

DROGA E CARCERE. L'APPROCCIO MEDICO AL PROBLEMA

GIANFRANCO GARAVAGLIA (*)

La presente relazione è frutto di esperienze personali acquisite durante trentacinque anni di attività ininterrotta psichiatrica e medicolegale, compiuta nell'ambiente carcerario (carcere di S. Vittore in Milano) e nelle strutture giudiziarie (sia come perito che come Giudice componente privato del Tribunale per i Minorenni di Milano, che come esperto componente il Collegio della Sezione di sorveglianza presso la Corte d'Appello) oltre che nelle strutture psichiatriche (Ospedali psichiatrici e servizi esterni) della Provincia di Milano.

Dal lontano 1947, quando subito dopo la fine della guerra e la proclamazione della Repubblica in Italia, nella generale febbre e illusione di rinnovamento che aveva coinvolto tutte le strutture del paese, anche le strutture penitenziarie cominciarono ad essere oggetto di ripensamenti e di studi tesi al raggiungimento degli scopi fissati dall'art. 27 della Costituzione («l'emenda» del condannato) ho modestamente cercato di partecipare a quel fervore di studi antropologici, criminologici e giuridici che miravano a far tradurre in norme legislative le indicazioni operative che nascevano dall'esperienza di tecnici impegnati (medici, giuristi, psicologi, operatori penitenziari) sul campo e che apparivano essere assolutamente necessarie per trasformare il mondo penitenziario da uno strumento puramente repressivo ed emarginante in un fattore socializzante o quanto meno non altamente criminogenico.

L'inerzia (per usare una parola benevola) del legislatore ha fatto sì che solo nel 1975, vale a dire quando ormai in tutta l'Europa certamente, ma soprattutto in Italia, si erano venute

(*) Libero docente in psichiatria e antropologia criminale, specialista in malattie nervose e mentali.

a creare nuove ed impreviste (almeno dai reggitori della cosa pubblica) contraddizioni nella società e nuovi tentativi di gestire i conflitti sociali ed individuali, è stata varata la legge penitenziaria oggi vigente che prevedeva (come prevede tuttora) una serie di interventi miranti a « trattare » i cittadini che vengono ristretti a vario titolo negli Istituti di pena, con intenzione di diversificazione « clinica » al fine di poter applicare misure riabilitative (emendative) il più possibile differenziate ed adatte ai singoli individui.

Tale legge e relativo regolamento che non solo renderebbe possibile, ma addirittura lo prescrive, un approccio clinico-antropologico al detenuto (che sia in attesa di giudizio o già definitivamente condannato) è stato reso di fatto inoperante (salvo esigue eccezioni sporadiche) dalle sprovvedute preminenti e assorbenti preoccupazioni di difesa dell'ordine pubblico (dentro e fuori gli Istituti penitenziari) fortemente compromesso dalla crescita di inedite, quantomeno nella loro diffusione, modalità di comportamento delinquenziale e sociopatico sia politiche che comuni.

Tra queste modalità nuove di comportamento turbativo dell'ordine sociale occupa un posto preminente per la sua diffusione (e per l'intrico che lo lega agli altri fattori di turbamento come il terrorismo politico, l'« industria » dei sequestri di persona, le varie « mafie » e « camorra »), il fenomeno dell'inquinamento di larga parte della popolazione giovanile mediante l'uso di sostanze chimiche dotate di quelle proprietà (produzione di assuefazione e di dipendenza, affievolimento più o meno marcato, sino all'annientamento, delle possibilità di esame e controllo di realtà) che tolgono a chi ne fa uso, in modo più o meno gravemente lesivo per loro e per chi sta loro attorno, la possibilità di porsi in una condizione di esistenza dialettica socialmente accettabile.

