

CONNESSIONE TRA DEVIANZA E DROGA E POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTI DI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI IN ISTITUTI PENITENZIARI

SEBASTIANO FURIO (*)

TOMMASO MINERVINI (*)

SOMMARIO: 1. - Prefazione. — 2. - Alcuni interventi nell'istituto penitenziario. — 3. - Intervento nell'istituto. — 4. - Casi esaminati: *a)* primo caso; *b)* secondo caso; *c)* terzo caso; *d)* quarto caso; *e)* quinto caso; *f)* sesto caso. — 5. - In *équipe*. — 6. - Conclusioni.

1. - PRAFAZIONE

Dovendo esporre delle riflessioni sul fenomeno delle tossicodipendenze che partono dalle nostre dirette esperienze come funzionari del Ministero di Grazia e Giustizia negli istituti di prevenzione e pena, crediamo sia corretto partire dalla descrizione di alcuni casi concreti nei quali ci siamo imbattuti, per tentare di individuare i tramiti esistenti tra la tossicodipendenza e la devianza, o criminalità.

Si cercherà quindi di fare il punto sulle possibilità di trattamento che in concreto, nelle situazioni vissute, si sono adoperate, ciò che negli istituti di prevenzione e pena prevede la normativa vigente, ciò che si propone di fare.

I detenuti adulti maschili che sono stati registrati in una Casa circondariale pugliese dall'1 gennaio 1979 al 30 giu-

(*) Direttore istituti di prevenzione e pena.

(**) Educatore istituti prevenzione e pena.

gno 1980 per i soli reati di detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti sono 32. Si è rilevato che la maggioranza di questi soggetti è di età inferiore ai 25 anni, infatti abbiamo avuto:

n. 22 minori di 25 anni pari al 68,7 %;

n. 10 sopra ai 25 anni pari al 31,2 %.

La quasi maggioranza ha dichiarato di svolgere una attività lavorativa; v'è la presenza, in questo campione, di tre studenti, una percentuale bassa, pari al 9,3 %; in riferimento allo stato civile abbiamo 21 celibi, pari al 65,7 %; 10 coniugati, pari al 31,3 %; 1 separato, pari al 3 %; in riferimento al titolo di reato specifico, 18 imputati e/o condannati per detenzione ed uso di sostanze stupefacenti, pari al 56,3 %; 14 con capi di imputazione e/o condanne che prevedono anche lo spaccio, pari al 43,7 %. Per quanto riguarda i precedenti penali di costoro, 20 sono incensurati, pari al 62,5 % e 12 sono recidivi, pari al 37,5 %; degli incensurati 10 hanno titoli di reato fra uso e detenzione, altrettanti per spaccio, mentre tra i recidivi è prevalente il titolo del solo uso e/o detenzione; 8, pari al 66,6 %, 4 hanno titolo di reato per spaccio, pari al 33,3 %. Lo studio di questi soggetti in istituto ha portato a delle considerazioni ormai inconfutabili. Esiste una connessione concreta e non trascurabile tra tossicomania e criminalità. E la tossicomania, in questi anni, è stata ed è ancora un moltiplicatore della criminalità e della devianza! Basti vedere nel nostro piccolo campione la percentuale di incensurati che entra in carcere per tale reato. Invero, è da rilevare anche un elemento culturale e sociale che nella sua maggioranza definisce deviante e criminale gli assuntori di sostanze stupefacenti; non per nulla esiste un movimento d'opinione che vuole sottrarre, a differenza del primo, maggioritario, l'assuntore di sostanze stupefacenti dalle norme penali; ed un segnale in questo senso è contenuto nella legge 685/1975 che prevede la non punibilità di soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze psicotrope, anche se tale segnale è nebuloso e non ben finalizzato e definito.

Nel complesso però il dato principale è la connessione e quindi l'incremento tra criminalità e struttura del mercato delle sostanze stupefacenti.

Se un ragazzo fiuta o fuma hashish, per procurarsi tali sostanze avrà bisogno di soldi, tanti soldi, e magari anche se

lavora non basta ciò che guadagna, poiché il mercato impone i suoi prezzi.

E così se il mercato decide di far scarseggiare l'hashish o la coca e fa trovare solo eroina, i giovani saranno spinti a procurarsi ancora più soldi, per una sostanza ancora più dannosa.

E se il mercato vorrà allargare la sua base di vendita, allora userà la formula di una dose gratis per un cliente in più e niente smercio, niente droga, così sofisticcherà « tagliare » la sostanza con componenti spuri: talco, strichinina, ecc.

È il mercato che essenzialmente decide se la droga entra nelle scuole e per le strade, a Milano o a Bari, in un posto più che in un altro.

E si potrebbe continuare all'infinito!, ma tutto ci convince che è la struttura di tale mercato che in definitiva tira le fila del fenomeno tossicomaniaco, e come tale struttura è strettamente connessa alla criminalità ed al suo incremento.

A tale proposito il libro di MICHELE PANTALEONE, *Mafia e droga*, edito da Einaudi, è illuminante di come il fenomeno droga chiede criminalità, aumenta la criminalità, sino ad arrivare a diversi delitti.

Qui non si vuole dire che il fenomeno tossicomaniaco presenti solo un aspetto di criminalità organizzata, per cui è solo un problema di polizia o un problema di ordine pubblico.

Certamente in questa sede non vogliamo tacere ciò che è dietro il fenomeno tossicomaniaco, il quale sta acquistando carattere di endemicità soprattutto nel mondo occidentale.

Il fenomeno nasconde i problemi di una intera generazione di individui che variano, da una carenza di strutture sociali adeguate, a problemi psicologici personali e, per usare una definizione onnicomprensiva, ad una incrinatura seria e preoccupante tra individuo e strutture comunitarie, ove per strutture comunitarie intendiamo tutto ciò che è vita di relazione: famiglia, scuola, qualità della vita, del lavoro, dell'amore, incrinatura con un mondo culturale che va alla conquista oscura delle sue perdute certezze.

Mentre politici, sociologi, psicologi ed altri ancora studiano, sperimentano, fanno valutazioni delle cause, mettono su sistemi di « svezamenti », propongono soluzioni, v'è una cosa concreta, che si tocca con mano, v'è il potente interesse che è multinazionale di un mercato della droga e della criminalità, che esso crea.

Per cui una cosa appare chiara e concreta, annullare o modificare la struttura del mercato della droga significherebbe risolvere di molto le connessioni tra il fenomeno tossicomaniaco e la criminalità.

Occorre un intervento pesante e decisivo non solo delle forze di polizia per stroncare il mercato, bensì affrontare anche in termini realistici, senza false emozioni o moralismi, il problema della somministrazione di sostanze che purtroppo in una determinata fase dell'esperienza tossicomaniaca di un individuo, questi non può farne a meno.

