo nel Centro. Altre situazioni hanno un'incidenza complessiva che non supera il 10% dei soggetti presi in esame.

Il 72,4% dei tossicomani detenuti censiti ha precedenti penali.

Motivi che potrebbero migliorare la vita attuale

Nel questionario tutte le domande prevedevano, come abbiamo avuto modo di accennare, risposte di tipo chiuso.

L'unica eccezione è stata immessa alla fine del questionario sociale e ha riguardato la indicazione, in ordine da uno a tre, dei motivi che, a giudizio dell'intervistato avrebbero potuto migliorare la vita attuale.

La motivazione di tale domanda è da ricercarsi nel desiderio di avere dai tossicomani detenuti e dai tossicomani del gruppo di controllo alcune indicazioni, seppure sommarie, su ciò che avrebbe, in qualche modo, potuto rendere migliore il loro stato.

Se si osserva il complesso delle risposte si può notare che la risposta «il lavoro» viene fornita dal 21,6% dei tossicodipendenti detenuti contro il 20,7% dei tossicomani del gruppo di controllo, segue un 21% che indica la «famiglia» intesa come casa, affetti, ecc. sempre del gruppo campione contro una percentuale quasi identica del gruppo di controllo (21,4%).

Un dato che riguarda solo i tossicomani detenuti che immaginavamo al primo posto nelle loro risposte, viene invece al terzo posto e riguarda la risposta «ottenere la libertà» con un 18,6%.

**Distribuzione degli aspetti che potrebbero migliorare la vita
(dati percentuali)**

Motivi	Tossicomani detenuti	Tossicomani
Lavoro	21,6	20,7
Famiglia (2)	21,1	21,4
Libertà (1)	18,6	—
Nessuno	17,9	10,5
Vita sociale (4)	10,0	7,1
Star meglio (3)	9,6	14,7
Entrare in Com. T.	1,3	—
Fiducia in sé (5)	—	10,5
Altri	—	15,1
Totale . . .	100,0	100,0
(1) Ottenere la libertà (2) Casa, affetti (3) Economicamente e fisicamente (4) Più a misura d'uomo (5) Maggiore fiducia in se stessi		

Non meno priva di importanza appare la risposta «nessun motivo» presente con un 17,8% nei tossicomani detenuti contro il 10,5% del gruppo di controllo. La percentuale appare piuttosto alta specie se confrontata con le percentuali presenti nel complesso e sembra indicare un diffuso senso di scoraggiamento.

In generale è emerso nel gruppo di controllo una maggiore disponibilità a fornire più risposte e allo stesso tempo ad utilizzarne una varietà più ampia. Tuttavia sono risultate talmente parcellizzate da non poter essere inserite in una valutazione statistica e si è preferito raggrupparle nella voce «altre». Nel complesso le risposte di questo tipo, presenti solo nel gruppo di controllo, hanno raggiunto una percentuale del 15,1%.

ASPETTI PSICOLOGICI

Gli esami testologici

I test della personalità attraverso dei questionari presentano non pochi problemi di attendibilità se non vengono supportati da test proiettivi e da colloqui clinici.

Il tipo di rilevamento che si voleva effettuare non permetteva però l'utilizzo di tale metodologia per la impossibilità effettiva derivata dalla dispersione del campione su scala nazionale e per i tempi che sarebbero occorsi. Un rilevamento infatti che utilizzi test come questionari, proiettivi e colloqui clinici potrebbe evidenziare dati molto interessanti, ma avrebbe bisogno di una organizzazione centrale di coordinamento con la collaborazione dei vari Centri di trattamento di difficile realizzazione pratica.

I dati che sono emersi quindi vanno osservati con molta prudenza e devono essere considerati più una linea di tendenza presente sui due gruppi presi in esame piuttosto che come una vera e propria valutazione psicodiagnostica.

Si è utilizzata la suddivisione norma, disagio, patologia, in quanto ci è sembrata che rendesse di più facile lettura i dati emersi soprattutto in considerazione degli obiettivi della ricerca stessa. Il criterio di scelta ed analisi dei dati si è riferito ai valori e alla descrizione delle Scale fondamentali descritte nei Manuali.

Si è preferito prendere in considerazione alcune scale specifiche che sono risultate più significative o per incidenza percentuale o per significatività discriminante tra i due gruppi, indicando con un titolo l'aspetto più rilevante legato alla personalità.

MMPI TEST

SCALE DI VALIDITÀ

Il confronto tra i valori delle tre scale (L, F, K) permette di valutare il livello di attendibilità delle risposte fornite.

Scala L

La Scala L indica il livello di sincerità con la quale l'intervistato ha risposto agli items cercando di fornire un'immagine di sé veritiera, più o meno socialmente accettabile (correlata con altre scale).

TAV. 15

Distribuzione in percentuale dei punteggi della Scala L

	Norma	Disagio	Patol.	%
T. d.	46,2	51,1	2,7	100
T.	43,5	55,9	0,6	100

$X^2 = 2.583$ $DF = 2$ $P = 0.2749$
 T.d. 180 MEAN = 43,62 STD. DEV. = 9.21
 T. 159 MEAN = 41,49 STD. DEV. = 8,10

N.B. - T.d. = Tossicomani detenuti; T. = Tossicomani
Norma: indica la non presenza di tentativi da parte del soggetto di modificare la propria immagine.
Disagio: evidenzia sia una tendenza a sottolineare gli eventuali comportamenti negativi, tenendo poco conto dell'accettazione sociale con un'esagerata tendenza all'autocritica e sia a fornire un'immagine di tipo conformistico.
Patologia: evidenzia dei tentativi volti a fornire un'immagine di sé poco attendibile in vista di vantaggi secondari.

Scala F

La Scala F indica la presenza di disturbi emotivi (correlata con altre scale).

TAV. 16

Distribuzione in percentuale dei punteggi della Scala F

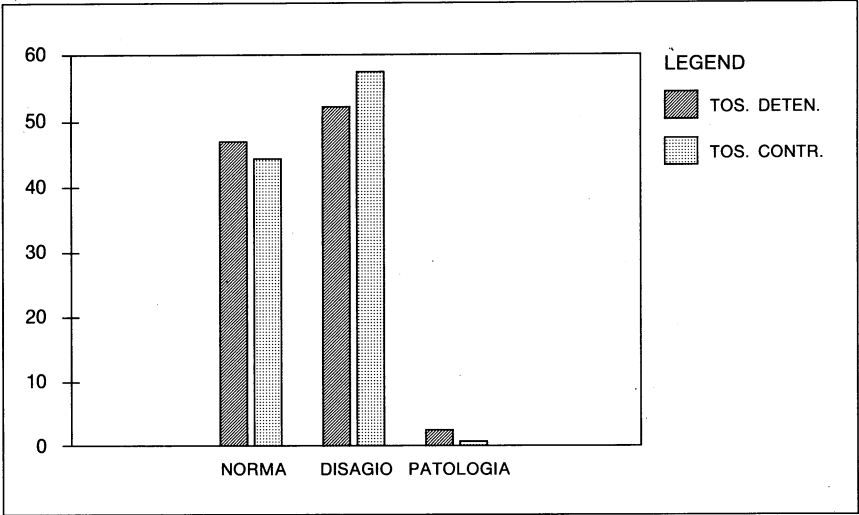
	Norma	Disagio	Patol.	%
T. d.	5,6	28,3	66,1 (32,8)	100
T.	7,5	38,4	54,1 (22,0)	100

$X^2 = 5.106$ $DF = 2$ $P = 0.0779$
 T.d. 180 MEAN = 77,50 STD. DEV. = 16.65
 T. 159 MEAN = 72,16 STD. DEV. = 16,19

Norma: evidenzia come gli eventuali problemi emotivi siano abbastanza controllati e contenuti da parte del soggetto.
Disagio: indica la presenza di qualche problema di natura emotiva di non grave entità che non sembra limitare la vita di relazione.
Patologia: indica gravi disturbi emotivi (vedi valori segnati tra parentesi).

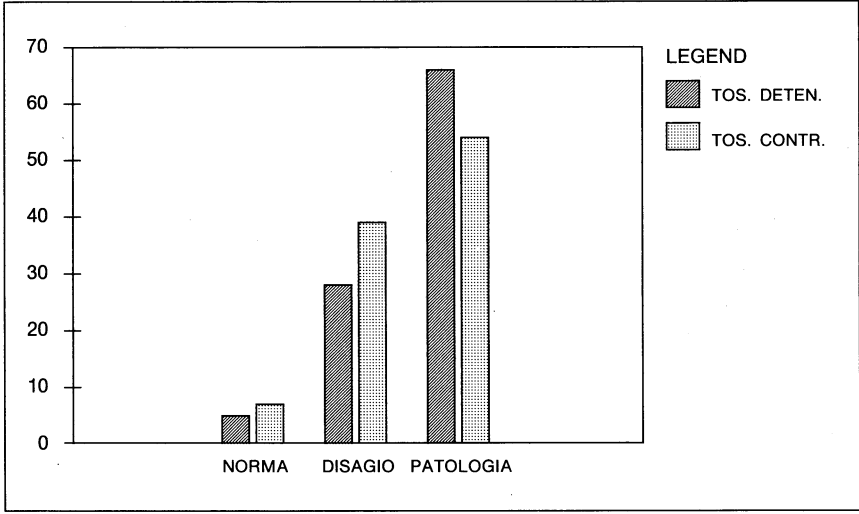
TAV. 15

MMPI - SCALA L
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



TAV. 16

MMPI - SCALA F
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



Scala K

La Scala K indica la capacità di controllare comportamenti e reazioni emotive.

TAV. 17

Distribuzione in percentuale dei punteggi della Scala K

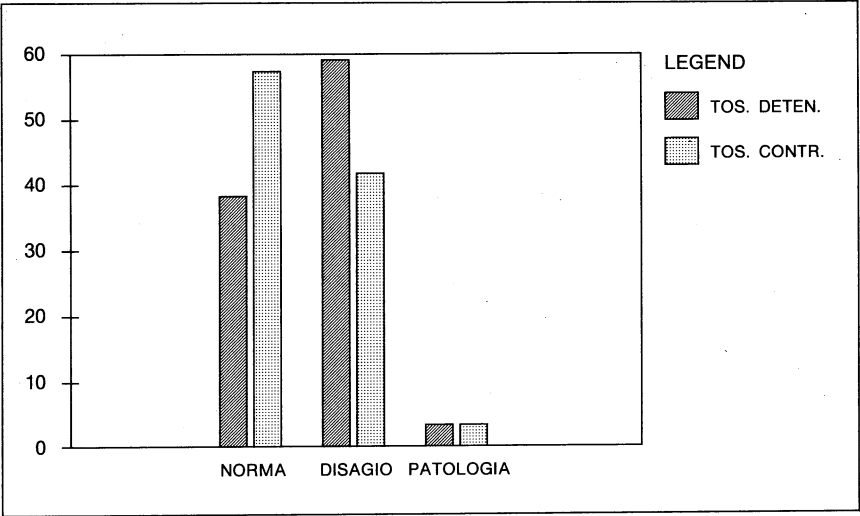
	Norma	Disagio	Patol.	%
T. d.	37,2	58,9	3,9	100
T.	55,3	40,9	3,8	100

X2= 11.496 DF= 2 P= 0.0032
T.d. 180 MEAN= 40,06 STD. DEV.= 8.13
T. 159 MEAN= 42,20 STD. DEV.= 8,22

Norma: mostra una adeguata capacità di valutare la propria personalità.
Disagio: tende ad evidenziare le difficoltà a controllare le reazioni emotive ed i comportamenti, con debolezza dell'io.
Patologia: evidenzia la presenza di meccanismi di difesa con propensione alla rigidità e al formalismo.

TAV. 17

MMPI - SCALA K
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



DEPRESSIONE/MANIACALITÀ

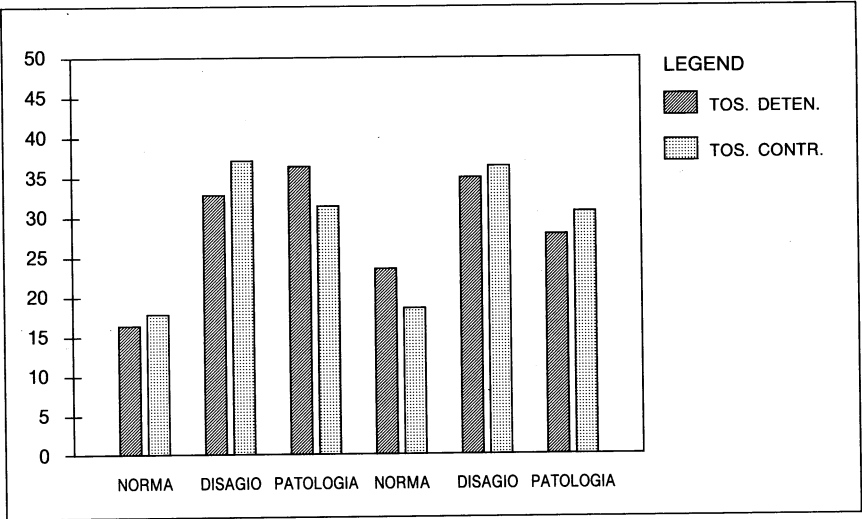
TAV. 18

(Confronto della Scala di Depressione nello M.M.P.I. e nell'IPAT C.D.Q.)