Così come nel componimento di ogni atto criminoso si ravvisa un affievolimento di un corretto rapporto con la realtà, intesa anche e soprattutto come possibilità di tener conto « degli altri » e del « proprio futuro », così nell'individuo che comunque abbia le strutture nervose (corteccia cerebrale e nuclei sottocorticali) inquinate da sostanze neurotrope che alterino le possibilità di armonico sinergismo fra i vari livelli anatomofisiologici si ha, comunque, una regressione più o meno intensa, più o meno duratura ad una condizione egocen-

trica che toglie più o meno marcatamente la possibilità di rimanere dentro le regole del « contratto » sociale.

Naturalmente diversa è l'intensità di tale « affievolimento » delle possibilità di coesistere contrattualmente a seconda del tipo di droga inquinante da un lato, e dall'altro, a seconda del temperamento (condizione genetica e biologica), della storia individuale (condizione psicodinamica) e della situazione attuale (condizione sociale) dell'individuo che la assume.

È a tutti noto che, fra tutte le sostanze neurotrope con le caratteristiche di « droga » quelle che troviamo coesistere (e non voglio qui per ora dire se in modo condizionante o condizionato) con comportamenti delinquenziali sono nella stragrande maggioranza dei casi i derivati dell'oppio e fra questi (oggi almeno) l'eroina, anche se spessissimo possiamo riscontrare nei soggetti che frequentano le carceri, l'uso più o meno intenso di derivati della canapa indiana, di anfetamina, di cocaina, di LSD e l'abuso di alcool.

Tali sostanze, tranne l'alcool, sono però raramente presenti sole o associate fra loro senza la presenza di oppiacei; comunque quasi mai accade che un soggetto chieda di essere assistito, sotto il profilo medico, per disturbi che riferisce legati al pregresso abuso di sostanze che non siano derivate dall'oppio, e fra queste, nella quasi completa generalità dei casi che non sia eroina, almeno in questi ultimi anni e negli stabilimenti penitenziari per adulti (qualche anno fa nelle carceri minori si incontravano molti ragazzi dediti solamente alle anfetamine).

Non è questa la sede per prendere in considerazione e discutere sui numerosi e probabili motivi che rendono preponderante l'associazione eroinodipendenza-comportamento delinquenziale: basti ricordare che le motivazioni temperamentali e psicodinamiche che coesistono spesso nella determinazione dell'eroinodipendenza intesa come fuga dall'impegno esistenziale mediante una regressione grave ad una condizione egocentrica e parassitaria di tipo infantile (condizioni precedenti lo stato di cronica intossicazione) si associano poi all'azione farmacologica di induzione alla dipendenza posseduta in massima misura dalla eroina con incremento grave delle precisi condizioni e alla situazione del mercato dominato, almeno nel nostro paese, da trafficanti in oppiacei, con gli immensi

profitti che questi traffici determinano. Certo è che, una volta instauratasi l'eroinodipendenza, (con l'assunzione di un certo stile di vita obbligato dall'ambiente dei T.D. e degli spacciatori e con certe smisurate necessità economiche), il passaggio ad un comportamento delinquenziale o l'intensificazione di tale comportamento preesistente (soprattutto nel campo dei reati contro la proprietà) è pressoché automatico, costante e persistente: oltre ai reati di furto, scippo, raramente rapina, si verificano poi i reati strettamente connessi con la frequenza di gruppi tossicodipendenti, come lo spaccio, o con il bisogno di assicurarsi dosi per un tempo protratto, come la detenzione di quantità non modiche di droga.

Il tossicodipendente che arriva in carcere è dunque un soggetto che ha in sé, nel proprio modo di esistere, nel proprio vissuto, sviluppate al massimo quelle caratteristiche che abbiano all'inizio di questa relazione ricordato, di indebolimento dell'Ego, di regressione ad un Ego infantile parassitario, ad una impossibilità di programmazione « contrattuale » che caratterizzano la massima parte di coloro che delinquono.