Occorre quindi dirottarlo dallo sfruttamento del mercato ad un approccio terapeutico delle strutture pubbliche; una connessione che deve essere accompagnata da un grande progetto di adeguamento delle strutture socio-sanitarie.

Per cui il primo aspetto corposo della questione è intervenire per modificare la struttura del mercato, e la possibilità dell'uso del metadone da parte dei C.M.A.S. vuole andare in questo senso.

Lotta al mercato e nel contempo creazioni di vie alternative pubbliche di approvvigionamento, a patto però che costituiscano l'avvio di un processo risocializzante.

Un conforto autorevole della nostra indagine condotta in istituto ci viene dai dati del bollettino per le farmaco-dipendenze e l'alcoolismo del 1980 a cura dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, ove è registrato un incremento nel 1978 e nel 1979 del 61,9 % e dell'80,4 % rispetto al 1977 di persone denunciate per traffico e spaccio di stupefacenti.

Numero totale delle persone coinvolte nelle attività di polizia previste dalla legge 685/1975, comprendente:

- denunciati per traffico, spaccio ed altri reati.
- deferiti al Pretore perché in possesso di droga. Artt. 89-98 (assuntori in possesso di droga).
- segnalati alle Autorità sanitarie. Artt. 96-100 (assuntori non in possesso di droga).

Età (anni)	1977		1978		% '77	1979		% '77
	n.	(%)	n.	(%)		n.	(%)	
18	394	(7,5)	594	(7,0)	+ 50,8 %	472	(5,0)	+ 19,8 %
18 — 25	3.689	(70,2)	6.023	(70,8)	+ 63,3 %	6.883	(72,6)	+ 86,6 %
26 — 40	1.169	(22,3)	1.886	(22,2)	+ 61,3 %	2.121	(22,4)	+ 81,4 %
Totale	5.252	(100)	8.503	(100)	+ 61,9 %	9.476	(100)	+ 80,4 %

* Valori stimati raddoppiando i dati relativi al 1° semestre.

Anche qui vi emerge il dato che il concentramento maggiore dei soggetti tossicodipendenti è nella classe di età inferiore ai 25 anni.

Altro dato interessante che troviamo dal già citato rapporto droga, e che è stato da noi riscontrato in istituto e che rispetto al totale delle persone coinvolte nelle attività di polizia i trafficanti e gli spacciatori rappresentano all'incirca il 50 % in ogni anno e in ciascun sesso, con oscillazioni tra il 45,7 % e il 50,5 %, e che inoltre i soggetti di sesso maschile rappresentano circa l'86,5 % degli assuntori, con scarse oscillazioni (da 83,6 % a 87,9 %) nei tre anni e nei due sottogruppi (possessori e non possessori).

La droga quindi riempie le galere, tutta una fascia di giovani entra ormai in carcere per tali reati, rendendo ancora più difficile e drammatica un'azione di recupero sociale, per forti barriere che alza, oltre la esperienza tossicomaniaca, l'esperienza carceraria.

È stato calcolato che nelle carceri pugliesi nei primi sei mesi del 1980 circa il 15 % di detenuti è costituito da soggetti collegati in qualche modo col mercato della droga.

Nel libro di MARISA RUSCONI e GUIDO BLUMIR, *La Droga e il Sistema*, edito da Feltrinelli, si parla che « Nella primavera-estate 1970 a 'Regina Coeli', su 900 detenuti, 300 avevano a che fare con reati per droga ».

« A Milano, a 'San Vittore', nel febbraio 1972 si contavano quasi 100 ragazzi arrestati per stupefacenti ».

È inoltre probabile, come si ritiene da più parti, che il dilagare dell'uso di sostanze stupefacenti abbia già raggiunto al Nord un livello di massima espansione e che da qualche tempo tale livello si sia stabilizzato senza notevoli modificazioni in aumento.

Per quanto attiene al Sud, si reputa, invece, che il fenomeno sia appena in una fase iniziale e che si debba ancora verosimilmente assistere all'incremento e progressione dello stesso.

Per concludere, è forse utile evidenziare che dalla indagine eseguita è emerso che le reali proporzioni del problema appaiono inferiori a quelle sinora riportate da tutti i mezzi di informazione e di comunicazione.

2. - ALCUNI INTERVENTI NELL'ISTITUTO PENITENZIARIO

Prima di illustrare gli esperimenti di intervento che si sono svolti in un carcere pugliese su alcuni detenuti tossicomani, cerchiamo di fare il punto sugli interventi che il sistema penitenziario è chiamato a fare in questo settore.

L'articolo 84 della legge 685/1975 così recita:

« Chiunque si trovi in stato di custodia preventiva o di espiazione di pena e sia ritenuto dall'Autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione. A tal fine il Ministero di Grazia e Giustizia organizza con suo decreto su base territoriale reparti carcerari appositamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali e con i Centri di cui all'art. 92.

Le direzioni degli istituti carcerari sono tenute a segnalare ai centri medici o di assistenza regionale competenti coloro che, liberati dal carcere, siano ancora bisognevoli di cure e di assistenza ». Il secondo comma dell'articolo pone diversi problemi, per altro non ancora completamente risolti, e moltissime perplessità.

Il 19 gennaio 1977, per meglio specificare quanto espresso in quell'articolo, presso l'Ufficio XI della Direzione Generale degli istituti di prevenzione e pena si incontrarono la delegazione del Ministero della Sanità, e quella del Ministero di Grazia e Giustizia. In quella riunione si convenne:

1) i reparti carcerari opportunamente attrezzati di cui all'articolo 84 della legge 22 dicembre 1975 vanno individuati nei centri diagnostico terapeutici e nelle infermerie più importanti esistenti negli istituti penitenziari per quanto attiene ai casi abbisognevoli di cure mediche e specialistiche di base, limitando i ricoveri esterni ai soli casi che richiedono terapie intensive od intervento rianimatorio.

La permanenza nei centri diagnostici terapeutici e nelle infermerie dovrà essere limitata ai tempi strettamente necessari per gli interventi terapeutici, ritenendosi che il trattamento successivo alla cura possa essere validamente effettuato nei reparti ordinari;

2) il Ministero di Grazia e Giustizia per il trattamento sia terapeutico che sociologico si avvarrà, a norma dell'articolo 11 dell'Ordinamento penitenziario, delle istituzioni pubbliche esterne previste dall'art. 92 della legge sulla droga, con le quali andrà a stipulare, tramite l'Ente Regione competente territorialmente, apposite convenzioni;

3) il Ministero di Grazia e Giustizia segnalerà al Ministero della Sanità le Regioni nelle quali si perfezioneranno i convenzionamenti ed il Ministero della Sanità nella distribuzione del fondo nazionale previsto dall'articolo 103 della stessa legge si riserva di erogare alle predette Regioni un aumento di contributo annuo per tale servizio;

4) per uniformare l'invio dei dati previsto dall'art. 105 della citata legge e per una conseguente utilizzazione degli stessi sull'andamento del fenomeno sulla tossicodipendenza ed anche per facilitare i compiti degli uffici giudiziari si appronterà una specifica scheda di facile compilazione da fornire ai competenti uffici giudiziari perché sia riempita in ogni sua parte e perché sia trasmessa al Ministero di Grazia e Giustizia, Direzione Generale degli II.PP., Ufficio XI, ed al Ministero della Sanità.