CDQ A	Norma	Disagio	Patol.	%
CDQ A				
T. d.	19,5	38,0	42,5	100,0
T.	21,0	42,7	36,3	100,0
$X^2 = 1.504$ $DF = 3$ $P = 0.6815$ T.d. 179 $MEAN = 7,89$ $STD. DEV. = 9.21$ $PROB > T = 0.4180$ T. 157 $MEAN = 7,73$ $STD. DEV. = 8,10$ $PROB > T = 0.4183$				
D (MMPI)	Norma	Disagio	Patol.	%
T. d.	27,8	40,6	31,6	100,0
T.	22,0	42,1	35,8	100,0
$X^2 = 1.609$ $DF = 2$ $P = 0.4472$ T.d. 180 $MEAN = 64,79$ $STD. DEV. = 13.24$ $PROB > T = 0.6943$ T. 159 $MEAN = 65,41$ $STD. DEV. = 13,24$ $PROB > T = 0.6914$ Norma: vi rientrano i soggetti che non presentano aspetti depressivi degni di nota. Disagio: vi rientrano i soggetti tendenzialmente pessimisti, sfiduciati con una accentuata sensibilità e coloro che analizzano in modo superficiale, sottovalutandole, le eventuali contrarietà. Patologia: vi rientrano i soggetti depressi e profondamente depressi con un livello di sfiducia che può giungere ad una polarizzazione pessimistica del pensiero. Nota: Le differenze che si osservano tra i dati del C.D.Q. e della Scala D dello M.M.P.I. possono essere in parte giustificate dalla diversa costruzione dei due tests; lo M.M.P.I. infatti è stato strutturato più in riferimento a pazienti psichiatrici: si nota quindi nella pratica una minore tendenza dello M.M.P.I. rispetto al C.D.Q. ad utilizzare valori alti.				

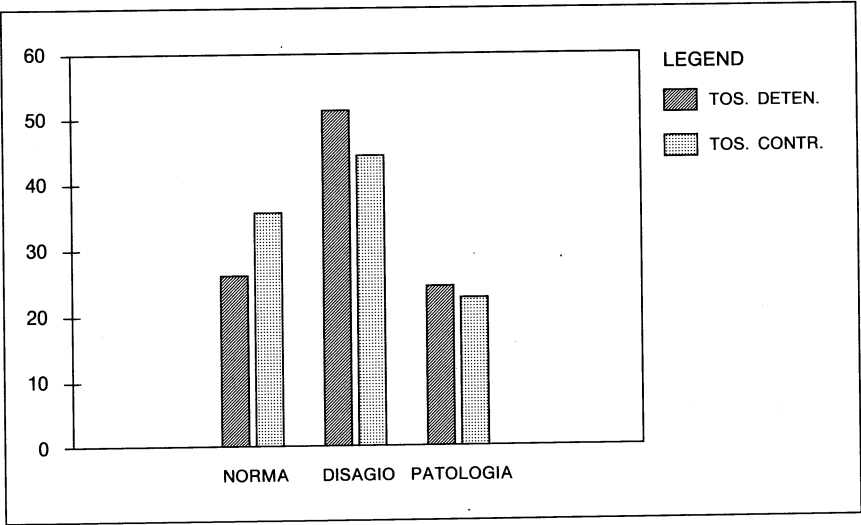
TAV. 18

MMPI - SCALA D/IPAT CDQ
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



TAV. 19

MMPI - SCALA Ma
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



Scala Ma (Maniacalità)

TAV. 19

(Distribuzione percentuale della Scala Ma + 0,2 K) (*)

Scala Ma	T. d.	T.
Norma (1)	25,5	34,6
Disagio (2)	50,6	43,4
Patologia (3)	23,9	22,0
TOTALE . . .	100,0	100,0

$X^2 = 0,181$ $DF = 2$ $P = 0,9134$
 T.d. 180 $MEAN = 65,91$ $STD. DEV. = 0,88$
 $PROB > T = 0,7534$
 T. 159 $MEAN = 66,33$ $STD. DEV. = 0,99$
 $PROB > T = 0,7528$

(*) Il correttivo con il valore K (McKinley e coll. 1948) aumenta la discriminazione dei profili normali da quelli patologici.

Norma: indica la capacità di perseguire adeguatamente gli obiettivi programmandoli.

Disagio: evidenzia la tendenza ad avere momenti di notevole depressione del tono dell'umore, tendono inoltre ad essere superficiali, incostanti e a praticare attività di tipo estensivo piuttosto che intensivo.

Patologia: mostra la tendenza ad avere un tono dell'umore alterato di tipo maniacale con cattiva aderenza ai piani di realtà e con una incapacità quasi assoluta a pianificare il comportamento ed il futuro.

Relazione D/Ma (Schema di Diamond)

È sembrato interessante per una ulteriore verifica del livello di depressione in relazione alla maniacalità, osservare l'asse timico dello M.M.P.I. che mette in relazione i valori delle scale D/Ma (Schema di Diamond).

Si può notare come i tossicomani detenuti (41,7%) più dei tossicodipendenti del gruppo di controllo (34%) presentino una situazione di valori simili tra depressione (D) ed iperattività ed iperproduttività (Ma).

Il 15,5% del gruppo campione ed il 14,5% del gruppo di controllo presentano un accentuazione degli atteggiamenti de-

pressivi mentre un 6,1% dei tossicodipendenti detenuti ed il 12% dei tossicomani del gruppo di controllo che evidenziano una notevole depressione del tono dell'umore che può giungere ad una notevole perdita di interessi e scopi.

Il 7,8% dei tossicomani detenuti e l'8,9% dei tossicomani infine presenta un vero e proprio stato di agitazione con svaluazione di sé stessi e inconcludenza.

L'analisi statistica evidenzia una differenza significativa fra il gruppo campione ($X^2 = 21.186$ DF = 9 PROB = 0.0119).

Dagli elementi emersi sembra evidenziarsi una maggiore presenza contemporanea di maniacalità — depressione del gruppo di controllo; il valore depressione preso isolatamente sembra essere presente in una percentuale sempre più alta nel gruppo di controllo.

AGGRESSIVITÀ E FORZA DELL'IO (Scale Es e A)

Due Scale che pur presenti nel test non sono state ancora standardizzate, e che ci sembrano però estremamente interessanti per gli aspetti personologici che la popolazione tossicomana presenta, sono rispettivamente la Scala A (aggressività) e la Scala ES (la forza dell'Io).

Si è fatto riferimento quindi per queste due scale ai punteggi grezzi suddivisi in due gruppi (0-30 e 31-70).

Per l'interpretazione si è fatto riferimento al Supplemento al Manuale M.M.P.I. (forma ridotta) per le Scale Es A, di Nencini. Ed. O.S., 1974.

Scala A

Il 95% dei T.d. contro il 94,3% dei T. sembra presentare una notevole dose di aggressività e questo sembra essere indipendente dalla eventuale condizione di reclusione.

$X^2 = 2,346$ DF = 2 P = 0.3094

T.D. 180 MEAN = 44,622 STD.DEV. = 5,52

PROB T = 0,7762

T. 159 MEAN = 44,37 STD.DEV. = 8,19

PROB T = 0,7764

Scala ES

Il 95% dei T.d. ed il 93,1% dei T. presenta dei valori molto bassi rispetto alla forza dell'Io (Immaturità dell'Io).

T.D. 180	MEAN = 20,72	STD.DEV. = 5,52
	PROB > T = 0,0001	
T. 159	MEAN = 23,15	STD.DEV. = 5,00
	PROB > T = 0,0001	

PSICOASTENIA, ADATTAMENTO SOCIALE E LIVELLO D'ANSIA

(Scale Pt, Pd, IPAT ASQ)

Scala Pt

La scala Pt misura in generale i tratti ossessivi, le paure irrazionali, i sensi di angoscia, le difficoltà di concentrazione e le incertezze decisionali.

TAV. 20

(Distribuzione percentuale nei gruppi della Scala Pt + 1K)

	Norma	Disagio	Patologia	%
T. d.	49,4	30,0	20,6	100
T.	59,1	23,3	17,6	100

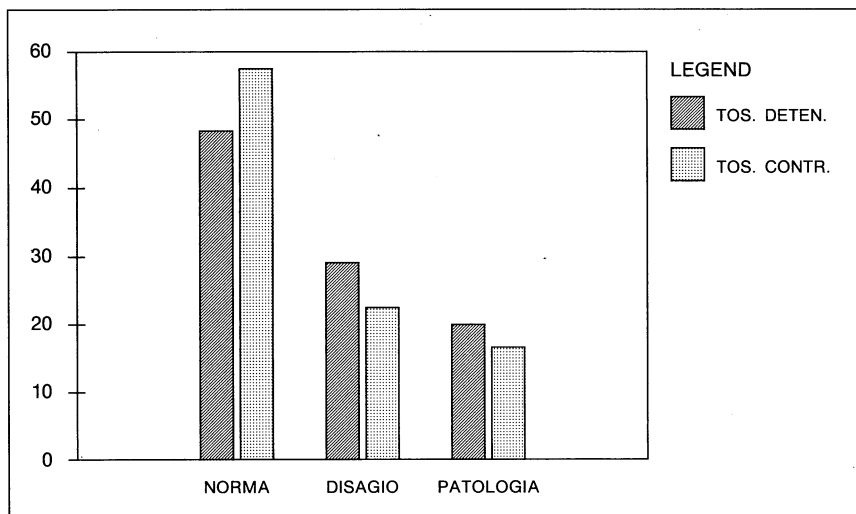
X ² = 3,270	DF = 2	P = 0.1949
T.d. 180	MEAN = 63,59	STD. DEV. = 13.55
	PROB > T = 0.8807	
T. 159	MEAN = 63,38	STD. DEV. = 12,47
	PROB > T = 0.8812	

Norma: indica un buon controllo delle situazioni ansiogene ed un comportamento tendenzialmente ordinato e preciso.

Disagio: indica o disordine e difficoltà a seguire programmi stabiliti o meticolosità, incertezze, con presenza di note ansiose.

Patologia: indica una notevole presenza di ansia con comportamenti ossessivi e, per i punteggi più alti, un'ansia incontrollata che può divenire vero e proprio panico.

MMPI - SCALA Pd
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



Scala Pd

La scala Pd misura in generale il livello di adattamento-/disadattamento nei confronti dell'autorità, la negazione delle convenzioni sociali, l'accettazione di limitazioni alla libertà individuale.

Commento

Per le caratteristiche che vengono individuate dalla Scala Pd non si osservano grosse differenze tra il gruppo campione ed il gruppo di controllo; si può notare come in entrambi i gruppi sia presente una percentuale molto alta proprio nella area patologica (54,4% contro 50,9%). Questa scala infatti, sembra meglio di altre individuare aspetti specifici della personalità del tossicodipendente.

Evidenzia, oltre agli aspetti descritti in precedenza una scarsa capacità di controllo dell'emotività, la estrema difficoltà a trarre profitto dalle esperienze ed a stabilire rapporti interpersonali affettivamente significativi.

TAV. 21

(Distribuzione percentuale nei gruppi della Scala Pd)

	Norma	Disagio	Patologia	%
T. d.	17,3	28,3	54,4	100
T.	20,8	28,3	50,9	100

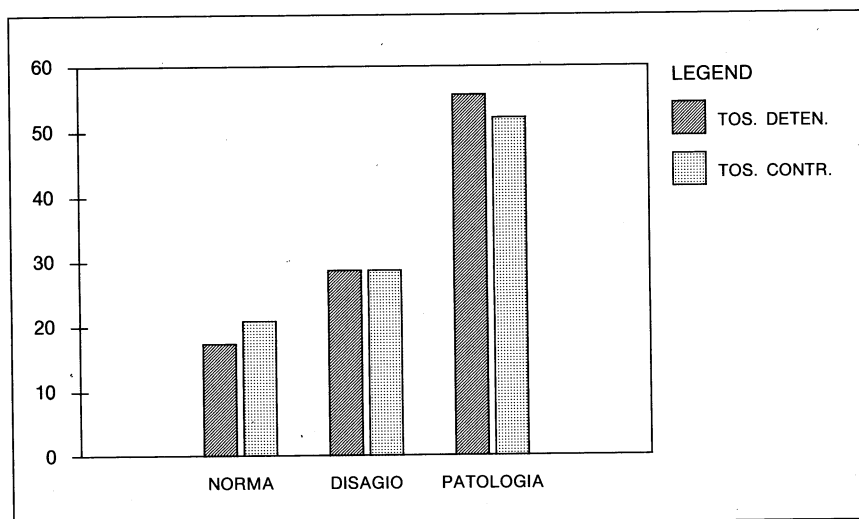
$X^2 = 0,754$ $DF = 2$ $P = 0.6859$
 T.d. 180 $MEAN = 72,03$ $STD. DEV. = 14,55$
 $PROB > T = 0.7502$
 T. 159 $MEAN = 71,56$ $STD. DEV. = 12,77$
 $PROB > T = 0.7522$

Norma: indica i soggetti attivi ed intraprendenti, con un buon livello di sicurezza nelle proprie capacità ed anche persone che pur essendo adeguate tendono alla passività.

Disagio: indica coloro che presentano o una profonda insicurezza, indecisione e autosvalutazione o atteggiamenti di leadership con oppositività all'ambiente ed alle convenzioni sociali.

Patologia: indica soggetti con forte impulsività, aggressività suscettibilità, con una inadeguata e grossolana percezione della realtà fino ad arrivare a verie propri atti antisociali.

TAV. 21

 MMPI - SCALA Pd
 TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO


La scala Pt mostra una maggiore generalizzata sofferenza dei tossicomani detenuti rispetto ai tossicomani del gruppo controllo; è da ricordare che questa scala tiene conto in modo rilevante del fattore ansia.