In altri termini il tossicodipendente da eroina che incontriamo in carcere è, salvo rare eccezioni, una persona, fra le altre che sono nello stesso ambiente, particolarmente debole nelle sue capacità di rapporto col reale, e di programmazione contrattuale col mondo e col proprio futuro, che più di tutti gli altri componenti la popolazione carceraria, ha bisogno di impegno e di grande qualificazione in chi lo deve trattare per ricondurlo ad una socializzazione che possa diminuire le sofferenze sue e di chi egli danneggia col proprio comportamento. E per conseguenza massimamente qualificate e impegnate dovrebbero essere le operazioni di trattamento a suo vantaggio a tutti i livelli (medico, educativo, sociale): per questo il legislatore all'art. 84 della legge 685/1975 prevede reparti speciali in ogni stabilimento carcerario per i tossicodipendenti.

Reparti speciali e speciale trattamento, si badi bene, che non sono certo tesi nell'intenzione del legislatore, come malamente si è creduto da parte di vertici ministeriali anni fa, ad emarginare i tossicodipendenti, ma ad attuare quel trattamento differenziato previsto dal legislatore quando ha emanato la legge 354/1975 tanto a lungo meditata prima della sua comparsa ormai tardiva, legge che era ed è appunto improntata

al riconoscimento della necessità di un trattamento differenziato per *tutti* i delinquenti in carcere: legge che, in questo, è stata totalmente disattesa per inpreparazione culturale di politici, giuristi, tecnici, che si sono rifugiati nelle sopraricordate necessità di ordine pubblico.

Le considerazioni che stiamo facendo potrebbero apparire estranee alla competenza del medico; ma a nostro avviso questa obiezione non è sostenibile.

Se per medico, e soprattutto per medico psichiatra, si intende oggi in ogni paese di civiltà avanzata non solo un professionista che cura nel corpo e nella mente gli individui « ammalati », ma anche soprattutto un « operatore sociale » che è protagonista nelle attività di *prevenzione* delle « malattie » del corpo e della mente e delle « devianze » comportamentali da un lato, e nelle attività di *recupero* dei malati, degli infermi e dei devianti, allora non si può assolutamente confinare chi ha un'adeguata e moderna preparazione medica in mansioni che artificiosamente siano marginali o collaterali alla gestione totale del problema penitenziario.

Ed in particolare, nel caso dei tossicodipendenti, nonostante molte voci si siano levate e si levino tuttora contro la riduzione del problema tossicodipendente a un problema solo medico (e con queste voci concordiamo pienamente), non si può invece assolutamente passare all'estremo opposto, come si fa da tante parti, di negare qualunque competenza del medico nella faccenda. E ciò è comprovato non solo dalle norme vigenti nel nostro paese, che assegnano alle USL, cioè alle cellule primarie del Servizio sanitario nazionale, le mansioni di assistenza ai tossicodipendenti, ma soprattutto dal comportamento dei pazienti intossicati che, quando cercano di uscire dalla condizione di sofferenza somatica e psichica determinata dalla cronica assunzione di droga, si rivolgono al medico o a strutture mediche.

Ciò che vale per il problema in generale, cioè fuori dalle mura dei penitenziari, vale a maggior ragione negli Istituti di pena, ove il tossicodipendente sofferente a nessun altro si rivolge se non al medico per avere sollievo.

Riassumendo dunque:

1) il trattamento dei T.D. nelle prigioni dovrebbe essere un aspetto particolare del trattamento emendativo in generale;

2) nel trattamento dei delinquenti intesi come personalità carenti di maturità dell'Ego, la figura del medico-antropologo in generale e psichiatra in particolare è parte integrante del gruppo di operatori a tutti i livelli, e non ausiliaria;

3) nel trattamento in particolare dei tossicodipendenti in quanto delinquenti particolarmente male strutturati con Ego particolarmente debole e profondi disturbi a livello emozionale, le competenze del medico sono preponderanti rispetto agli altri componenti del gruppo di operatori penitenziari.