La circolare del 2 febbraio 1977, n. 792279/11 dell'Ufficio XI del Ministero di Grazia e Giustizia disponeva, appunto, di attenersi alle procedure concordate in quella riunione. « Le Direzioni in indirizzo vorranno uniformarsi per le cure e le degenze dei tossicodipendenti a quanto previsto nell'accordo anzidetto e procedere contestualmente ad una presa di contatto, con le pubbliche istituzioni, costituite ai sensi dell'art. 92 della citata legge sulla droga dagli organi regionali nei territori di competenza, (C.M.A.S.), per prendere, attraverso convenzionamenti, i necessari collegamenti e le operazioni da svolgere all'interno degli istituti. I sanitari dovranno essere direttamente interessati al problema e presenziare agli incontri con i responsabili dei centri da convenzionarsi al fine di dare il loro contributo di esperienza e di preparazione e stabilire il proprio ruolo nell'istituendo servizio.

Le Direzioni vorranno comunicare a questo Ufficio prima di assumere qualsiasi impegno gli accordi di massima raggiunti, sui quali l'Amministrazione si riserva di fornire il proprio parere ».

Tali disposizioni chiariscono innanzitutto l'organizzazione dei reparti carcerari che il Ministero di Grazia e Giustizia avrebbe dovuto per decreto organizzare ai sensi del secondo comma dell'articolo 84 della legge 685/1975. Tali reparti « opportunamente attrezzati », vengono più semplicemente individuati nei « Centri diagnostico terapeutici e nelle infermerie più importanti » ove si dovrebbero indirizzare tutti i tossicodipendenti abbisognevole di cure mediche e specialistiche di base, quindi non da riferirsi al periodo completo di disintossicazione farmacologica, bensì alle cure di primo intervento e alla cura di patologia collaterale e in connessione con lo stato tossico. Nei casi brevi è previsto il ricovero in ospedale esterno.

Un altro concetto importante è che, dopo le cure mediche, il trattamento terapeutico e sociologico dovrà avvenire nei reparti carcerari ordinari senza distinzione di ristretto tossicodipendente dagli altri, cosa che ha notevolmente contribuito a chiarire il già citato articolo 84, dal quale inizialmente si prese lo spunto per voler creare apposite sezioni per i tossicodipendenti.

Inoltre il trattamento terapeutico e sociologico, da farsi all'interno delle sezioni ordinarie, dovrà avvalersi, a norma dell'art. 11 dell'Ordinamento penitenziario, e del più generale spirito della riforma penitenziaria che vuole favorire i rapporti ed i collegamenti con il mondo esterno, dell'intervento dei centri medici di assistenza speciale, previsti dall'art. 92 della legge 685/1975, coi quali le Direzioni degli istituti, attraverso l'Ente regionale competente, dovranno stipulare delle convenzioni che prevedono, prima della stipula definitiva, il parere dell'Amministrazione centrale.

In realtà ci si chiede se i centri clinici per gli interventi di prima assistenza sanitaria sono sufficienti. Prendiamo l'esempio a noi più vicino; nella Regione pugliese il centro clinico carcerario è a Bari, ma questo da oltre due anni è chiuso per lavori. Inoltre nei centri clinici si dovrebbero distaccare operatori come: psicologi, assistenti sociali, educatori, in quanto il 99 % di questi soggetti abbisognevole di tale tipo di cura sono imputati, quindi soggetti che da pochissimi giorni hanno cambiato così repentinamente la loro condizione, dallo stato libero allo stato detentivo. La maggioranza di questi è incensurata, sono i primi giorni ove lo stato astinenziale provoca effetti acuti, si capisce agevolmente come in quel momento lo stato di sofferenze e di

depressione del soggetto è massimo, e come l'intervento medico dovrà essere del tipo intensivo, così è essenziale la figura di operatori capaci e preparati, per portare interventi di primo livello, ossia di terapia di sostegno anch'essi intensivi.

In realtà, oltre che per i previsti casi gravi, ci si è normalmente serviti, almeno qui in Puglia, degli ospedali esterni, anche per i casi che dovevano essere curati in centri clinici.

Nel 1979 il Ministero di Grazia e Giustizia inviò alle Direzioni una circolare con la quale disponeva che, nelle more della costituzione dei C.M.A.S., gli istituti della Puglia dovevano rivolgersi ai seguenti nosocomi particolarmente specializzati nella cura delle tossicomanie:

Ospedali Riuniti di Foggia
Ospedale S. Nicola e Pellegrino di Trani
Ospedale di Venere di Carbonara
Ospedale S. Annunziata di Taranto
Ospedale civile di Ostuni
Ospedale di Summa di Brindisi
Ospedale Vito Fazi di Lecce.

In effetti l'utilizzo dei ricoveri in ospedale che non sia direttamente urgente pone dei gravi problemi. Lo scarso numero dei posti letto, ma soprattutto la difficoltà di ospedali attrezzati per il ricovero di detenuti crea difficoltà agli organi di Polizia e Carabinieri, nonché alla struttura ospedaliera. Nei casi meno acuti i sanitari del carcere fanno del loro meglio, ma il loro solo intervento non basta, specie in quelle case ove non è ancora istituita la guardia medica, ed il sanitario che è presente nell'istituto per poche ore al giorno, non ha la possibilità di seguire il soggetto. È proprio in queste situazioni si capisce come il ricorso all'ospedale rimane una soluzione facile e obbligata.

Nell'istituto, abbiamo detto, debbono camminare di pari passo l'intervento sanitario con quello riabilitativo con l'ausilio del C.M.A.S.

Nell'intervento sanitario, negli istituti penitenziari pugliesi, vengono normalmente impiegati farmaci antidepressivi: (valium in gocce, roipnol, ecc.) e comunque in dosi minime sotto controllo medico e per tempi brevi. Tale intervento, accompagnato da una buona mobilitazione del personale: psicologi, assistenti sociali, educatori, sociologi, ci sembra sia il meno dannoso e comunque da seguire. Vi sono anche degli interventi di carattere

sanitario con impiego di metadone e addirittura con l'impiego della morfina. A tale proposito si cita la lettera circolare del Ministero di Grazia e Giustizia, protocollo n. 813538/13 del 18 ottobre 1978, che stabilisce le nuove procedure di approvvigionamento di medicinali stupefacenti e psicotropi compresi nelle tabelle approvate con D.M. 23 agosto 1977.