Relazione Pt/Pd (Schema di Diamond)

Seguendo il metodo già applicato per le Scala D/Ma si sono poste a confronto le scale Pt/Pd; l'analisi di tale schema ha evidenziato la presenza di un maggiore livello di consapevolezza delle proprie capacità nel gruppo di controllo (35,9%) rispetto al gruppo sperimentale (32,2%); in merito è possibile ipotizzare che sono proprio gli appartenenti a questa fascia coloro che sembrano più in grado di reagire allo stato di tossicodipendenza con una maggiore possibilità di riuscita.

Nota T.d. 180 $X^2 = 40.203$ $DF = 9$ $P = 0,0001$

T. 159 $X^2 = 47.759$ $DF = 6$ $P = 0,0001$

Scala IPAT ASQ

Per quanto si riferisce più specificatamente al fattore ansia si è presa in esame la Scala dell'IPAT ASQ (scala A+B) e ASQ (Scala B/A) e l'IPAT CDQ (Scala B) (Tavv. n. 21, 22, 23, 24).

TAV. 22

(Distribuzione percentuale livello di ansia. IPAT ASQ A+B)

Gruppi	SCALA ASQ A+B			
	Norma	Disagio	Patologia	%
T. d.	27,3	43,3	29,4	100
T.	21,3	42,8	35,9	100
$X^2 = 3,270$ $DF = 2$ $P = 0,1949$ T.d. 180 $MEAN = 63,59$ $STD. DEV. = 13,55$ $PROB > T = 0,8807$ T. 159 $MEAN = 63,38$ $STD. DEV. = 12,47$ $PROB > T = 0,8812$				

TAV. 23

**(Distribuzione percentuale del livello di ansia rispetto alla depressione
IPAT CDQ B)**

Gruppi	SCALA CDQ (*)			
	Norma	Disagio	Patologia	%
T. d.	16,8	36,8	46,4	100
T.	13,4	43,3	43,3	100
X² = 1,684 DF = 3 P = 0.6405 T.d. 179 MEAN = 8.078 STD. DEV. = 1.73 PROB > T = 0.6552 T. 157 MEAN = 7.993 STD. DEV. = 1,72 PROB > T = 0.6554				

(*) Indica il livello di discriminazione della depressione rispetto all'ansia.

TAV. 24

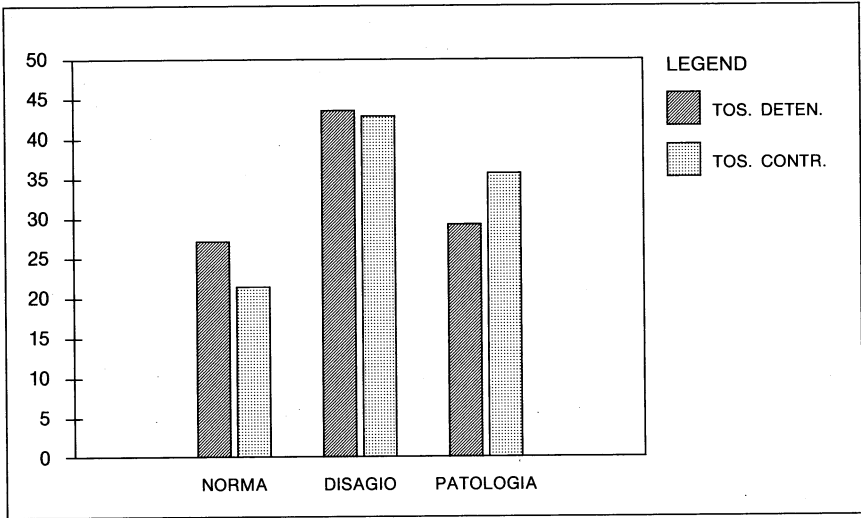
**(Distribuzione percentuale livello di ansia manifesta (Man.)
e latente (Lat.) (ASQ B/A)**

Gruppi	SCALA CDQ B/A			
	Man. < Lat.	Man. = Lat.	Man. > Lat.	%
T. d.	45,6	7,8	46,6	100
T.	66,7	3,8	29,5	100
X² = 15,473 DF = 2 P = 0.0004 T.d. 180 MEAN = 1,02 STD. DEV. = 0.39 PROB > T = 0.0002 T. 159 MEAN = 0,88 STD. DEV. = 0,30 PROB > T = 0.0003				

La variabile ansia appare piuttosto alta se vengono osservati i dati nel loro complesso, con un maggiore coinvolgimento della popolazione tossicomana reclusa rispetto all'ansia manifesta rispetto al gruppo di controllo che sembra mostrare comunque una componente ansiosa che si situa nei livelli alti delle scale.

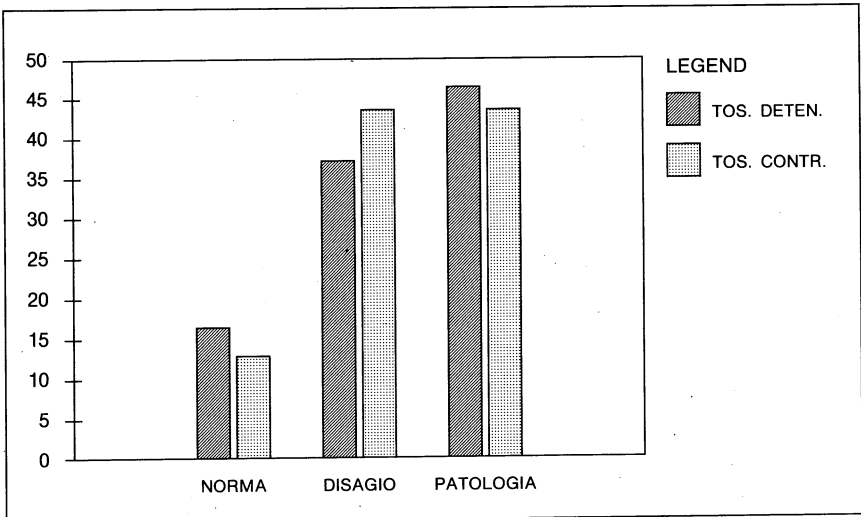
TAV. 22

IPAT ASQ (A + B)
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



TAV. 23

IPAT - CDQ B
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



PLASTICITÀ SOCIALE E ADATTABILITÀ (*Scale Hy e Pa*)*Scala HY*

La scala indica la capacità di equilibrare i disturbi fisici reali e lo stato emotivo.

TAV. 25

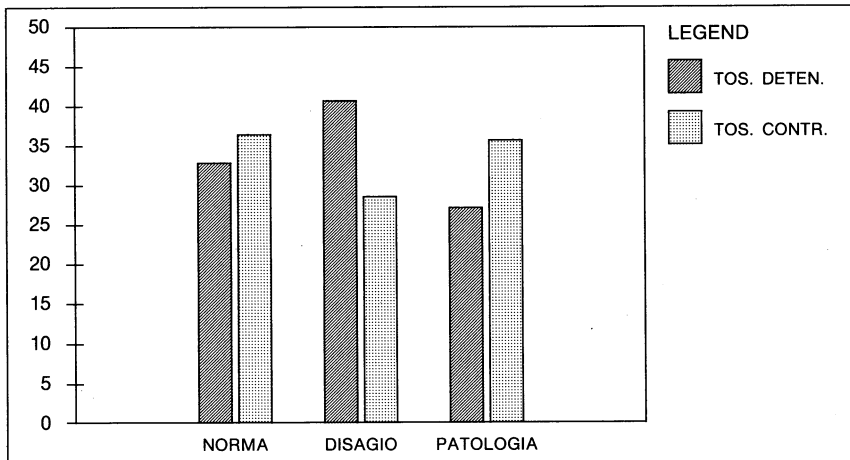
(Distribuzione percentuale della Scala Hy)

	Norma	Disagio	Patologia	%
T. d.	32,8	40,0	27,2	100
T.	35,8	28,4	35,8	100

$X^2 = 5,590$ $DF = 2$ $P = 0.0611$
 T.d. 180 $MEAN = 64,50$ $STD. DEV. = 11,48$ $PROB > T = 0.3901$
 T. 159 $MEAN = 65,65$ $STD. DEV. = 13,01$ $PROB > T = 0.3863$

Norma: evidenzia un equilibrio emotivo rispetto alla utilizzazione dei disturbi fisici.
Disagio: evidenzia la difficoltà ad adattarsi all'ambiente o il propendere alla delega delle proprie responsabilità con dipendenza affettiva.
Patologia: evidenzia conflitti emotivi con somatizzazioni, con utilizzo di vantaggi secondari e (per i punteggi più elevati) conversioni isteriche. gli alti punteggi di questa scala indicano anche immaturità emotivo-affettiva.

TAV. 25

 MMPI - Hy
 TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO


Scala Pa

La scala indica la presenza di aspetti paranoidei.

TAV. 26

(Distribuzione percentuale della Scala Pa)

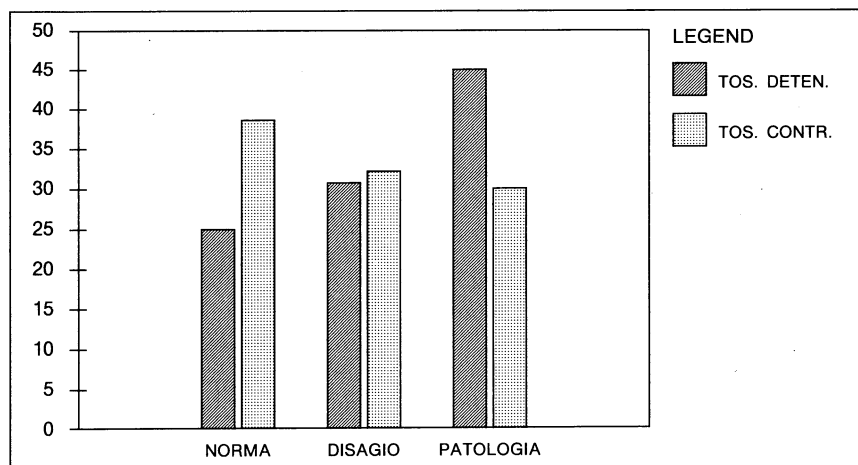
	Norma	Disagio	Patologia	%
T. d.	25,0	30,6	44,4	100
T.	38,4	32,0	29,6	100

$X^2 = 9,878$ $DF = 2$ $P = 0.0072$
 T.d. 180 $MEAN = 64,50$ $STD. DEV. = 11,48$
 $PROB > T = 0.0001$
 T. 159 $MEAN = 63,13$ $STD. DEV. = 13,14$
 $PROB > T = 0.0001$

Norma: evidenzia l'adattabilità, la fiducia negli altri, la capacità ad aprirsi a nuova esperienze.
Disagio: mette in luce sia l'eccessiva compiacenza che può arrivare alla imitazione e sia la suscettibilità e l'insofferenza nei confronti delle critiche.
Patologia: indica atteggiamenti diffidenti, suscettibilità sino a giungere a veri e propri sentimenti persecutori e nei casi più gravi a deliri sempre persecutori.

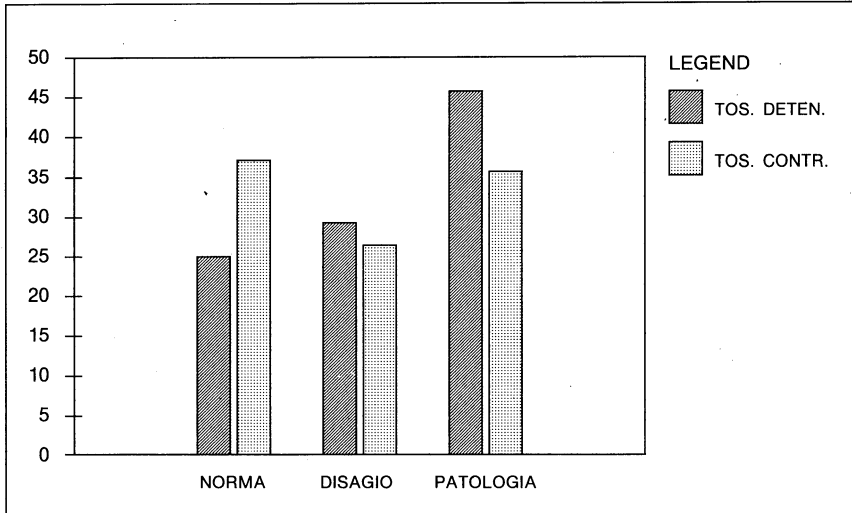
TAV. 26

MMPI - SCALA Pa
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



TAV. 27

MMPI - SCALA Hs
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



Scala Sc

La Scala indica la capacità a partecipare agli altri le proprie esperienze emotive con codici comunicazionali comuni.

TAV. 28

(Distribuzione percentuale dei punteggi standardizzati della Scala Sc + 1K)

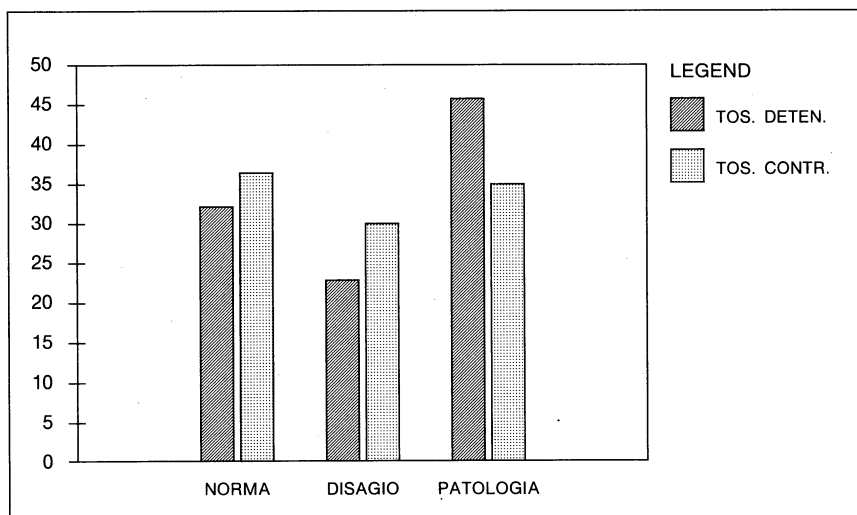
	Norma	Disagio	Patologia	%
T. d.	31,7	22,8	45,5	100
T.	35,8	29,6	34,6	100

$X^2 = 4,446$ $DF = 2$ $P = 0.1083$
 T.d. 180 $MEAN = 73,82$ $STD. DEV. = 16,15$ $PROB > T = 0.0871$
 T. 159 $MEAN = 70,86$ $STD. DEV. = 15,37$ $PROB > T = 0.0881$

Norma: indica un buon grado di adattamento ed integrazione nella vita di relazione.
Disagio: indica sia la difficoltà ad avere momenti di introspezione che la tendenza a sognare ad occhi aperti con tendenza a isolarsi.
Patologia: evidenzia un'accentuata chiusura in se stessi sino alla perdita quasi completa di interesse per l'ambiente a cui viene preferito il proprio mondo fantastico.