Queste premesse che naturalmente possono e devono essere oggetto di discussione in questa sede, appaiono necessarie per esaminare, in un'ottica che metta a fuoco tutti i risvolti del problema, la situazione attuale al fine di criticarla, sia pure senza animosità, e ipotizzare senza pregiudizi nuovi alternativi programmi di lavoro.

LA SITUAZIONE ATTUALE IN ITALIA

Da indagini compiute dall'Ufficio Studi del Ministero di Grazia e Giustizia in tutta Italia, e da più analitiche inchieste svolte dal sottoscritto e dai suoi collaboratori negli Istituti penitenziari della Lombardia e dell'Emilia-Romagna (territori soggetti all'Ufficio Ispettorato degli Istituti penitenziari con sede in Milano), l'assistenza che viene attualmente fornita ai T.D. è così svolta (sostanzialmente identica, con piccole variazioni locali, per tutti gli Istituti).

Al tossicodipendente che entra dalla libertà nel Carcere (si tratta dunque di Case Circondariali) e denuncia, al momento della visita medica che viene effettuata subito dopo la sua ammissione in Carcere, di essere tossicodipendente da eroina o in qualche raro caso da altro oppiaceo (le altre droghe non vengono prese in considerazione né dai pazienti né dai medici) viene prescritto un trattamento medicamentoso a base di benzodiazepine somministrate generalmente per via parentale, per alcuni giorni. Se la sintomatologia d'astinenza è particolarmente vivace, in alcuni Carceri viene somministrato metadone per es. a dosi rapidamente scalari, o, in casi eccezionali, morfina per via intramuscolare.

Qualora il neo-detenuo dichiari di essere in trattamento ambulatoriale presso un centro di assistenza ai drogati del territorio con metadone, il medico provvede a verificare se

tale notizia corrisponde al vero, informandosi presso il centro cui il paziente fa riferimento, e a ritirare dal centro stesso le dosi necessarie per trattare il detenuto con dosi « a scalare » (la diminuzione delle dosi viene generalmente concordate tra il sanitario del Carcere e i sanitari dei centri sul territorio).

In talune Case Circondariali il metadone viene somministrato (« a scalare ») anche ai neo-detenuti che non sono già in trattamento metadonico esterno, previo accertamento, con esami sui liquidi biologici del soggetto, della sua tossicodipendenza. In tutte le C.C. da noi interpellate (n. 17 per un totale di n. 3.500 detenuti) nonostante esistano già da anni progetti di convenzione tra il Ministero di Grazia e Giustizia e le USL del territorio ove è situata la singola Casa Circondariale non sono ancora stati perfezionati formalmente gli accordi previsti; tuttavia di solito un medico e qualche altro operatore paramedico dell'USL della zona entra in Carcere su chiamata, o con una frequenza che non è quotidiana, vede i detenuti tossicodipendenti, fa le prescrizioni di farmaci, e null'altro, sinché il paziente non accusa più disturbi soggettivi.

Eventuali approcci miranti allo studio della personalità dei pazienti, o ad un tentativo di rapporto comunque psicoterapeutico ed eventuali rapporti con l'ambiente familiare dei detenuti, vengono fatti dal personale (educatori, assistenti sociali, psicologi) previsto dall'art. 80 del Regolamento Penitenziario.

In Milano, ove l'afflusso giornaliero di T.D. è particolarmente alto (si può calcolare una media di 10/15 detenuti al dì denunciati, al momento della carcerazione, eroinodipendenza) il servizio d'urgenza nei loro confronti viene svolto dai medici di guardia di turno, e da due medici di guardia (generici) particolarmente addetti al Servizio T.D. che forniscono le prime cure farmacologiche ritenute necessarie (benzodiazepine, promazina e catapresan) a chi non è già in cura ambulatoriale metadonica: tali cure vengono proseguite con il catapresan per alcuni giorni, poi il T.D., salvo che non presenti malattie somatiche (e dominano fra queste le epatiti da siringa) viene perso di vista.