In tale circolare viene specificato che per quanto attiene al metadone, un recente decreto ministeriale (D.M. 6 giugno 1978, *Gazzetta Ufficiale* 8 giugno 1978) fa divieto alle ditte produttrici di specialità medicinali o preparati galenici contenenti metadone di cederle a commercianti all'ingrosso o Enti ospedalieri, consentendone l'uso solo negli Enti ospedalieri. Di conseguenza non è più consentito ai servizi sanitari penitenziari di procedere al rifornimento del metadone dalle ditte produttrici o anche con acquisti diretti in farmacia locale esterna ». Eventuali indicazioni di emergenza e necessità di prosecuzione di terapia di mantenimento iniziata altrove e che risulti dannosa interrompere bruscamente, devono sollecitare il sanitario dell'istituto a prendere senza indugio gli opportuni contatti con i sanitari dell'ospedale esterno locale, abilitato al trattamento dei tossicodipendenti, al fine di concordare le modalità di trattamento più idonee e compatibili con le disposizioni legislative. Con il decreto del Ministro Aniasi, entrato in vigore l'11 ottobre 1980, la somministrazione del metadone potrà essere effettuata anche dai C.M.A.S. Conseguentemente a tale decreto dell'Autorità sanitaria, la Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena ha diramato agli istituti penitenziari un fonogramma nel quale viene specificato « ...dal giorno 11 ottobre ha vigore il D.M. 30 agosto 1980 - Ministero Sanità circa la regolamentazione d'impiego dei farmaci ad azione analgesico narcotica del trattamento dei tossicodipendenti ». Tale decreto e la successiva circolare esplicativa prevedono il divieto di utilizzare la morfina per la cura e la dissuefazione dei tossicodipendenti. È prevista l'utilizzazione del metadone in forma sciroppo, è fatto obbligo di accertare lo stato della entità della tossicodipendenza da eseguire solamente presso i presidi pubblici designati dalle unità sanitarie locali, fornite di apposito servizio per l'accertamento della tossicodipendenza. Il servizio sanitario dell'istituto provvederà, al fine di accertare lo stato e l'entità della tossicodipendenza, a stabilire gli opportuni accordi col predetto servizio per gli esami

clinici del caso. Accertato lo stato della tossicodipendenza, e determinato dal presidio pubblico lo schema terapeutico individualizzato, il sanitario dell'istituto potrà effettuare l'esecuzione del trattamento di dissuefazione con obbligo di somministrazione della dose giornaliera diretta con divieto di distribuzione del farmaco al soggetto. Successivamente le disposizioni concernenti l'uso dei preparati galenici di morfina previsti dal decreto del Ministero della Sanità del 10 ottobre 1980, chiarirono che l'uso della morfina era consentito nel trattamento delle tossicodipendenze anche mediante impiego di preparati galenici di morfina cloridata da una a due centigrammi al solo uso sperimentale e a scopo terapeutico secondo i programmi individuali predisposti dai presidi sanitari pubblici. Tale D.M. precisa nuovamente che gli accertamenti dello stato della tossicodipendenza deve essere effettuato rigorosamente e preferibilmente mediante l'esame dei liquidi biologici e dei loro metaboliti.

Per quanto riguarda l'uso della morfina oltre alle enormi perplessità di carattere sanitario che suscita l'impiego di tale sostanza per la cura della tossicodipendenza si ritiene che, specie in regime penitenziario, l'uso di tale sostanza non sia il migliore. Peraltro lo stesso decreto Aniasi chiarisce che l'uso della morfina è consentito solo in determinate condizioni e in situazioni particolari come farmaco terapeutico dei tossicodipendenti. Inoltre il Consiglio Superiore della Sanità ha ritenuto di sconsigliare la morfina come farmaco principale e di ammetterla in via sperimentale ed in particolari situazioni sotto lo stretto controllo del servizio sanitario pubblico. Senza contare le difficoltà dell'uso di questa sostanza in un ambiente penitenziario. L'esperienza ha dimostrato che il detenuto tossicomane, senza smentire quello libero, cercherà in tutti i modi, non solo di avere la morfina, ma di averla per lunghi periodi, cercherà di coalizzarsi con altri per avere dosi maggiori, creando difficoltà all'interno degli istituti; nonché le situazioni di plagio psicologico che questi saprà creare. La circolare citata, del 18 ottobre 1978, precisa quali siano i medicinali che non possono essere usati all'interno degli istituti penitenziari italiani, poiché sono stati esclusi, dalla Amministrazione centrale, dalla gamma dei prodotti concedibili all'interno degli istituti, nel quadro di una prevenzione delle tossicodipendenze in ambiente penitenziario; tali medicinali sono: Cadiazol, Dicodid, Danidon, Taiwintab. Nell'ultimo comma dell'articolo 84 viene inoltre fatto obbligo alle Direzioni di

segnalare ai C.M.A.S. tutti i liberati dal carcere che siano ancora bisognevoli di cure ed assistenza. Non esistono disposizioni precise in materia. Riteniamo che per soddisfare tale esigenza, le Direzioni degli istituti penitenziari debbono regolarsi come previsto dal Regolamento penitenziario per i dimittendi in genere dal carcere. Si ritiene che in questo caso, il Centro di servizio sociale per adulti del Ministero di Grazia e Giustizia debba dirottare ai C.M.A.S. regionali competenti le segnalazioni dei dimittendi che presentano necessità di assistenza da parte di quei Centri.

3. - INTERVENTO NELL'ISTITUTO

Si stabilì, come prima fase, di acquisire i dati dei soggetti che ci si accingeva ad esaminare. Si promossero delle riunioni di gruppo fra l'*équipe* e i soggetti abbisognevoli di cure. Nel gruppo si pensò di inserire anche elementi non tossicodipendenti. In un continuo rapporto con questi maturarono i modi migliori per entrare in comunicazione con loro. Si concordò che l'esperimento doveva seguire la tecnica rogeriana che meglio si presta a essere applicata in ambiente chiuso e permette una migliore conoscenza del gruppo da parte del terapeuta e scambi più fruttuosi tra i diversi partecipanti. Si pensò quindi di prendere spunto dall'esperienza fatta nelle carceri di Lione. Tale indagine è illustrata dal dottor FRANCIA sul n. 3 di *Rassegna di Studi Penitenziari* di maggio-giugno 1977, pag. 379 e segg.

I concetti base di quell'esperienza sono da suggerire ai colleghi e agli istituti penitenziari che vorrebbero accingersi in un lavoro del genere, certamente arduo, ma pieno di interesse. La caratteristica principale della metodologia rogeriana è il non direttivismo e si fonda sulla premessa che, essendo l'indifferenza affettiva uno dei tratti principali della personalità di tali soggetti, rimuovendo tramite la libera espressione verbale, i supporti e le barriere che sostengono questa indifferenza, si possa promuovere, per questi soggetti, un nuovo modo di intendere la relazione con gli altri. Secondo MATHÉ l'obiettivo che la psicoterapia di gruppo si propone è quello di liberare le fantasie che hanno animato la formazione della personalità deviante e di orientare, attraverso gli scambi verbali, le prospettive di una nuova relazione interumana. La formazione terapeutica si eserciterebbe

principalmente su due piani: a livello dell'evoluzione soggettiva e a livello della dinamica di gruppo.