TAV. 28

MMPI - SCALA Sc
TOS. DETENUTI - TOS. CONTROLLO



RAPPORTO CON LA REALTÀ

(Asse 7-8, secondo Diamond)

La distribuzione dell'asse 7-8 dell'Scale Hy-Hs/Pa-Sc mette in luce quanto segue:

1) L'aderenza ai piani di realtà vede il gruppo di controllo nettamente più presente (45,9% contro il 34,5% del gruppo sperimentale).

2) Per contro si nota una prevalenza del gruppo campione (21,1% contro il 13,2%) nel lamentare uno stato di forte conflittualità interiore con ricerca di vantaggi secondari rispetto al proprio disturbo psicologico con una notevole tendenza a rifiutare la realtà.

3) Si nota una prevalenza dei tossicomani del gruppo di controllo (22,6% contro il 17,7%) a situarsi in una area nevrotica dove prevale la ricerca di vantaggi secondari.

4) Si osserva la prevalenza dei tossicodipendenti detenuti (26,7%) contro il 18,3%) a rifiutare la realtà ed a proteggersi dalle situazioni di frustrazione facendo un largo uso di fantasie (spesso intellettualizzate) che accentuano i processi di isolamento.

Nota - L'analisi statistica della Scala secondo lo Schema di Diamond mostra una significatività come è possibile notare:

T.d. 180 $X^2 = 44.696$ $DF = 9$ $P = 0,0001$

T. 159 $X^2 = 42.331$ $DF = 6$ $P = 0,0001$

RAPPORTO CON IL SOCIALE

(Asse 9-10, secondo Diamond)

La distribuzione asse 9-10 delle Scale D-Pt-Hy-Hs/Ma-Pd-Pa-Sc permette di osservare una prevalenza del gruppo campione (31,7% contro il 23,2% del controllo) in questa fascia che indica notevoli difficoltà nei rapporti interpersonali, con fuga e distacco dalla realtà, con atteggiamenti di ingiustificata ostilità nei confronti dell'ambiente.

Tali disturbi psicologici sono più vicini all'area psicotica. La percentuale appare seria e sicuramente sembra confermare l'esistenza di una popolazione a rischio che presenta grosse difficoltà psicologiche di base e probabilmente precedenti all'esperienza tossicomana, e che nella tossicodipendenza sembra trovare una risposta a dei disturbi più psichiatrici che psicologici, dove la sostanza sembra avere un notevole potenziale di sedatività dei disturbi stessi. Allo stesso tempo il far parte del gruppo tossicomano, per quanto retto da labili legami relazionali, rassicura più dell'ambiente in generale, mostrandosi inoltre più disponibile ad accettare la «stranezza» e la devianza.

Nota - L'analisi statistica della scala secondo lo Schema di Diamond mostra una significatività come è possibile notare:

T.d. 180 $X^2 = 236.252$ $DF = 9$ $P = 0,0001$

T. 159 $X^2 = 49.284$ $DF = 4$ $P = 0,0001$

Commento

Rispetto all'ipocondria si può notare in linea generale una maggiore sofferenza da parte del gruppo campione che, come già accennato in precedenza, manifesta una più forte tendenza a polarizzare l'attenzione sul proprio fisico.

Anche nella Scala Sc si evidenzia come il gruppo campione presenta una maggiore tendenza all'isolamento (si tenga anche conto della condizione di detenzione che favorisce i sentimenti di solitudine e di difficoltà a comunicare con gli altri). Occorre però considerare che entrambi i gruppi presi in esame hanno un'alta percentuale di presenza nella area patologica che sembra confermare la solitudine in cui si viene a trovare il tossicodipendente specie nel momento in cui inizia il suo rapporto con i derivati dell'oppio.

Relazione Hs/Sc (Schema di Diamond)

Dalla osservazione dello Schema si nota in particolare:

1) I tossicomani del gruppo controllo presentano in percentuale minore di difficoltà rispetto alle modalità di rapporto interpersonale (40,9% contro il 29,4 del campione).

2) Quasi il doppio dei tossicomani detenuti si situa nell'area patologica con punteggi alti sia in Hs che in Sc. È questa la differenza percentuale più rilevante che mostra il fondersi dell'esagerata attenzione sul proprio corpo con l'isolarsi dagli altri. Tale elemento sembra rispondere con precisione al vissuto del tossicodipendente rispetto a sé stesso ed agli altri. Ciò che si nota maggiormente nella esperienza e che più sorprende riguarda l'apparente contraddizione tra l'attenzione al proprio corpo e una vita estremamente disordinata dove la tossicomani comporta uno «star male fisico oltre che psichico» ed una esposizione al rischio malattia notevole, che viene controllato (pagando un grosso prezzo a livello di ansia) con l'autoconvincimento di essere sempre irrazionalmente protetti da ogni rischio.

Nota - L'analisi statistica della Scala secondo lo Schema di Diamond mostra una significatività come è possibile notare:

T.d. 180 $X^2 = 78.155$ $DF = 6$ $P = 0,0001$

T. 159 $X^2 = 739.289$ $DF = 4$ $P = 0,0001$

COMMENTO AI DATI

AREA SOCIALE

Come si è avuto modo di evidenziare i dati emersi ed in parte presentati vanno osservati come una linea di tendenza di un campione suddiviso in due gruppi che ha avuto in comune l'esperienza tossicomana differenziandosi nella condizione di essere stati o meno in carcere.

C'era la consapevolezza di come il rilevamento potesse risultare comunque limitato non solo nell'indagine in sé quanto, e forse ancor più nell'analisi e nell'interpretazione.

Se è comunemente riconosciuta come valida l'affermazione della complessità del fenomeno tossicodipendenza appare ancora più complesso tale aspetto se si va a sovrapporre a quello della detenzione in un istituto penitenziario.

L'essere tossicomane e l'essere detenuto si sovrappongono in un cerchio che appare realmente difficoltoso da spezzare: il primo infatti, diviene un inevitabile rinforzo del secondo. Lo stesso aspetto adattamento-disadattamento nel tossicomane detenuto si riempie di nuovi contenuti, aumentano le condizioni di tendenza alla devianza quasi che, non fosse «comunque» possibile uscirne fuori.

Uno degli aspetti più salienti sembra riguardare il lento ma sensibile aumento delle *Donne* tossicodipendenti nella popolazione carceraria negli ultimi anni. Si tenga conto che nel biennio 1982-84 è stato rilevato un incremento percentuale dei tossicomani che per gli uomini è stato del 42,8% mentre le donne hanno raggiunto un incremento del 65,7% (dati del Ministero di Grazia e Giustizia. Ufficio Studi, Ricerche e Documentazione).

Rispetto alla variabile ingresso in carcere sembra rilevante la qualità di vita (sociale, relazionale, affettiva) avuta «prima» della esperienza tossicomana.

La linea di tendenza che si è notata infatti, nel confronto tra i due gruppi presi in esame (con i limiti che una tale sintesi comporta) può essere riassunta in una notevole differenza tra i due gruppi per quanto riguarda la parte sociale più di quanto emerga nel versante psicologico (anche qui sono presenti comunque differenze degne di nota).

Già il dato che riguarda il *Titolo di studio* conseguito mostra come nei tossicomani detenuti sia stata presente una maggiore mortalità scolastica.

L'osservazione dei grafici n. 2a e 2b, evidenzia quanti tossicomani del gruppo campione abbiano conseguito solo la licenza elementare o abbiano abbandonato prima del termine tale corso di studio.

Tale dato appare ancora più degno di riflessione se si considera l'età dei giovani intervistati.

Anche i dati riguardanti l'*Attività lavorativa* hanno confermato le difficoltà presenti in Italia rispetto al mercato del lavoro, difficoltà molto più presenti nella realtà del tossicomane detenuto.

Occorre forse riflettere con più attenzione su cosa rappresenti in termini psicologici, relazionali e culturali l'inserimento nell'ambiente del lavoro, per un giovane tossicomane in generale e per un tossicomane ex detenuto in particolare.

Egli spesso viene inserito, sovente sprovvisto di una qualsiasi precedente esperienza lavorativa, facilmente individuato ed individuabile «come tossicomane», con quel che comporta in termini culturali e di vissuti, specie nei rapporti con gli altri colleghi di lavoro (paure, scarsa fiducia, tendenza ad allontanare, ecc.).

I processi di adattamento del tossicodipendente sono molto meno scontati di quanto si possa ritenere. Per adattamento infatti, non va considerato il passivo adeguarsi alla situazione ed all'ambiente che lo circondano (spesso nuovi e sconosciuti per lui) bensì la possibilità che si realizzi, sia pure lentamente, un equilibrio ed un'integrazione tra individuo ed ambiente, tra influenze esterne e aspetti personologici.

Spesso i lavori che vengono offerti hanno in sé la costante del precariato, dell'essere comunque poco gratificanti, di non trovare una rispondenza tra aspettative individuali e realtà proposta. Ciò non vuol dire che bisogna non tener conto di quale sia la realtà del lavoro oggi in Italia per i cittadini e specialmente per i giovani, ma nel contempo non si può pensare di riabilitare senza fornire gli strumenti per reinserirsi nella società in termini attivi e proficui.

Le differenze percentuali riscontrate riguardanti i *Genitori viventi* e *Deceduti* hanno evidenziato come gli appartenenti al gruppo campione abbiano dovuto soffrire la mancanza di fi-

gure di riferimento in tenera età in una quantità superiore al gruppo di controllo e tale mancanza di riferimento può aver inciso sul loro «modo di essere tossicomani».

Tale dato è confermato da quanto osservato nell'item che ha riguardato la condizione di *Orfanità* (Tav. n. 4).

Mediamente l'età che è risultata più presente si inserisce nell'area adolescenziale ed è il periodo adolescenziale che viene normalmente definito dagli stessi tossicodipendenti come il momento in cui esplodono in modo più netto le conflittualità (già presenti, anche se sfumate, nell'infanzia) con la propria famiglia e dove forse più si avverta l'assenza di una figura paterna affettivamente significativa.

È sempre nel periodo adolescenziale che viene richiesto dagli stessi giovani un interesse ed una attenzione da parte della famiglia più particolare, più «speciale»; questa presenza così importante, deve infatti allo stesso tempo facilitare e non ostacolare quelle che sono le modalità di acquisizione delle nuove esperienze, individuali e/o di gruppo.

Il dato che è risultato degno di particolare interesse è quello che riguarda il *Numero dei componenti* presenti per nucleo familiare: i tossicodipendenti detenuti in particolare provengono da famiglie con un numero di componenti superiore, in media, alla media dei membri presenti nelle famiglie su base nazionale.

Sembra possibile affermare che si osserva una fascia di rischio che coinvolge, nelle famiglie numerose, i nati più lontani, in altre parole «quelli che si trovano in mezzo» e che forse di più percepiscono la difficoltà dei genitori a seguirli (nelle storie che vengono raccolte viene riferito infatti, che spesso sono stati accuditi più dai fratelli e dalle sorelle che dai genitori spesso impegnati) e non hanno potuto, per altro verso, avvantaggiarsi dell'attenzione che normalmente i genitori tendono a dare all'ultimo nato.

Si tenga inoltre presente che nelle famiglie definite genericamente «spezzate» sovente mentre il primo nato si può avvalere di una famiglia ancora affettivamente unita, i figli che seguono spesso sono costretti a vivere in modo più traumatizzante la «separazione».

In particolare se si osserva il dato riguardante la *Difusione* nell'ambito del nucleo familiare (Tav. n. 7) si nota come dati emersi, sia pure nella loro limitatezza, sembra-

rebbero confermare la necessità di una verifica più approfondita riguardo alla eventuale correlazione tra numero dei componenti e diffusione della tossicodipendenza tra i suoi membri.

Sempre più sembra emergere una diversità generale di condizione tra lo stato sociale del tossicodipendente detenuto e del tossicomane mai entrato in una struttura penitenziaria; entrambi soffrono la loro condizione di dipendenza da una o più sostanze ma certamente «l'involucro sociale» nel quale sono cresciuti appare diverso ed in un certo senso sembra nettamente condizionare le modalità di gestione della propria dipendenza e del rischio «reato-arresto».

Anch'esso indicativo di una certa condizione sociale è il dato riguardante l'*Istituzionalizzazione da minore*. Nella Tavola n. 8 si evidenzia piuttosto chiaramente come sia inversamente proporzionale tra i due gruppi il fattore istituzionalizzazione: mentre circa i due terzi dei tossicomani del gruppo di controllo dichiara un'istituzionalizzazione avvenuta nei primi cinque anni di vita, (collegi, istituti, ecc.) un terzo dei tossicomani detenuti si situa nella fascia d'età 11-15 anni, età con una istituzionalizzazione per lo più legata ad episodi di devianza.