In questo stabilimento dal novembre 1978 l'Amministrazione Provinciale di Milano, sulla base di una convenzione fatta con il Ministero di Grazia e Giustizia, ha inviato un gruppo di operatori (due medici psichiatri, due psicologi, due assi-

stenti sanitari, un infermiere psichiatrico, un'assistente sociale) con il compito di seguire i T.D. che, superati i primissimi giorni di sofferenza da crisi di astinenza (curati dai sanitari del Carcere come sopra riferito), chiedessero di essere assistiti in modo specifico con trattamenti vari (socio-psicoterapeutici in senso lato), oltre che con farmaci non sostitutivi. La Direzione della C.C. aveva messo a disposizione dell'équipe una ventina di celle poste tutte al piano terreno del secondo raggio e cinque locali nello stesso raggio e piano per visite ambulatoriali, sedute psicoterapeutiche individuali e di gruppo. In questo reparto venivano ristretti quei detenuti tossicodipendenti che richiedevano di essere separati dai detenuti dei reparti comuni, per i motivi più vari (dichiarati o inconfessati).

A tale reparto si cercava di adibire agenti di custodia e un graduato capoposto che dessero un certo affidamento di poter gestire la difficile popolazione ivi ristretta, ma tale intenzione si è limitata quasi sempre ad essere un pio desiderio, per i motivi più svariati, il principale dei quali è la cronica insufficienza numerica del personale (al massimo si avevano, nelle ore diurne, due guardie per una media di una trentina di detenuti, e nelle ore serali-notturne, una sola guardia che doveva badare anche ad altri piani del raggio), oltre all'avvicendamento continuo di giovani reclute, e alla riluttanza degli agenti ad impegnarsi nel difficile, sgradevole, frustrante compito di trattare con personaggi sconcertanti come sono i tossicodipendenti in generale.

Anche l'isolamento dal resto del Carcere dei detenuti T.D. che lo richiedevano fu sempre un pio desiderio: infatti, per l'affollamento del Carcere, molte celle del reparto T.D. venivano regolarmente occupate da detenuti « in transito » provenienti da altre Carceri della Repubblica per presenziare a processi a loro carico che si tenevano a Milano; e tra questi detenuti c'erano anche ergastolani o comunque condannati a lunghe pene: inoltre dai piani superiori scendevano scopini, spesini, lavoratori, ecc. (esperti in ogni genere di traffici). L'isolamento, dunque, che avrebbe dovuto consentire (anche su richiesta di molti degli stessi detenuti tossicodipendenti) un maggior controllo sull'afflusso clandestino di droghe rispetto al resto del Carcere, non esisteva se non nelle intenzioni, non solo, ma la presenza di elementi estranei (spesso mossi da intenzioni e programmi eversivi) portava nei T.D. condizioni emotive

tutt'altro che favorevoli all'instaurarsi di un clima e di un rapporto di gruppo, e fra il gruppo e gli operatori, positivo ai fini di una evoluzione clinica risocializzante. Il clima del reparto si andò progressivamente deteriorando nell'estate 1981, quando in S. Vittore si fecero sempre più vivaci i movimenti di contestazione promossi dai detenuti politici in altri piani dello stesso secondo raggio, sino a culminare nelle pagine nere delle rappresaglie compiute da alcuni gruppi di agenti su molti detenuti politici in seguito all'omicidio di un brigadiere della custodia avvenuto presso la sua abitazione in città alla fine del settembre 1981. Ovviamente ciò che avvenne in quei giorni non è ancora stato chiarito: sta di fatto che i locali ove agiva la nostra équipe sono stati completamente devastati, né sono stati ancora riattati, inoltre non sono ancora stati presi quei provvedimenti organizzativi (personale di custodia adeguato qualitativamente e quantitativamente, realizzazione di un vero isolamento, protezione degli operatori e del materiale clinico) che erano stati chiesti dal sottoscritto e dai suoi collaboratori come base per la ripresa dell'attività.