Invero, il nostro obiettivo era ed è, forse, più semplice, portare un aiuto, un'assistenza, senza presunzione alcuna, ad individui in stato di tossicodipendenza. Per quanto doveva attenere alla scelta dei partecipanti si decise che l'entrata nel gruppo doveva essere libera e il soggetto doveva dare il suo assenso alle linee fondamentali del trattamento. Vi sono controindicazioni ad accettare nel gruppo soggetti deboli mentali o affetti da turbe di interesse psichiatrico. La durata delle riunioni suggerite dal citato esperimento « ... è di una ora e mezza circa, per quanto riguarda la frequenza, una sola la settimana permette di ottenere effetti... il numero di partecipanti è stabilito in 7-8 individui, l'animatore deve possedere una solida preparazione in diverse discipline... la durata del trattamento varia da una settimana a venti mesi... ». Tale impostazione già fece presagire le difficoltà burocratiche e dell'ambiente per portare a termine il nostro intervento; infatti tale operazione si è fermata alla prima fase e non ha potuto proseguire per molte ragioni alcune delle quali cercheremo di dire. La scelta dei soggetti è stata dettata dal fatto che questi dovevano presumibilmente rimanere in quell'istituto più a lungo degli altri. Per ciascuno vi è stata una scheda di presentazione ai componenti l'*équipe* che si accingeva ad occuparsi della questione. Da precisare che per i detenuti « giudicabili » in attesa di giudizio è necessario chiedere il nulla osta all'Autorità giudiziaria che procede. L'*équipe* era composta, oltre che dal Direttore dell'istituto, dall'assistente sociale, da un esperto in sociologia, dall'educatore, da un neurologo, da un psicologo.

4. - CASI ESAMINATI

a) *Primo caso*

Il caso fu presentato all'*équipe* con questa scheda: « C.G., di anni 30, attualmente è appellante con l'imputazione di spaccio, celibe, istruzione elementare, lavora saltuariamente come manovale, ha una sorella spastica. Il nominato fa uso di sostanze stupefacenti, a suo dire, da circa 12 anni (hashish), ha provato tutti gli altri tipi di droga ma ne è rimasto insoddisfatto, mentre dall'hashish ne ha fatto una scelta di vita. Interessante sarebbe capire i contatti che egli pare abbia instaurato con la

sorella, in quanto sostiene che è riuscito con il semplice dialogo ed il volerle bene, a svezzarla da una situazione di minorazione psichica. Il soggetto è entrato in istituto a gennaio '80; ha precedenti penali di modesta entità. Nei primi giorni successivi l'arresto il soggetto ha lamentato crisi di astinenza durata pochi giorni e sopportata con l'aiuto di qualche tranquillante, in quei giorni non toccò cibo. Nella relazione psichiatrica: E.N. negativo, E.P. ben orientato nel tempo e nello spazio. Attenzione spontanea e creativa valida. Ideazione normale nel corso ma fortemente polarizzata su problematiche di tipo esistenziale riferita in modo particolare all'esito del processo e della relativa condanna che ritiene "una pazzia". Appare intenzionato a praticare il digiuno per manifestare la sua disapprovazione per tale esito. Tono dell'umore orientato in senso disforico ».

b) *Secondo caso*

Scheda di presentazione:

« C.F., di anni 26, attualmente in attesa di giudizio per l'imputazione di detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti; istruzione elementare, celibe, in precedenza era marittimo. Dice di essere consumatore di eroina da circa sette anni. Prima dell'arresto lavorava come autista addetto alla distribuzione di una agenzia di giornali. Sia il soggetto che gli altri tossicomani che lo conoscono dicono che il lavoro costringeva C. a grossi impegni; spendeva tutto nell'acquisto della sostanza ». Il soggetto è entrato in istituto a febbraio '80. Ha precedenti penali. Il periodo di crisi astinenziale e di crisi di adattabilità alla nuova situazione è stata lunga, 4-5 settimane. La visita psichiatrica rileva « allo stato non si evidenziano turbe neuropsichiatriche in atto ».

L'inchiesta sociale presentava il soggetto « come quartogenito di sette figli, i genitori di istruzione elementare. Il padre ha sempre lavorato onestamente provvedendo, con i proventi del suo lavoro di muratore, al sostentamento della famiglia. I coniugi C. hanno vissuto e continuano a vivere la vicenda giudiziaria del figlio con vergogna e dolore. Il padre infatti non è mai andato a trovare il figlio in carcere ».

c) *Terzo caso*

Scheda di presentazione:

« V.P., di anni 23, condannato per tentata truffa ad un anno e venti giorni di reclusione. Da circa tre anni e mezzo fa uso di

eroina ed in subordine di metadone; non ha lavoro, celibe, istruzione elementare. Si dice cosciente che tale dipendenza lo ha trascinato al crimine; è disposto a provare a superare lo stato di dipendenza psichica e ad uscire fuori dal giro ». Il soggetto ha precedenti penali; « lamenta astenia e cefalea continua di tipo gravativo, E.E.G. ». L'inchiesta sociale presenta il soggetto « ... proveniente da un modesto nucleo familiare... il padre ha sempre provveduto con i proventi del suo lavoro al sostentamento della famiglia... a dire della moglie questi non ha instaurato con i figli un dialogo profondo. Lo stesso infatti non conosce nei dettagli la vicenda del figlio né tantomeno è a conoscenza che questi fa uso di sostanze stupefacenti... non vi sono procedimenti penali nella famiglia o storie di tossicomania... dal colloquio avuto con la sig.ra V. è emerso che la devianza del figlio e l'uso della droga sono iniziati in seguito ad una delusione sentimentale... V. uscì da questa intricata e sofferta vicenda a pezzi, non aveva più interesse per la vita ed in modo particolare per le donne, ritenute tutte delle donnacce. Da allora cominciò ad avere noie con la giustizia e ad entrare nel giro della droga. La madre venuta a sapere della tossicodipendenza del figlio non fece drammi, ma cercò di sostenerlo e di essergli più vicino, sperava di farlo disintossicare definitivamente. La stessa, considerando il figlio una persona molto generosa ma anche molto debole, assunse nei confronti dello stesso un comportamento accondiscendente ed iperprotettivo; si è dichiarata pronta ad esaudire tutte le sue richieste... ».