La percentuale così alta di tossicodipendenti detenuti che ha subito una istituzionalizzazione da minore e per lo più di tipo rieducativo (legata cioè a situazioni di grosso disagio sociale) sembra confermare come spesso il fenomeno della tossicodipendenza si sia andato a sovrapporre a situazioni sociali già compromesse e comunque a sensibile rischio di devianza.

Come è a conoscenza degli operatori degli II.P.P. l'arrivo in prigione nella maggioranza dei casi fa riferimento ad una storia precedente dove si è intervenuti o in modo discontinuo o non si è affatto intervenuti.

Sembra scorgersi, in conclusione, per i tossicomani detenuti, una presenza anche statistica, di maggiori condizioni che possono evidenziare un disagio familiare.

Più che il nucleo in quanto gruppo sembra emergere la presenza di più individualità nella quali è presente (specialmente nei colloqui) un elemento comune quale la solitudine. Una solitudine che può essere a seconda dei casi affettiva, morale, sociale, ecc.

AREA PSICOLOGICA

L'analisi delle Scale L, F, K del M.M.P.I. mostra come il gruppo di controllo sembra più sensibile a situazioni di disagio con una accentuazione dei propri comportamenti negativi.

Un numero non indifferente di tossicomani detenuti tende a privilegiare la ricerca di *Vantaggi secondari*; e tale aspetto sembra potersi collegare anche alla condizione di detenzione.

Le difficoltà emotive e tossicodipendenza sembrano strettamente collegate con un notevole livello di influenza reciproca; bassa è apparsa la percentuale di coloro che sembrano in grado di *Controllare la propria emotività* con una leggera prevalenza del gruppo di controllo.

Quest'ultimo appare percentualmente più presente nell'area del disagio dove si hanno problemi di natura emotiva che però non paiono limitare la vita relazionale. Ma quando i problemi appaiono marcatamente gravi il gruppo di controllo sembra in grado di focalizzare e contenere la propria emotività su specifiche situazioni o conflitti. Appare invece molto più difficile per i tossicomani detenuti riuscire a contenere la propria emotività sia per lo stato di tossicodipendenza sia per la condizione di detenzione che in questo caso appare sicuramente determinante.

Tra parentesi nella tav. n. 16 sono stati indicati coloro che percentualmente hanno presentato altissimi punteggi che stanno ad indicare una notevole gravità, con una impossibilità a sottrarsi a comportamenti inadeguati. In questa area appaiono più presenti i tossicodipendenti detenuti.

È questo un dato che merita un'approfondita riflessione proprio perché l'incapacità di controllare le proprie emozioni contribuisce in modo rilevante a favorire situazioni di ostilità e non accettazione da parte dell'«ambiente» prigioniero nei confronti di soggetti che mettono a dura prova l'organizzazione ed evidenziano in modo macroscopico la carenza di personale preparato e di mezzi e strutture.

Dall'osservazione della (Tav. n. 17) appare evidente come i tossicomani detenuti mostrano maggiori difficoltà a controllare i comportamenti e le reazioni emotive, con una *Maggiore fragilità dell'Io*.

L'aspetto di *Contenimento* esercitato dal regime carcerario può essere considerato correttivo della labilità emotiva comune nei tossicomani detenuti.

I dati indicanti un disagio di un certo rilievo o di una vera e propria patologia legata ad una *Depressione* del tono dell'umore fanno ritenere comunque necessario un impegno dell'A.P. specie nella fase di ingresso e di uscita dal carcere, che sappiamo essere quella più a rischio per i tentativi di suicidio.

Del resto già nel lavoro del 1983 evidenziavamo come la confusione tra il prospettato e il reale contribuisca a diminuire la capacità di far fronte ai propri desideri ed alle frustrazioni; il porsi in un stato di depressione diviene la conseguenza della propria incapacità: «... la circolarietà maniaco-depressiva tra l'euforia e lo stato di astinenza tende a divenire sempre più irregolare, poiché il sollievo appare sempre più breve e con il trascorrere del tempo addirittura inesistente, mentre la situazione depressiva diviene costante e tende ad aumentare coinvolgendo tutto il mondo del tossicomane» (4).

In effetti la mancanza di una vera e propria via di scampo rende tutto il contesto negativo e pressoché impossibile da modificare, cosicché ogni nuova assunzione diviene quasi ineluttabile e necessaria. Se la quantità di sostanza iniettata è capace di dare una forte sensazione maggiore sarà l'illusione di ritrovare quelle condizioni di vita il cui ricordo stesso sembra essere svanito insieme al mondo affettivo ed emotivo che si è abbandonato e da cui ci si sente abbandonati.

Occorre pertanto programmare una linea di comportamento, che facendo salve le esigenze giudiziarie (isolamento) permetta al tossicodipendente di poter essere seguito clinicamente, tenendo presente inoltre che la sindrome di astinenza forse più della crisi di astinenza favorisce già di per sé uno stato di depressione.

Confermato anche dai dati sociali emersi si può notare come vi sia una migliore capacità del gruppo di controllo a perseguire delle mete programmandole. Indubbiamente l'elemento *Aderenza ai piani di realtà* è quello che evidenzia in modo più macroscopico la difficoltà del detenuto ad avere un rapporto realistico con le proprie possibilità e capacità.

La scarsa aderenza ai piani di realtà sembra far parte del quadro tossicomano. Il tossicodipendente infatti non tende

a manipolare solo gli altri, ma anche sé stesso; in un certo senso ha cominciato proprio manipolando sé stesso, quando ha assunto le prime volte stupefacenti autoconvincendosi che poteva assumere droga senza divenirne dipendente.

Determinante potrebbe risultare in merito un lavoro all'interno della struttura carceraria (in collaborazione con gli operatori esterni) per un lento adattamento alle situazioni di realtà. È forse questo aspetto che fa preferire la Comunità terapeutica piuttosto che il Centro di trattamento, in quanto il condizionamento e il confronto con il gruppo dei pari appaiono più incisivi di altre modalità educative.

Occorre che il momento di detenzione possa comunque ridurre, tramite il trattamento e la creazione di nuovi interessi, (possibilità di riprendere gli studi, di poter frequentare corsi professionali, di poter lavorare all'interno della struttura stessa) il livello di depressione e la scarsa fiducia in sé stessi che spesso nella realtà fanno sì che il tossicomane detenuto, pur essendo stato lontano dagli stupefacenti per diverso tempo, appena tornato in libertà ricominci ad assumerne, riprendendo la vita antecedente la detenzione con molte probabilità di tornare in carcere.

Rispetto ai dati emersi per coloro che rientrano nella applicabilità della legge 297/85 e della 636/84 assume importanza potersi avvalere delle occasioni favorite dalla attuazione di pene alternative che permettano al giovane, se correttamente seguito dagli operatori preposti, di restare lontano dalla realtà droga e di poter forse ridurre quelle valenze depressive legate alle situazioni ambientali e relazionali.

Anche se brevemente ci sembra utile fare riferimento all'aspetto *Violenza/Aggressività*; è sembrato emergere infatti, come una caratteristica del gruppo tossicomanico, una notevole dose di aggressività e una ridotta organizzazione della personalità e delle sue difese; per certi versi simile a situazioni tipiche dei soggetti che si rifugiano nella regressione per timore o per non affrontare la realtà vissuta come comunque pericolosa rispetto alle loro capacità.

Si tenga conto che certi comportamenti e certi atteggiamenti che si osservano all'interno della struttura penitenziaria non sembrano delle risposte individuali a delle situazioni di frustrazione, bensì «la risposta tipica, concordata ed accet-

tata» e quindi adeguata appresa dal modello comportamentale in vigore in quel momento e in quella struttura nei confronti delle diversificate situazioni di frustrazione e non solo di quelle.

Si è potuto notare come con modalità diverse, apprendimento e stimolazione ambientale si fondano in maniera intensa. L'aspetto legato alla sfera della personalità appare condizionato e condizionante quello legato all'ambiente in cui l'individuo si trova a dover agire, costretto a dover assumere necessariamente un comportamento che, a secondo delle situazioni, risulti per lui il più adeguato.

In diverse situazioni si è avuto modo di osservare come la reazione aggressiva dipenda da un precedente apprendimento di abitudini e comportamenti aggressivi riattivati, come hanno evidenziato Berkowitz e Scott (42), da uno stimolo ambientale appropriato, il quale viene ad associarsi con le condizioni e con gli stimoli che già in passato hanno costituito la spinta all'aggressività.

Questa ipotesi si è dimostrata piuttosto valida specie in riferimento ai tossicomani detenuti per i quali le precedenti esperienze di carcerazione (specialmente se avvenute da minori) si verificano prima della assunzione di droga e quindi della acquisizione di un modello comportamentale e culturale legato alla tossicodipendenza.

Altro fattore degno di nota per la sua rilevanza è apparso quello legato all'*Ansia*.

Oltre all'analisi delle Scale specifiche M.M.P.I. e dell'I-PAT si è ritenuto utile applicare l'Anxiety Index di Welsh (1952) normalizzato alla popolazione italiana da PANCHERI e STRACCA (1968) (36).

Emerge infatti che entrambe le popolazioni hanno mediamente un livello d'ansia libera molto alto (65,5 e un 64,5 del controllo) che appare più alto della media riferito a pazienti psichiatrici (62,4). Notevole appare il livello di ansia anche se va fatta una differenziazione tra ansia latente ed ansia manifesta. Indubbiamente la detenzione favorisce situazioni di ansia (legate all'ambiente, al tipo di struttura, alla cella, alla condizione giuridica, alla esistenza di affetti all'esterno su cui poter o meno fare affidamento, ecc.), ma occorre tener conto che queste variabili valgono per tutti coloro che si trovano in uno stato di detenzione.

Ma è anche vero che l'ansia è presente anche nel gruppo di controllo: ciò può portare a pensare a cause diverse, è sembrato comunque evidenziarsi una generica situazione di stress, sia per i tossicomani detenuti che per coloro che sono in libertà, più legata alla condizione di tossicomania che alla detenzione.

La variabile ansia manifesta piuttosto alta sembra anche da collegarsi alla specificità della condizione tossicomantica (la ricerca continua ed affannosa della droga, il timore della crisi di astinenza, la preoccupazione che questa possa essere stata «tagliata» con l'aggiunta di sostanze nocive e pericolose, la ricerca di denaro che spesso può sfociare nel reato, il timore di essere sorpresi, la pericolosità insita nell'«ambiente droga») e fa sì che il tossicomane specie se ha raggiunto un grave livello di dipendenza, sia praticamente e continuamente in una situazione altamente stressante.

L'ansia latente invece sembra più collegarsi agli aspetti personologici influenzati dalla condizione di detenzione. MECHANIC osserva come l'impatto con la struttura carceraria, l'ingresso, la detenzione racchiudono in sé gli elementi di discrepanza tra quanto viene chiesto all'individuo e la potenziale capacità dello stesso individuo di saper far fronte a queste richieste e come tale stato determini situazioni e condizioni di vero e proprio stress.

Tali elementi vanno però considerati con estrema prudenza, si può azzardare l'ipotesi (rinforzata del resto da quanto è emerso in diversi colloqui avuti con detenuti tossicomani) che per certi aspetti la detenzione possa rappresentare un momento di sosta e riflessione nei confronti di una modalità comportamentale legata allo stato di tossicodipendenza.

La carcerazione sembra aumentare i disagi derivati per esempio dalla insicurezza e dalla scarsa capacità ad affrontare situazioni complesse con responsabilità, ma offre anche una sorta di guscio paradossalmente protettivo nei confronti di un ambiente comunque vissuto come pericoloso.

Tale «guscio protettivo» sembra però avere un effetto limitato al periodo di detenzione vera e propria, considerando che gran parte dei tossicomani detenuti una volta liberati riprendono a drogarsi. Ciò può essere ascrivibile alla riattivazione dei meccanismi psico-sociali che hanno portato il soggetto alla tossicodipendenza. Sarebbe necessario, comunque,

approfittare terapeuticamente dell'occasione determinata dalla situazione-condizione carcerazione.

Si ha l'impressione infatti, che gli elementi che emergono indichino una scarsa capacità della struttura penitenziaria a modificare «in profondità» le motivazioni e le condizioni legate alla tossicodipendenza; la detenzione può anche risultare protettiva e momentaneamente interrompere una modalità comportamentale come quella della assunzione, ma mostra notevolissime difficoltà a darsi dei protocolli riabilitativi, ad applicarli sia per l'organizzazione della struttura stessa e sia per i mezzi ed il personale che allo stato attuale appaiono insufficienti.

Daltronde non è possibile delegare sempre ai servizi esterni l'assistenza dei tossicodipendenti detenuti poiché esiste una larga fascia di tossicomani in stato di detenzione che hanno compiuto dei reati tali che non permettono l'applicazione di pene alternative. Ed è proprio in riferimento a questa popolazione che occorre prevedere una serie di protocolli operativi che mettano l'A.P. nelle condizioni di poter svolgere una reale riabilitazione.

Gli elementi che emergono sono limitati tra l'altro dal fatto che non siamo in grado di sapere e quindi di correlare lo stato psichico riferito all'ansia evidenziato dai tests rispetto alla variabile tempo.

Avendone le possibilità infatti, sarebbe potuto risultare interessante sapere da quanto tempo i tossicomani intervistati fossero detenuti, per osservare se gli stati psichici mostravano modificazioni significative rispetto alla durata di detenzione, e se gli indici, rispetto alle variabili (tipo di reato, tipo di struttura, lontananza dalla famiglia, attività in carcere, ecc.) potevano evidenziare quanto l'elemento ansia latente-ansia manifesta fosse collegato sia alla condizione tossicomantica, sia al fattore tempo di detenzione sia alla «qualità» della detenzione.

Interessante appare il valore nell'area della norma nella Scala Hy (Tav. n. 25) dove si situa circa un terzo dei due gruppi presi in esame. Ciò sembra evidenziare come una discreta percentuale di tossicodipendenti sia in grado di porsi in una situazione comunicazionale delle proprie emozioni.

Può apparire singolare e di difficile interpretazione il dato che si riferisce all'area patologica dove il gruppo di controllo

compare con una percentuale più alta. Si può ipotizzare che per questo gruppo è molto più importante ed utile l'utilizzo di atteggiamenti e comportamenti che fanno risaltare il disturbo fisico sia in relazione alla quantità di metadone che può essere loro prescritta nei Centri di trattamento, sia come una modalità comunicazionale di controllo del nucleo familiare e del gruppo. Sembra infatti evidenziarsi una maggiore capacità e necessità a «manipolare».

Per contro i tossicomani detenuti si vengono a trovare in una situazione e condizione che non permette un utilizzo massiccio di tale modalità comportamentale proprio perché sia il gruppo degli altri detenuti e sia la stessa struttura penitenziaria non danno molte risposte a questa loro modalità di richiesta, questa ipotesi sembra confermata da quanto avremo modo di evidenziare nella Scala Hs (Tav. n. 27) dove un'alta percentuale di tossicodipendenti detenuti tende a polarizzare su sé stessi la propria attenzione sviluppando idee ipocondriache.

Il divenire tossicomane appare infatti, strettamente legato a tre aspetti fondamentali quali la personalità dell'assuntore, la sostanza assunta e l'ambiente.

Se è vero che la tossicodipendenza può essere collegata anche ad un tipo di personalità che possiamo definire premorboza è anche vero che il comportamento tossicomano, come tutti gli altri comportamenti è il prodotto di un apprendimento e non solo il frutto di una predisposizione personologica che condurrebbe l'individuo verso un consumo ineluttabile della droga (BECKER) (1).

Del resto sappiamo che la capacità di adattamento all'ambiente vuol poter dire anche capacità di controllarlo e di utilizzare gli elementi di gratificazione e di rinforzo che il rapporto con quest'ultimo determina. La ricchezza delle soluzioni adottate e le strategie individuali per controllare le condizioni e le situazioni ambientali è parte determinante dell'attività simbolica dell'essere umano. Ma la relazione tra il messaggio che proviene dall'ambiente e la risposta che questo determina da parte dell'individuo non è diretta né immediata.

Il tossicodipendente più di altri, appare molto fragile proprio nel suo rapporto con l'ambiente e nella sua capacità di autonomia.

Quest'ultima, con le sue modalità e le capacità di adattamento, è strettamente legata al grado di adeguamento dei simboli appresi in rapporto all'ambiente nel quale l'individuo è cresciuto. L'acquisizione dei simboli infatti, come afferma GROSS (19), va di pari passo con la trasformazione della identità della stessa persona.

L'immagine che il tossicodipendente viene ad avere di sé stesso resta fissata molte volte ad una strutturazione che blocca o rallenta moltissimo il processo evolutivo verso l'età adulta.

Questa teoria evidenziata sia da GROSS (19) che da LUCCHINI (28) sembra forse meglio di altre spiegare la tendenza alla delega, alla fuga dalle responsabilità, alle stesse difficoltà di adattamento. La realtà ambientale tende a divenire così sempre più ostile, vissuta in diverse situazioni come persecutoria, riemerge il vissuto individuale di vittima, in un contesto dove è sempre più presente uno stato di profonda solitudine.

In questo senso, come evidenzia LUCCHINI, il tossicomane non trascorre la gran parte del suo tempo nella ricerca affannosa e sistematica della droga, bensì nel tentativo di realizzare un incontro-relazione tra droga e personalità incontro-relazione mediato da un particolare ambiente sociale.

È quindi importante, se si vuole realizzare un'efficace piano di trattamento, che si valuti l'ambiente e la capacità di relazionarsi del tossicomane con una cura e attenzione pari a quella che poniamo nel valutare la sua personalità.

Sovente nel carcere il rapporto individuo-ambiente viene confuso spesso dal sovrapporsi di due o più ambienti: quello all'esterno contrapposto a quello/quelli presenti nella struttura carceraria. Il tossicomane apprende modalità comunicazionali diverse, le filtra ricercando vantaggi secondari, pronto a riconvertirli una volta fuori come ulteriore esperienza da utilizzare per «una tossicomania più sicura, migliore».

In conclusione il carcere così come è attualmente non sembra in grado di agire sulla motivazione di proporre i rinforzi necessari per il raggiungimento di una autonomia che viene vissuta per lo più come pericolosa e che pretende un nuovo rapporto «con un mondo così nuovo da mettere paura» (*da un colloquio*).

Ciò che sembra sempre più riproporsi riguarda l'allontanamento dalla realtà del tossicomane per rifugiarsi in una condizione dove la droga media il rapporto realtà-fantasia, permettendo di rifugiarsi in quest'ultima dimensione ogni qualvolta la realtà stessa divenga troppo pesante.

Lo stesso stato di «quiete» sembra possibile solo in un isolamento dove l'individuo si pone in una continua osservazione di sé, privo di un confronto con la realtà. Tale osservazione non è solo introspettiva ma anche fisica: egli riscopre il proprio corpo e pertanto osserva i propri disturbi in una sorta di paura della malattia e del dolore, affina sempre più le sensazioni cosicché lo stesso livello di resistenza al dolore fisico si riduce, l'attenzione che chiede agli altri aumenta e pretende che i propri sintomi siano creduti sia per la quantità che per la qualità.

In un certo senso il livello di sensazione persecutoria del tossicomane si svolge su un doppio binario: da un lato la paura degli altri (esterno a lui) dall'altro la paura per il proprio corpo (interno in un isolamento privo di confronti, di verifiche, di prese di coscienza, di conoscenza di una verità: più aumenta l'osservazione su stessi e più aumenta l'allontanamento dagli altri e lo stato di solitudine).

In effetti il ritornare ai piani di realtà non è affatto facile per il tossicodipendente. Ma forse non è tanto la realtà in sé che spaventa quanto il dover lasciare dei parametri di riferimento culturali/affettivi e comunicazionali rappresentati dal mondo della droga, per altri che, seppure appresi a suo tempo, non fornirono i necessari elementi di rassicurazione e gratificazione.

È forse proprio sugli aspetti rappresentati dalla gratificazione e dalla rassicurazione che occorre intervenire per realizzare un piano di trattamento. Ma occorre che gli operatori siano in grado di fornire una continuità relazionale ed affettiva. È forse proprio l'aspetto della continuità che è più carente nei Centri di trattamento rispetto alle Comunità terapeutiche. La frammentazione dei rapporti, l'altalenarsi di più figure non solo non rassicura, ma confonde, rigetta colui che aveva chiesto di essere aiutato in una sorta di pentimento, di desiderio di ritornare ad una modalità di vita che, seppure priva di molti importanti componenti, era stata capace di trasmettere più elementi di gratificazione e rassicurazione del modello proposto con scarsa convinzione interiore.

È a tutti noto come il malato comprenda se il medico crede in lui e soprattutto crede nella terapia che gli sta proponendo. C'è da chiedersi quanti operatori che lavorano nel settore della tossicodipendenza credano realmente alla riuscita del piano di trattamento che propongono. E c'è da chiedersi ancora quanti piuttosto che mettere in discussione sé stessi e il protocollo operativo proposto, continuino ad accusare il tossicodipendente di una scarsa motivazione senza porsi il problema della propria motivazione.

Tale aspetto appare ancora più importante nel carcere. Occorre infatti creare delle alternative operative che non solo tolgano il tossicomane detenuto dal suo isolamento riempito spesso dalla ripetizione monotona e costante delle trascorse esperienze di assunzione, ma che gli permettano di sentire che il programma proposto ha delle probabilità di riuscita e che valga la pena di parteciparvi e di collaborarvi fattivamente. Non si può pretendere che nel tentare il tossicomane sia solo, privo di un reale aiuto, e che debba fare riferimento ad una falsa professionalità fatta di regole a cui lui deve sottostare e che nascondono invece la scarsa disponibilità ad un coinvolgimento reale dei professionisti e degli operatori.

È comunque l'insicurezza l'aspetto più frequente: una insicurezza di fondo che, a seconda delle situazioni, può divenire una forma reattiva e fantasticata di potenza ma che proprio perché prodotto di fantasia, ricaccia il tossicomane nella propria incapacità a rapportarsi ad una realtà che viene vissuta in modo così sofferto da determinare una sorta di gioco in cui la fantasia sempre più ha il sopravvento sulla realtà, sino a che quest'ultima non ha in sé più alcuna importanza per il soggetto e la droga per contro aumenta il suo significato di «magico mezzo».

Sono queste chiaramente le situazioni più gravi perché il rinchiudersi in sé stessi, il ricercare all'interno del gruppo dei pari solo coloro che fanno ricorso alle stesse modalità di fuga, rinforza gli aspetti di disagio psicologico e allontana sempre più i tossicomani dalla motivazione a richiedere aiuto.

La loro stessa impulsività mista all'ostilità sembra solo un semplice tentativo di dare una risposta alla percezione di una identità che risulta sempre più labile, più difficoltosa da delineare e, nei casi più gravi, che può svilupparsi in una vera e propria reazione dissociativa.

È in questo caso che spesso la sostanza viene ad avere il potere di dare concretezza alla fantasia ed allo stesso tempo di riunire gli elementi di dissociazione, restituendo una integrità psicologica che è solo fittizia in quanto legata agli effetti particolari della sostanza stessa.

In effetti si ha l'impressione che tale situazione sia inserita in un quadro di profonda solitudine, in cui la conflittualità è tra il desiderio di comunicare con gli altri ed il timore di non esserne più capaci; dove lo stesso comportamento provocatorio e/o l'abbigliamento più o meno eccentrico nascondono in effetti una forte dipendenza sociale.

Dai colloqui viene evidenziata dai tossicomani, più spesso di quanto si possa immaginare, la constatazione della propria sconfitta, dell'impossibilità di poter incidere in qualche modo sull'assetto sociale. E può essere anche questa una delle ragioni del loro rifugiarsi in uno stato di narcisismo dove l'attenzione che viene richiesta agli altri è più fissata sul loro stato di tossicomani che al proprio essere persona.

Un piano di trattamento dovrebbe tener conto dello stato psicologico eventualmente sofferto ed essere capace di individuare quali possano essere state le esperienze che più di altre hanno favorito non tanto la tossicodipendenza quanto l'utilizzo di questa per realizzare una fuga dalle proprie paure e dalla propria insicurezza.

«Lo so che ho raggiunto il fondo, ma non ho voglia di risalire, non voglio soffrire fisicamente ma non voglio neanche smettere, non voglio parlarti e se ti parlo non capisco perché lo faccio, mi piace tentare la fortuna rubando uno stereo e so che mi fregano quando lo rivendo, ma a me basta la dose, guardare la faccia che fanno gli altri e sentirmi un re, un re strano come quando ero piccolo, che ero il re ma nessuno lo sapeva, neanche i miei, nessuno lo doveva sapere, e sai il perché? non è mai fregato a nessuno chi io fossi e quanto soffrissi...» (da un colloquio).

Il tossicomane non corrisponde alla immagine banale ed oleografica di un individuo che utilizza la propria vita «da vizioso» per acquistare e consumare meccanicamente una sostanza che lo condurrà forse in prigione, che lo farà ammalare, che forse lo farà morire.

Tale immagine non tiene conto delle esperienze, della cultura e delle diverse modalità con le quali egli si è avvicinato

alla droga e come ne è divenuto dipendente. Sempre più si è convinti (e questo lavoro sembra confermarlo) che al di là delle statistiche occorre personalizzare quanto più possibile il rapporto con il tossicomane detenuto o in libertà; ascoltarlo e conoscerlo senza avere la presunzione di applicare burocraticamente una metodologia di trattamento che lo continui ad osservare e considerare in quanto tossicomane (rinforzando quindi la sua condizione), ma piuttosto iniziando un rapporto che pur tenendo conto del suo stato privilegi il suo essere persona, dia fiducia alle sue capacità e faccia nascere e poi sviluppare le sue motivazioni a smettere la sua tossicomania.

ALCUNE NOTE CONCLUSIVE

Trattamento in Carcere

(Clinico, psicologico, sociale)

Da quanto si è avuto sin qui modo di evidenziare si può forse meglio comprendere come nel momento in cui l'Autorità Giudiziaria stabilisce lo stato di arresto del tossicodipendente sorge per l'Istituzione penitenziaria, la necessità di fornire una adeguata assistenza, con tutta l'ampiezza dei problemi che questa comporta.

Come si è avuto modo di accennare, sia pure sinteticamente, il momento carcerazione pur non rappresentando la condizione ideale per un trattamento di un giovane tossicodipendente può rappresentare un momento estremamente importante per la realizzazione di quel processo di avvicinamento al desiderio di guarire (vedi motivazione a farsi curare). Tale processo non può prescindere da una reciproca disponibilità di collaborazione tra operatori e tossicomane con il comune obiettivo di realizzare un programma che all'esterno appare spesso difficile da iniziare.

Si è avuto modo di osservare infatti che il momento carcerazione per alcuni soggetti (se si realizzano alcune condizioni fondamentali nel carcere) può rappresentare quella spinta verso una diversa impostazione della propria vita di tossicomane.