La storia rileva turbe psicologiche profonde, si noti il rapporto con le donne, ma soprattutto la figura genitoriale sia del padre che della madre, la quale, inconsciamente, rappresenta un fattore che ha portato contributi sbagliati alla struttura psichica del soggetto e quindi alla sua tossicomania.

d) *Quarto caso*

Scheda di presentazione:

« F.M., di anni 23, appellante per il reato di tentata rapina, celibe, disoccupato, istruzione elementare. L'intervento nei suoi confronti è stato autorizzato dalla competente autorità giudiziaria. Prima dell'arresto pare che il soggetto avesse intenzione di recarsi a Roma con il gruppo « Abele ». Fa uso da circa cinque anni di eroina, mentre rifiuta categoricamente il metadone... ».

« E.N. negativo. Psicicamente si evidenzia solo una lieve depressione ansiosa peraltro secondaria al suo stato di detenuto. Non abbiamo dati sociali riferiti a questo caso. Il soggetto durante i colloqui presentava la sua vita con superficialità, non entrava nei problemi, con un sorriso e con atteggiamenti palesemente infantili, liquidava tutto. Strabiliò, invece, allorché si parlava di droga, strabiliò che questo ragazzo dalla vita sciatta e fannullona, permanentemente nei giardini di piazza Umberto di Bari, abituale ritrovo dei ragazzi che si « fanno », furtaiole e dai comportamenti al limite dell'incoscienza, si esprimesse con tanta lucidità sulla « cultura della droga », stette lì a parlare di Vietnam, di marxismo, di scontro tra civiltà, e del circolo vizioso al quale erano sottoposti i tossicomani, cioè quello di fare furti o altro per procurarsi la dose. Ipercritico nei confronti del centro della droga cittadino, affermava che il metadone era una veva violenza sui tossicodipendenti, e che la società doveva liberalizzare l'eroina affinché non si fosse più costretti a rubare ». Anche ad F.M. ponemmo l'ormai nota questione in relazione alla creazione di un gruppo che parlasse di questi problemi e tentasse di portare qualche aiuto.

F. non si mostrò interessato, ma sarebbe venuto in cambio di alcune cose: sussidio finanziario, ... ed in genere una più agevole collocazione all'interno della struttura.

Insomma il suo atteggiamento era mirante ad ottenere precise contropartite in cambio del suo atteggiamento da tossicodipendente che si vuole svezzare e vuole apparire compiacente agli occhi dell'operatore.

È un atteggiamento questo maggioritario che abbiamo riscontrato nell'approccio con soggetti detenuti tossicodipendenti. Insomma con F. si instaurò un rapporto sbagliato e strano, come se tirarsi fuori dalla tossicomania fosse una necessità dell'operatore, mentre al soggetto non importava nulla.

e) *Quinto caso*

Scheda di presentazione:

M.S., di anni 24, studente, celibe, in carcere per furto aggravato. M.S. era noto agli operatori perché frequentatore del centro antidroga. Chiamato dall'educatore per un colloquio preliminare e per prospettargli l'intenzione di formare un gruppo nel quale si sarebbe discusso di problemi inerenti la tossicoma-

nia, M. si è rifiutato di venire al colloquio. È entrato in istituto a maggio '80; stante il suo rifiuto, in ossequio alle norme penitenziarie ed allo intento che gli intervenuti nei confronti dei tossicodipendenti debbono essere accettati da questi, non si è proceduto all'acquisizione né dei dati relativi ai precedenti penali, né ai dati socio-ambientali.

La relazione psichiatrica:

« E.N. negativo. Il paziente si sente abbandonato « Un po' da tutti » e appare profondamente scettico nei riguardi di qualsiasi « intervento » in suo favore. Ritiene inutile il colloquio ». Il paziente si sente abbandonato un po' da tutti « e nel contempo si sente esso stesso dichiarare il fallimento di esperienze negative che aveva avuto nei rapporti con gli altri, centri antidroga e istituzioni compresi « (...scettico nei riguardi di qualsiasi intervento) ». Si decise di tentare l'approccio attraverso un sociologo dell'istituto che lo aveva precedentemente seguito.

f) *Sesto caso*

Scheda di presentazione:

S.F., di anni 26, celibe, è recidivo per vari reati, principalmente truffa, ricettazione, furto. Il soggetto racconta di fare uso di morfina da circa 12 anni. Ha provato altre sostanze ma ha preferito usare sempre la morfina perché « si sente bene » con quella. Dice che ne ha bisogno perché ha subito tante operazioni, e si scopre il torace facendo vedere le varie cicatrici nella zona del cuore, del polmone, dello stomaco e la morfina calma i suoi dolori. Afferma che tutti quei reati li ha commessi per procurarsi i soldi per la dose. Dopo tre anni che si trovava in carcere ha ciclicamente delle crisi in cui sente il bisogno della morfina; in queste crisi più volte il soggetto si è autolesionato e provocato danneggiamenti alle suppellettili. A questi comportamenti sono da associare le punizioni che gli sono state inflitte negli istituti penitenziari. Fuori da queste crisi il soggetto appariva all'operatore incapace di qualsiasi azione violenta, sempre sofferente, con un fisico anziano pieno di dolori, allontanato per motivi disciplinari. Gli si prospettò l'idea di difatti al colloquio si presentava sottobraccio ad un agente.

Il principale obiettivo di S. era ottenere di ritornare in una casa per minorati fisici dalla quale era stato precedentemente

trovarsi in gruppo con gli altri ragazzi tossicodipendenti, il soggetto respinse con cortesia l'idea, dicendo che non si sentiva bene, che comunque l'idea era buona ma lui non si sentiva integrato nell'ambiente ad instaurare un rapporto con alcuno, poiché, diceva, i suoi problemi erano tanto diversi dagli altri e, comunque, come per un atto di compiacenza nei confronti dell'operatore, disse che se si sentiva, avrebbe in seguito partecipato. Si raccomandò per il trasferimento o comunque per il ricovero.

5. - IN ÉQUIPE

Con i dati raccolti ci troviamo nel gruppo di operatori che avevano dovuto cimentarsi in questo lavoro. Si considerò che il nostro intervento dovesse indirizzarsi anche verso gli alcoolisti che negli istituti di pena, al momento, rappresentano il vero problema, come trattamento e come numero, essendo gli etilisti di gran lunga superiore rispetto ai tossicodipendenti, il cui numero, per verità, non è molto marcato, almeno negli istituti penitenziari della Puglia.

L'alcoolismo in carcere crea seri problemi non solo per l'istituto, in termini di aggressività di comportamenti, ma soprattutto nei confronti degli alcoolisti stessi. In uno studio sull'etilismo e condizione detentiva, apparso sul n. 2 della *Rassegna di Profilassi Criminale e Psichiatrica* (maggio-agosto 1977), organo ufficiale del Centro di Igiene mentale di Palermo, si evidenzia che in una rilevazione fatta nella Casa di lavoro di Castelfranco Emilia, « ...per i soggetti etilisti il tempo di permanenza medio (in carcere) è di 40,6 mesi, mentre per i non etilisti è di 27,32... ».