Per permettere che si possano realizzare tali condizioni occorre però che:

a) sostenere il tossicomane detenuto nella primissima fase della detenzione nella quale spesso è presente un rilevante disagio psico-fisico legato ad uno stato di astinenza che, oltre a differenziarsi da individuo ed individuo, sovente può apparire di grado lieve agli occhi del sanitario, ma risultare invece, quasi insostenibile per il tossicodipendente.

b) In collaborazione con gli operatori dei Servizi pubblici e privati convenzionati, realizzare una serie di iniziative tese al recupero e all'acquisizione di potenzialità psico-sociali che non solo permettano il superamento (il meno doloroso possibile) dello stato di dipendenza, ma favoriscano un processo di reinserimento sociale.

Se è vero che l'A.P. è comunque responsabile della qualità della vita di tutti i detenuti ad essa affidati, il trattamento dei tossicodipendenti detenuti pone una serie di complessi e diversi problemi tali da pretendere la capacità di realizzare dei particolari piani di trattamento affinché lo stato di detenzione non rinforzi le situazioni di disagio fisico, psichico e sociale già presenti in molti tossicomani detenuti.

I problemi infatti che l'A.P. si trova ad affrontare possono essere sintetizzati nei seguenti aspetti:

1) *Sanitario*: è questo un aspetto presente specialmente al momento dell'ingresso e nel primo periodo di detenzione. Tale periodo chiaramente può differenziarsi a seconda delle condizioni nelle quali si trova il tossicodipendente e in relazione alla incidenza che possono avere i disturbi direttamente o indirettamente collegati allo stato di tossicodipendenza.

2) *Psicologico e relazionale* con la famiglia, con gli altri detenuti e con il personale di custodia ed investe tra l'altro i problemi di adattamento, l'inattività forzata, le relazioni con il mondo esterno alla struttura carceraria, ecc. Sono forse questi gli aspetti che mettono più a dura prova gli operatori e che pretendono una preparazione adeguata del personale stesso a trattare tali situazioni, ed allo stesso tempo un'organizzazione che ponga la struttura carceraria in grado di rispondere, per quanto possibile, ai problemi che i detenuti tossicodipendenti presentano.

Per meglio definire le varie situazioni è forse opportuno suddividere le fasi della detenzione in: *Ingresso*, periodo di *Detenzione e Reinserimento*.

Per quanto riguarda la fase che comprende l'*Ingresso* in carcere occorre valutare innanzi tutto lo stato di tossicodipendenza che dovrebbe prevedere:

1.1 un sostegno farmacologico mirato

1.2 un sostegno psicologico.

In merito bisogna riflettere in relazione ai problemi derivati dallo stato di isolamento che spesso viene richiesto dall'Autorità Giudiziaria e che a nostro avviso, dovrebbe comunque prevedere l'elaborazione di un protocollo di trattamento che, pur salvaguardando le esigenze del magistrato, permetta di assistere adeguatamente il detenuto tossicodipendente.

L'indagine coordinata dalla Dr.ssa CASTELLANO dell'Ufficio Studi, Ricerche e Documentazione del Ministero di Grazia e Giustizia - D.G.II.P.P. (terminata nel febbraio del 1986) sembra confermare la attendibilità di quanto più sopra accennato. Si può osservare infatti, che solo per un 60% degli Istituti penitenziari convenzionati è possibile all'équipe convenzionata, su richiesta della Direzione o del Dirigente sanitario, assistere i detenuti in isolamento giudiziario. Tale assistenza sembra non possibile nel 27% degli Istituti penitenziari censiti.

Occorre infatti che la struttura penitenziaria sia in grado di rilevare con tempestività e competenza la eventuale presenza dei sintomi di astinenza (la crisi di astinenza rappresenta il primo periodo ed il più acuto della sindrome di astinenza); il carcere infatti deve essere in grado di farsi carico di tale manifestazione morbosa, adoperando i mezzi farmacologici idonei al fine di attenuare le sofferenze del detenuto.

La stessa indagine, a cui abbiamo già fatto riferimento, evidenzia come nel campione valutato le équipe convenzionate utilizzassero il trattamento farmacologico sostitutivo (metadone) nell'87,5% dei casi, solo farmaci sintomatici nel 5% e nessun tipo di farmaci nel 7,5%.

La sottovalutazione dei sintomi astinenziali e particolarmente di quelli psicologici, cui spesso si assiste nella pratica, con la conseguente realtà di uno svezzamento doloroso senza

farmaci, non ha alcuna motivazione teorica, non influisce sulla evoluzione del processo di tossicodipendenza in atto nel giovane, ma rappresenta solo una inutile ulteriore punizione che va ad aggravare il già turbato equilibrio psico-fisico del recluso e a pregiudicare il rapporto tra l'istituzione, gli operatori ed il detenuto.

Ciò vale specialmente per coloro che possono attestare di essere in terapia metadonica (da questo punto di vista occorre creare delle modalità di trasmissione tra Servizio Sanitario penitenziario ed i Centri di trattamento affinché tempestivamente possano indicare il tipo di trattamento, le modalità di somministrazione, ecc.) specie se ad alto dosaggio prima della carcerazione, che non dovrebbero essere lasciati bruscamente privi del farmaco sostitutivo, potendo gli operatori utilizzare il periodo di reclusione per uno svezzamento rapido con metadone a dosaggio rigidamente decrescente.

Appare in ogni caso sorprendente la diversità di trattamento farmacologico esistente tra i vari Istituti di pena, diversità che potrebbe essere superata con la creazione di protocolli che, permettendo la indispensabile autonomia professionale di ogni medico, possano fare riferimento a delle modalità di intervento che posseggano un carattere di omogeneità.

Legata alla valutazione dello stato di tossicodipendenza, emerge la necessità che il gruppo di operatori incaricati di assistere e di programmare un trattamento per il tossicodipendente detenuto siano in grado di valutare il livello di motivazione e, quindi, di ricettività nei confronti di un eventuale piano di intervento. Appare fondamentale infatti, che venga preso in considerazione il livello di disponibilità a collaborare ad un piano di trattamento che pretende un notevole impegno. In questo ambito, una certa rilevanza viene assunta dall'analisi dei livelli di devianza, del disagio psichico presente, della storia tossicomantica e pre-tossicomantica, ecc.

Notevole importanza riveste il *Luogo* dove effettuare questa prima fase dell'intervento. A seconda delle indicazioni del sanitario risultano più idonei in relazione alle condizioni presentate dal tossicodipendente, il Centro clinico o una sezione attrezzata. Tale specifico intervento non dovrebbe superare, salvo situazioni particolari, i 7/10 giorni.

In questo periodo in particolare, appare importante che il medico del Centro Sanitario Penitenziario possa rivolgersi ad

un medico dell'équipe esterna che dovrebbe assicurare una costante e facile reperibilità.

In merito va valutata attentamente l'ipotesi di realizzare delle Sezioni speciali per i tossicodipendenti in quanto le controindicazioni appaiono più numerose delle indicazioni. Si tenga conto che la maggioranza degli operatori da noi contattati nell'ambito della ricerca ci ha confermato la loro perplessità riguardo alla eventuale creazione di Sezioni per tossicodipendenti.

Le controindicazioni emerse dai colloqui con più frequenza riguardano:

- 1) il «caricarsi» reciproco dei tossicomani riguardo al loro stato di dipendenza;
- 2) il restare invischiati in modalità di comunicazione tipiche del gruppo di appartenenza con l'aumento di forme di emarginazione-autoemarginazione notevoli;
- 3) un aumento di atteggiamenti di apatia e di scarsa collaborazione;
- 4) maggiori difficoltà di controllo all'interno della struttura penitenziaria di un'eventuale circolazione di sostanze stupefacenti;
- 5) aumento notevole di forme diverse di intossicazione (vapori, farmaci, alcool) con un minore controllo da parte del gruppo degli altri detenuti;
- 6) aumento di episodi di aggressività e di autolesionismo.

Molto interessante è apparsa per contro la possibilità di realizzare delle Sezioni di osservazione aperte non solo ai tossicodipendenti con l'obiettivo di valutare, sia per loro che per gli altri detenuti, le potenzialità per un inserimento futuro.

Riguardo al *Periodo di detenzione* occorre prevedere:

- 1) una serie di interventi multidisciplinari a carattere prevalentemente psico-sociale (opportuni del resto per tutta la popolazione carceraria) dove forse la vera differenziazione non risiede tanto nel trattamento, quanto nella approfondita conoscenza del fenomeno della tossicodipendenza e nella conseguente preparazione degli operatori interessati che dovranno intervenire concretamente nel programma.

2) l'inizio di una serie di rapporti con le strutture esterne pubbliche e private al fine di favorire un ritorno «diverso» in libertà, e la possibilità di avvalersi delle pene alternative previste dall'attuale legislazione; (con l'utilizzo di protocolli operativi sperimentali che possano essere controllati e modificati a distanza di tempo);

3) la presenza continuativa dell'équipe esterna che sia in grado anche di impostare concretamente delle ipotesi di inserimento al momento del ritorno in libertà.

Superato l'idoneo periodo di osservazione, la struttura penitenziaria e l'équipe di trattamento dovrebbero essere in grado di stabilire per ciascun soggetto, anche in considerazione dei livelli di motivazione presenti, un ventaglio di opportunità che tenga conto delle possibilità offerte dalla legge.

Si è avuto modo di accennare in precedenza come l'avviamento a quello che si ritiene un beneficio possa anche rivelarsi controproducente se concesso in modo indiscriminato a soggetti che non siano stati adeguatamente valutati.

È sempre più diffusa la consapevolezza, anche in virtù di una maggiore conoscenza del fenomeno, che la tossicodipendenza non sia una condizione morbosa omogenea, ma che possa essere classificata e suddivisa in sottogruppi in funzione sia del disagio/disturbo psicologico/psichiatrico presente prima e dopo lo stato di tossicomania, sia del rapporto individuale instaurato con la sostanza, un rapporto che evolve e si modifica, in relazione al tempo che passa, al modificarsi dei codici culturali, economici e sociali.

A nostro avviso, durante il periodo di osservazione e ancor più per i tossicomani detenuti non ammessi a potersi avvalere di alcun beneficio, sarebbe utile la costituzione di gruppi, sia di discussione che terapeutici, valutando naturalmente le norme di sicurezza necessarie e possibili da realizzare, che sembrano più indicati per poter seguire un numero più ampio di soggetti.

Dai colloqui avuti con i direttori, i sanitari e gli educatori degli istituti penitenziari nei quali si è svolta la ricerca, è emersa con chiarezza l'assoluta insufficienza, rispetto ai problemi che l'A.P. è costretta ad affrontare, della presenza dei consulenti esterni convenzionati, che almeno allo stato attuale, sembrano privilegiare più il momento «interno» facendosi poco carico del «dopo», del ritorno in libertà.

L'esperienza ha mostrato come l'intervento di un'équipe esterna con una presenza ridotta o discontinua all'interno della struttura penitenziaria non possa essere considerata operativamente sufficiente, dovendosi poi comunque, l'A.P. accollare la responsabilità del trattamento in tutto il tempo restante e incontrando notevoli difficoltà a mantenere una continuità ed una omogeneità nel programma previsto e concordato.

Del resto l'utente tossicomane detenuto, come tutti gli appartenenti alle altre fasce sociali e sanitarie in difficoltà, pretende un lavoro che non può essere sporadico, discontinuo, non pianificato; è proprio l'intervento mal programmato che diviene un rinforzo dell'aspetto emarginativo nei confronti di un fenomeno come la tossicodipendenza che ha proprio nell'emarginazione una delle valenze socio-culturali più importanti.

IL REINSERIMENTO

È forse utile far riferimento a LANDREVILLE che nota come il tasso di recidività non può misurare con precisione un nuovo comportamento criminale.

A nostro avviso non sembra scientificamente corretto fare semplicemente riferimento al numero di arresti, o di denunce. Anche l'aspetto criminologico necessita infatti di una analisi molto più dettagliata riguardo al fenomeno della tossicomania. Tale considerazione inoltre ci sembra anche confermata dalla stessa natura del rilevamento e da quanto è emerso nel confronto tra il gruppo campione ed il gruppo di controllo.

Occorre valutare ad esempio la correlazione tra primo reato e prima assunzione che ci sembra estremamente importante ai fini di una prima individuazione del rapporto tossicomania-reato, anche per tentare di riuscire ad identificare quale dei due aspetti per quel soggetto appare prioritario. Si può forse in questo modo far riferimento a più elementi per poter prospettare un piano di trattamento più personalizzato e aderente alla condizione non solo psico-fisica ma anche, e soprattutto, culturale del soggetto.

Lo stesso nostro rilevamento ci ha confermato quanto per il tossicodipendente sia importate l'*Aspetto riabilitativo*. Se fac-

ciamo riferimento alle risposte che si riferivano alla domanda «indicate tre motivi che potrebbero migliorare la vita attuale» scopriamo che la voce «ottenere la libertà» è solo al terzo posto, preceduto dal poter ottenere un lavoro e dalla possibilità di fare riferimento ad una situazione affettiva stabile.

Concedere gli arresti domiciliari non sempre è risultato produttore sia nelle situazioni familiari con una grossa conflittualità relazionale e sia per coloro che per le difficoltà personologiche hanno bisogno di un «contenitore comunitario». Per questi ultimi, ed è solo apparentemente paradossale, la struttura carceraria sembra da preferire a quella familiare, in mancanza di altre possibilità di inserimento in Comunità terapeutiche che sono, specie in questi casi, le più indicate.

Tale indicazione è stata confermata del resto dalla lettura dei risultati dei tests somministrati che hanno evidenziato come per i tossicomani in libertà rispetto ai tossicomani detenuti fossero più presenti alcune note di disagio psicologico.