Poiché il numero delle punizioni subite è più alto e ciò incide nell'applicazione delle misure alternative con la liberazione anticipata e perché è facile che questi soggetti, in seguito a comportamenti aggressivi o in stato di ebbrezza, vengono denunciati all'Autorità giudiziaria e si vedono prolungare la pena per la quale erano inizialmente entrati. Oltre a questo la non adattabilità dell'etilista all'ambiente e quindi la sempre più sua emarginazione. Quindi la loro esclusione dall'occupazione di posizioni qualificate nell'ambito del lavoro, per esempio.

Per cui nei confronti degli etilisti v'è una oggettiva « restrizione delle possibilità di interazione con gli altri internati e la riduzione delle possibilità occupazionali sia intra che extra-istituzionali. Si può prevedere così l'apertura di un ciclo regressivo-depressivo, nel quale l'etilista, proprio per la riduzione delle possibilità suddette, avverte maggiormente la necessità di gratificazioni sostitutive, il cui significato compensativo risulta pienamente attendibile alla luce anche di informazioni di ordine esistenziale biografico ».

Molti degli interventi fatti da quel gruppo di criminologi in quella Casa di lavoro risultarono fallimentari. Pertanto l'*équipe* decise di approfondire il problema, tenendo presente anche l'altra direttrice di marcia che si era imposta di disomogeneizzare il gruppo di tossicomani, prevedendo per tutti un trattamento che si caratterizzasse su tre piani: « medico, psicologico ed assistenziale, con interventi programmati organicamente, richiedere quindi la collaborazione dei servizi operanti presso le istituzioni penitenziarie, con quelle operanti nel territorio, operatori dell'Igiene mentale, dei costituendi C.M.A.S., ecc., coincidente con quello del presumibile insediamento post-penitenziario ».

In quelle stesse valutazioni emerse un non meno diffuso, ma preoccupante fenomeno, quello della inalazione di idrocarburi a scopo voluttuario. Uno studio fatto da due medici, proprio nell'istituto penitenziario in questione, qui in Puglia, e proprio uno dei due medici fa parte dell'*équipe* che si è dedicata al lavoro anzidetto. Si tratta dell'uso per via inalatoria del gas contenuto nelle bombolette per i fornelli in uso negli istituti penitenziari. Tale studio è apparso sul n. 1-2 relativo alla pubblicazione del 1° semestre (gennaio-giugno 1979) della *Rassegna penitenziaria e criminologia*.

L'inalazione di tali bombolette, in uso presso gli istituti penitenziari, avviene tramite il trasferimento... « in sacchetti di plastica, dai quali poi si aspira la quantità desiderata ». Lo studio presentato da GRECO e VENA, al di là delle storie personali dei soggetti per molti versi similari ai soggetti tossicodipendenti, faceva emergere una considerazione preoccupante. Tutti i casi analizzati avevano avuto esperienza con le varie droghe e che quindi il ricorso all'inalazione del gas è « ...l'ultima cosa, si usa quando non c'è altro, in carcere lo fanno tutti... per sbal-

lare », come racconta D.P.L. nel caso n. 2 di quello studio, e che « ...nessuno aveva in precedenza usato il gas. Per tutti l'incontro con il gas è avvenuto in carcere ». Il problema è serio, se tutti i casi analizzati hanno avvertito alla prima inalazione « nausea e disgusto, tutti, ciò nonostante, hanno continuato ad usare regolarmente il gas in regime detentivo ».

Pensare di non consentire l'uso delle bombolette di gas per eliminare il fenomeno è una soluzione che aprirebbe seri problemi negli istituti penitenziari. Occorrerebbe un serio intervento sui detenuti tossicomani, dal momento che il fenomeno di inalazione di gas è strettamente collegato con una precedente esperienza tossicomantica, così come è stato prevalentemente appurato, per scongiurare il ricorso di questi a quest'ultima dannosa spiaggia, che è a portata di mano nel carcere.

6. - CONCLUSIONI

Non vi sono conclusioni da tirare, vi sono solo dei discorsi e dei problemi che si debbono aprire e tentare con tutte le componenti interne ed esterne all'istituzione di impegnarsi al massimo nella questione di chi non riesce a trovare un ruolo attivo nella società o di coloro ai quali la società non sa offrire un ruolo. Da tutto ciò che abbiamo detto in queste note, che più che altro sono delle annotazioni del nostro lavoro quotidiano, non v'è che da rimarcare il concetto che, si è potuto rilevare anche nella esposizione dei casi, è la struttura di mercato a generare criminalità. Come nei primi 4 casi esposti. F.M. ha commesso una lunghissima serie di reati perché gli occorreavano soldi, tanti soldi per comprare la roba. E che, in ciascuna delle storie, v'è tanta solitudine ed il bisogno di sentirsi qualcuno accanto, anche nella storia del 5° caso M.S., benché non voglia parlare con nessuno, è scettico verso tutti, pone un'istanza di relazione, d'amore, diremmo « ...si sente abbandonato un po' da tutti... », ha raccontato allo psichiatra. Un'altra considerazione che si pone nel caso specifico che occorre stare in guardia per il rischio, che è reale, di fare interventi verso categorie omogenee, come i tossicomani, in ambiente penitenziario, creando oggettivamente delle condizioni di privilegio rispetto agli altri detenuti.

Quasi in tutti i casi è stato chiesto un miglioramento della propria condizione, chi il sussidio, chi le tele per dipingere, chi un intervento esterno, chi il trasferimento. Gli istituti penitenziari sono tenuti a questi interventi, ma debbono farlo in un quadro organico e complessivo per tutti i ristretti. Fatale ed errato sarebbe creare, magari con situazioni inconscie, non calcolate, degli interventi privilegiati per esempio a chi partecipa ad una riunione di gruppo di tossicodipendenti o altro. Non solo i soggetti plagierebbero l'operatore e verrebbero solo per convenienza ambientale, ma si falserebbe tutto il rapporto che si vorrebbe instaurare. Oltre a creare disparità di trattamento in carcere, che per gli addetti ai lavori è facile capire, crescerebbero insormontabili problemi, sino a creare, ed è già successo in taluni casi, forme di tossicodipendenza presunte, al solo fine di ottenere il miglioramento nella struttura. Qui non si vuole dire che non debbano esserci interventi di assistenza e sostegno del recluso in genere, anzi; ma si deve tenere conto di un piano di interventi e di assistenza organica. Per cui il suggerimento che possiamo dare è che qualunque forma di intervento sui tossicodipendenti, etilisti o altro, fatti in ambiente penitenziario, non deve mai creare delle condizioni di diversità tra i reclusi; anzi si deve tendere a stemperare i vari problemi specifici, nella più ampia problematica della comunità penitenziaria. Come si ricorderà, infatti, nell'intervento ipotizzato in questo istituto della Puglia si era determinato di effettuare la seduta di gruppo con la presenza di detenuti non tossicomani. Abbiamo anche detto che l'ipotesi iniziale si è fermata alla sola prima fase, quella cognitiva, una delle ragioni è proprio il rischio che si è detto poc'anzi. La vera e più profonda ragione è però la struttura penitenziaria, così com'è, le paralisi che creano la burocrazia e le procedure, l'inadeguatezza delle strutture e del personale, il difficile coniugamento di una volontà della struttura che è custodialistica, con una istanza di liberazione; è forse più semplice il non sapere cosa realmente dire a questi giovani. Se per il momento si è arrivati a questo studio, l'intento è però di proseguire anche con l'aiuto dei C.M.A.S. che per ora sono solo sulla carta, e già in questi giorni si è ripreso a parlarne, affinché tutti facciano la loro parte in questa, che è una battaglia per il miglioramento della qualità della vita, solo che noi ci troviamo a farlo in ciò che spietatamente è stato definito la « fogna della società », in carcere, ma qui vi sono degli uomini,