L'avvenimento carcere se da un lato sembra contenere le pulsioni nevrotiche morbose, dall'altro però pone dei rischi di aumento del livello depressivo (specie nelle primissime ed ultime settimane di detenzione) sino all'instaurazione di un allontanamento dalla realtà circostante (*tedium vitae*) ed all'attuazione di tentativi di suicidio.

Lo stesso regime di semilibertà per alcuni soggetti diviene «un ossessivo alternarsi di momenti positivi-negativi» che vengono vissuti con uno stress tale da contribuire a volte a squilibrare un equilibrio psico-fisico già di per sé precario.

La nostra esperienza ci fa ipotizzare come più indicata la realizzazione di Comunità terapeutiche extra-murarie nelle quali i tossicomani detenuti possano trascorrere il loro periodo di detenzione. Tale possibilità, dopo una attenta valutazione, potrebbe essere allargata anche ad altri detenuti in possesso dei requisiti previsti.

Restiamo piuttosto perplessi invece sulla ipotesi di una Comunità terapeutica all'interno della struttura carceraria e principalmente per i seguenti motivi:

a) difficoltà di preparare adeguatamente il personale penitenziario a svolgere un simile compito (occorrono almeno due anni di preparazione);

b) aumento di situazioni di conflittualità tra detenuti comuni e detenuti tossicomani per il diverso trattamento e per le situazioni e condizioni di agevolazione a favore di quest'ultimi;

c) problemi riferiti al reperimento di spazi idonei per poter realizzare tale iniziativa.

Pur nei limiti dovuti dal rendere sintetico un lavoro piuttosto complesso, che si è potuto realizzare per lo spirito di collaborazione del personale penitenziario che vi ha partecipato, è sembrato emergere l'importanza di un maggiore impegno delle istituzioni preposte alla assistenza del/della giovane tossicomane detenuto/a. Tale impegno deve vedere coinvolti i giovani ed il personale penitenziario ma non può prescindere dall'intervento dei servizi Socio sanitari esterni e della intera comunità.

Se la prevenzione si attua con il reale coinvolgimento di tutti, anche i programmi riabilitativi, per essere realisticamente efficaci, non potranno essere soltanto delegati a gruppi di tecnici per quanto questi potranno essere preparati professionalmente ed umanamente disponibili.

Sono forse la solitudine del tossicodipendente detenuto e della sua famiglia, l'isolamento dell'operatore con scarsi mezzi e possibilità gli aspetti che più sembrano evidenziarsi in questo lavoro. Una solitudine che non permette di affrontare efficacemente un fenomeno che comunque ci coinvolge come genitori, come operatori, come società.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BECKER H.S., *Becoming a Marihuana User. Perspective on Marginality*, McIntosh, Allyn and Bacon, Boston, 1974.
- 2) BERGERET J., *Toxicomanie et personnalité*; Presses Universitaires de France, Paris, 1981.
- 3) BERKOWIZ L., *Agression. A Social Psychological Analysis*. McGraw-Hill, N.Y. 1962.
- 4) BIONDI G., *Indagine su 371 tossicodipendenti detenuti trattati nella Casa Circondariale di Regina Coeli (Roma). Quaderni dell'Ufficio Studi, Ricerche e Documentazione*, Ministero di Grazia e Giustizia, 16, 1983.

- 5) BIONDI G., «*Le Tram di Ginevra*»; *Rassegna penitenziaria criminologica*, 1983, 2-3.
- 6) BIONDI G., LA MARRA C., SPIZZICHINO L., «*Proposte di modifica alla legge n. 685/1975 in materia di tossicodipendenze*»; *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1983, 2-3.
- 7) BIRON A. e coll., *Drogues, Toxicomanes et toxicomanies*, Paris, 1979.
- 8) BONINO S., SAGLIONE G., *Aggressività e adattamento*. Boringhieri, Torino, 1978.
- 9) CAPREVILLE P., «*La recidive dans l'évolution des mesures pénales*»; *Deviance et Société*, vol. 6, n. 4, 1982.
- 10) CAVALLI A., CESAREO V. e coll., *Giovani d'oggi. Indagine Iard sulla condizione giovanile in Italia*. Il Mulino, 1984.
- 11) CIOTTI L., VACCARO G., *Genitori, figli & droga*. Gruppo Abele, Torino, 1983.
- 12) CLEMMER D., *The prison community*. Rinehart and Co, N.Y., 1958.
- 13) CLEVELAND M., «*Families and adolescent drug abuse: structural analysis of children's roles*». *Family Process*, 20, 3, 1981.
- 14) CUSSON M., *Delinquants. Pourquoi?* Seuil, Paris, 1981.
- 15) DAGA L., «*Droga e prigionie dal punto di vista dell'Amministrazione Penitenziaria*». Seminario «Droga e prigionie», Consiglio d'Europa, Messina, 1982.
- 16) DASHEFSKY A., *Ethnicity and Identity*. Rand McNally, Chicago, 1976.
- 17) FOUCAULT M., «*L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale*». *Deviance et société*, vol. IV, n. 4, Geneve, 1981.
- 18) GOODE E., *Drugs in American society*. N.Y., 1972.
- 19) GROSS E., *Toward a symbolic interactionist theory of learning: A rapprochement with behaviorism*. *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 1, 1978.
- 20) HAYNAL R., *Il senso della disperazione. La problematica della depressione nella teoria psicanalitica*. Feltrinelli, Milano, 1980.
- 21) JONES T., BEIDLEMAN W.B., FOWLER R.D., «*Differentiating violent and non-violent prison inmates by use of selected MMPI Scales*». *J. of Clinical Psychology*, vol. 37, n. 1, 1981.
- 22) JULIEN R.M., *A Primer of Drug Action*. Freeman, San Francisco, 1981.
- 23) KANDO T.M., *Social Interaction* Mosby, Saint-Louis, 1977.
- 24) KAUFMAN E., «*Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers*». *Amer. J. of Drug and Alcohol abuse*, 7, 3-4, 1980.
- 25) LANDREVILLE P., «*La recidive dans l'évaluation des mesures pénales*». *Deviance et Société*, Vol. 6, n. 1, 1983.
- 26) LAUGHLIN H.P., *Le nevrosi nella pratica clinica*. Giunti, Firenze, 1967.
- 27) LIDZ C.W., WALLKER A.L., *Heroin, Deviance and Morality*. Sage, London, 1980.
- 28) LUCCHINI R., *Drogues et société*. Editions Univ. Fribourg, 1985.

- 29) MEAD G.H., *Mente, Sé e Società*. Barbera, Firenze, 1966.
- 30) MECHANIC D., «Same implications of illness behavior for medical sampling.». *New England J. of Medicine*, 1983.
- 31) NENCINI R., *Supplemento al Manuale dello MMPI*. Ed. O.S., Firenze, 1974.
- 32) OLIEVENSTEIN C., *La drogue*. Gallimard, Paris, 1978.
- 33) OLIEVENSTEIN C., «Postcure et reinsertion». *Rev. Franc. des affaires sociales*, 4, Paris, 1981.
- 34) OLIEVENSTEIN C., *Destin du toxicomane*. Fayard, Paris, 1983.
- 35) OUGHOURLIAN J.M., *La personne du toxicomane*, Privat, Paris, 1978.
- 36) PANCHERI P., STRACCA M., «Contributo allo studio dell'indice di ansietà di Welsh». *Riv. di Psichiatria*, 3, 1968.
- 37) PATON S.M., KANDEL D.B., «Psychological Factors and Adolescent Illicit Drug Use: Ethnicity and Sex Differences». *Adolescence*, 13, 50, N.Y., 1978.
- 38) PLATT J.J., LABATE C., *Heroin Addiction. Theory, Research and Treatment*. Wiley, N.Y., 1976.
- 39) PREMBLE E., CASEY J., *Taking Care of Business. Socialization in Drug Abuse*, R.H. Coombs, Schenkman, Cambridge, 1976.
- 40) RAY O.S., *Drugs, Society and Human Behavior*. Mosby, St.Louis, 1972.
- 41) SCHAPS E., e coll., *Evaluation de l'efficacité de 127 programmes de prevention des toxicomanies*. *Drogalcoo*, n. 4, 1981.
- 42) SCOTT J.P., *L'aggressività*. Giunti-Barbera, Firenze, 1974.
- 43) VIRNO M., *Le tossicodipendenze da oppiacei*. Nocchioli Ed., Firenze, 1977.

RIASSUNTO

Vengono presentati i risultati più significative di una ricerca condotta in 6 Istituti Penitenziari italiani suddivisi per aree geografiche (Nord, Centro, Sud/Isole) riguardante una più precisa identificazione delle problematiche psicologiche, cliniche e scio-culturali osservate in 180 tossicomani detenuti confrontandole con quelle presenti in 160 tossicomani che non avevano mai avuto una esperienza penitenziaria ed in trattamento presso 10 Centri territoriali o Comunità terapeutiche pubbliche o private.

Sono stati somministrati una serie di questionari integrati da una batteria di tests (MMPI, IPAT CDQ e ASQ) dai quali si è potuto evidenziare come siano risultate più significative le differenze tra i due gruppi nel settore sociale più che nell'area psicologica (anche in questo versante sono presenti in specifiche aree differenze degne di attenzione).

Da quanto emerso è apparso necessario che vengano privilegiate due precise fasi che riguardano una particolare attenzione all'ingresso del tossicomane nell'I.P. ad una maggiore presenza ed integrazione con i Servizi Territoriali competenti.

RESUME

On présente les résultats les plus significatifs d'une recherche menée dans 6 Instituts Pénitentiaires italiens subdivisés par zones géographiques (Nord, Centre, Sud/îles) concernant une identification plus précise des problématiques psychologiques, cliniques et socioculturelles observées chez 180 toxicomanes qui n'avaient pas eu une expérience pénitentiaire et en traitement dans 10 Centres territoriaux ou Communautés thérapeutiques publiques ou privées.

On a fourni une série de questionnaires intégrés par un jeu de tests (MMPI, IPAT CDQ et ASQ) desquels il est apparu que les différences entre les deux groupes sont plus significatives dans le secteur social qu'au niveau psychologique (sur ce versant également, il existe, dans certains domaines spécifiques, des différences dignes d'attention).

En vertu de ce qu'il en est résulté, il s'est avéré nécessaire de privilégier des phases bien définies afférentes à une attention particulière quant à l'accès des toxicomanes dans l'I.P. et à une présence plus marquée et à une intégration avec les Services Territoriaux compétents.

SUMMARY

The most significant results of a research conducted in 6 Italian Penal Institutions subdivided by geographic area (North, Central, South/Islands) are presented. They concern a more precise identification of the psychological clinical and social-cultural problems observed in 180 drug addicts, comparing them with those present in 160 drug addicts that never had any prison experience, in treatment in 10 area Centers of public or private Therapeutic Communities.

A series of questionnaires were administered, integrated by a battery of tests (MMPI, IPAT CDQ and ASQ) from which it was possible to show the difference between the two groups is more significant in regards to the social sector than in the psychological (and even in this area there are certain noteworthy differences).

The results indicate that two phases should be privileged: particular attention should be given to the entrance of the drug addict into the Penal Institution and a greater presence of and integration with the appropriate Area Services is necessary.

RESUMEN

Se dan a conocer los resultados más significativos de un estudio llevado a cabo en seis Institutos Penitenciarios italianos correspondientes a distintas zonas geográficas (Norte, Centro, Sur e Islas) en el que se ahonda y precisan los problemas psicológicos, clínicos y socio-culturales que presentaban los 180 drogadictos presos en comparación con los que tenían los 160 drogadictos que nunca habían tenido una experiencia penitenciaria y que estaban bajo tratamiento en 10 Centros Territoriales o Comunidades Terapéuticas, bien pública, bien privadas.

Se les repartieron una serie de cuestionarios acompañados por una seguidilla de tests (MMPI, IPAT CDQ y ASQ) que hicieron patente que eran mucho más importantes las diferencias existentes entre los dos grupos en el ámbito social que las que se presentaban en el sector psicológico (aun cuando, en determinadas zonas de este sector también se presentan diferencias dignas de mención).

Como conclusión de las observaciones hechas apareció la necesidad de que se preste particular atención a dos etapas precisas, a saber: interesarse particularmente por la entrada del drogadicto en el I.P. (Instituto Penitenciario), y una mayor acción e integración con los Servicios Territoriales competentes.

ZUSAMMENFASSUNG

Darstellung der signifikantesten Ergebnisse einer in 6 italienischen, nach geographischen Zonen unterteilten (Norden, Mittelitalien, Süden/Inseln) Strafanstalten ausgeführten Untersuchung zum Zweck einer präziseren Identifizierung der psychologischen, klinischen und soziokulturellen Problematik, beobachtet an 180 Drogenabhängigen in Haft und verglichen mit der Problematik von 160 Drogenabhängigen, die noch nie eine Gefängnisstrafe verbüßt haben und die sich in 10 Landeszentren oder in öffentlichen oder privaten therapeutischen Wohngemeinschaften oder Landkommunen in Behandlung befinden.

Es wurden eine Reihe von Fragebögen, verbunden mit einer Testserie (MMPI, IPAT, CDQ und ASQ) verteilt, aus denen hervorgeht, daß die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im sozialen Bereich signifikanter sind als im psychologischen (auch dort gibt es auf bestimmten Gebieten bemerkenswerte Unterschiede).

Wie aus den Unterlagen hervorgeht, zeichnet sich die Notwendigkeit ab, zwei präzise Phasen, welche eine besondere Aufmerksamkeit verlangen und die den Moment des Haftantritts des Drogenabhängigen sowie eine verstärkte Präsenz und Integration der zuständigen Landesstellen betreffen, zu privilegieren.