ai quali, più d'ogni altro, si deve parlare di vita e di libertà e non di morte e di repressione, anche se ciò che può apparire nella società libera fattibile o semplice, diventa maledettamente complicato in un istituto penitenziario. E bene sarebbe se tali interventi rientrassero in un quadro organico dell'Amministrazione penitenziaria centrale.

BIBLIOGRAFIA

- Mafia e Droga* di M. PANTALEONE, Einaudi, 1979.
Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, n. 1-3, 1980 a cura dell'Università Cattolica del S. Cuore - « Rapporto Droga Italia 1977-78 ».
La Droga e il Sistema, di GUIDO BLUNIR e MARISA RUSCAI, Feltrinelli, 1979.
 Circolare n. 792279/1977 del Ministero di Grazia e Giustizia, Ufficio XI.
Rassegna di Studi Penitenziari, 2, 1979.
 Circolare n. 813538/1978 del Ministero di Grazia e Giustizia.
Rassegna Studi Penitenziari, 3, 1977.
Rassegna Penitenziaria e Criminologica, 1-2, 1979.
Rassegna di Profilassi Criminale e Psichiatrica, 2/1977.

RIASSUNTO

Il fenomeno tossicomaniaco lungi da essere un esclusivo problema di polizia o criminologico, produce necessariamente strette connessioni con la criminalità organizzata, divenendo un moltiplicatore di devianza sociale.

È quanto risulta dall'analisi dei ristretti tossicodipendenti in una Casa circondariale dell'Italia meridionale ove s'evidenzia la forte influenza della struttura internazionale del mercato della droga sull'andamento del fenomeno stesso, sfruttando le condizioni di patologia sociale ed individuale.

Nella ricerca sono evidenziate le enormi difficoltà di attuazione di un processo vertente ad un riesame critico dell'esperienza tossicomaniaca per le forti barriere che si frappongono nell'ambiente penitenziario, specie nei primari.

Gli Autori vagliano le molteplici normative in relazione al fenomeno dell'Amministrazione penitenziaria e presentano le storie di alcuni soggetti ristretti dediti all'uso di sostanze stupefacenti.

RESUME

Le phénomène de la toxicomanie est loin d'être exclusivement un problème de police ou de criminologie, vu qu'il induit nécessairement des connexions étroites avec la criminalité organisée et devient ainsi un multiplicateur de la déviance sociale.

C'est ce qui résulte de l'analyse des internés toxicomanes d'une Maison d'arrêt de l'Italie méridionale, où on relève la forte influence de la structure internationale du marché de la drogue sur la démarche du phénomène lui-même, à travers l'exploitation des conditions de pathologie sociale et individuelle.

La recherche a mis en évidence les énormes difficultés auxquelles se heurte un processus visant à un réexamen critique de l'expérience de la toxicomanie, en raison des fortes barrières qui se créent dans le milieu pénitentiaire, surtout chez les primaires.

Les Auteurs examinent les multiples normes en vigueur, dans l'Administration pénitentiaire, relativement au phénomène en question et relatent les vicissitudes de certains sujets internés qui s'adonnent à l'usage de substances stupéfiantes.

SUMMARY

Drug addiction, far from being an exclusively police or criminological problem, has close links with organized crime and such is a multiplier of social deviation.

This has emerged from an analysis of drug addicts serving sentences in a prison in Southern Italy, where there is evidence of the strong influence which the international structure of the drug traffic exercises on the drug addiction problem as such by exploiting conditions of social and individual pathology.

The research highlights the enormous difficulties in carrying out a process of critical reappraisal of drug addiction experiences on account of the strong obstacles encountered in prison circles, especially at primary level.

The Authors examine the numerous regulations in relation to this phenomenon in the prison administration and relate the stories of a number of prisoners addicted to drugs.

RESUMEN

El fenómeno de la toxicomanía, considerado como un problema exclusivo del ámbito policial o de la criminología, está estrechamente ligado a la criminalidad organizada y constituye un verdadero generador de desadaptación social.

Este es el resultado del análisis de un grupo de tóxicodependientes de una Casa de Distrito situada en Italia meridional. En él se puede evidenciar la fuerte influencia de la estructura internacional del mercado de la droga sobre el desarrollo del fenómeno mismo, por medio de la exploración de las condiciones de patología social e individual.

Quedan claramente evidenciadas, en esta investigación, las enormes dificultades que surgen para llevar a cabo el proceso de un nuevo examen crítico de la experiencia toxicómana, debido a los grandes obstáculos que surgen en el ambiente penitenciario, sobre todo por parte de las autoridades principales.

Los Autores discuten las varias reglamentaciones existentes en la Administración penitenciaria respecto de este fenómeno y presentan los casos de algunos sujetos aficionados al uso de sustancias estupefacientes.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Phaenomen der Drogenabhaengigkeit, die keine exklusive polizeiliche bzw. kriminologische Frage ist, hat enge Verbindung mit der organisierten Kriminalitaet notwendigerweise zu Folge und wird auch zu einem Multiplikator von sozialen Abweichungen.

Das ergibt aus der Analyse ueber in einem Bezirksherichtshaus in Sueditalien gefangengehaltenen Drogenabhaengigen, wo der starke Einfluss der internationalen Drogenmarktstruktur auf den Drogenphaenomensfortgang durch Ausnuetzung der Sozial-zugleich Einzelpathologie anscheinend wird.

Die Untersuchung hebt die uebergrosse Verwirklichungsschwierigkeiten eines auf eine kritische Wiederueberpruefung der Drogenabhaengigkeitserfahrung aufgrund der in der Gefaengnisumwelt hauptsaechlich bei den Strafgefangenen im Erstvollzug bestehenden starken Beschraenkungen offensichtlich hervor.

Die Autoren pruefen die vielfachen Normativen und beschildern die Geschichten einiger rauschgiftsuechtiger Strafgefangener.