La presenza di gravi problemi di ordine, disciplina e sicurezza nella Casa Circondariale di Milano, il continuo avvicinarsi di personale direttivo, la cronica insufficienza quantitativa e qualitativa del personale di custodia, da una parte, la persistente mancanza di strutture competenti per l'organizzazione sanitaria in generale nella città di Milano (ove il sistema previsto dalla legge di riforma sanitaria stenta a decollare per una serie di fattori che non è qui la sede di riferire, ma che di fatto pone il Ministero di Grazia e Giustizia che pure vuole giungere alla firma di una nuova convenzione — essendo la Provincia di Milano non più competente — nella condizione di non avere un interlocutore con cui trattare) dall'altra, fanno sì che a più di un anno dalla distruzione del nostro Centro questo non abbia ancora ripreso a funzionare. In attesa del rientro nella Sezione maschile della C.C. la nostra équipe svolge la sua attività nella Sezione femminile.

La difficile contraddittoria gestione dell'assistenza ai T.D. nella totalità del Carcere (sono mediamente detenuti 1.500 uomini e 100 donne) durata poco meno di due anni e interrotta drammaticamente, ha tuttavia permesso non solo di iniziare alcune modalità di trattamento del problema dei T.D. in prigione che hanno condotto all'instaurarsi di un rapporto tra

équipe e assistiti molto vario, quasi sempre estremamente difficile e contraddittorio ma, in un discreto numero di casi, valido nel senso di porre quanto meno in discussione nei pazienti il comportamento delinquenziale drogastico, e a permettere di individuare da parte dell'équipe molte modalità di comportamento del personale di custodia che sono assolutamente da evitarsi e viceversa molte modalità che sono da incrementarsi, oltre a molte modalità da crearsi ex novo. Basti qui ricordare che in ventidue mesi di attività sono stati visitati una o più volte circa 2000 detenuti e ne sono stati presi in carico più di 300 (con degenza da una settimana ad alcuni mesi nel reparto T.D.).

Sulla base di tali esperienze (positive e negative) ritengo quindi poter tracciare per sommi capi uno schema di programma di « trattamento » dei T.D. in carcere sui cui si dovrebbe articolare un Servizio che miri a realizzare lo spirito della legge penitenziaria vigente (la rieducazione del detenuto).

SCHEMA DI PROGRAMMA DI TRATTAMENTO MEDICO-ANTROPOLOGICO DEL TOSSICODIPENDENTE

1) *Stabilimenti penitenziari ove il trattamento può e deve essere compiuto*

Sono le *Case Circondariali*: è infatti solo in queste strutture che si presenta il problema, essendo solo in queste che entrano dalla libertà soggetti tossicodipendenti ed essendo solo qui che si possono mantenere i contatti con l'ambiente familiare di provenienza degli stessi. Stante la lunga durata della detenzione pre-giudizio definitivo che vige in Italia, è assolutamente eccezionale infatti che un detenuto possa essere trasferito in una casa di reclusione come condannato definitivo prima che passino alcuni anni dal suo arresto: ciò porta automaticamente a far sì che un detenuto che giunga in una Casa di reclusione non solo è già da lunghissimo tempo disintossicato biologicamente, ma ha anche assunto un vissuto che non è più quello del drogato che pensa solo a rifornirsi della « roba ».

Inoltre è da tener presente che, salvo rare eccezioni, la durata delle pene inflitte alla straggrande maggioranza dei T.D. è breve, al di sotto dei limiti previsti come permettenti l'esecuzione delle pene stesse nell'ambito delle C.C.. Per i vari

casi in cui si giunga a pene definitive in tempo abbastanza breve, o nei casi in cui il cumulo di più condanne successive venga a determinare una pena complessiva di più lunga durata, si può ipotizzare la presenza di un Servizio per T.D. in alcune case di reclusione (non più di 4-5 in tutta la Repubblica) analogo a quello da istituirsi nelle C.C.. Certo non è necessario, allo stato attuale della diffusione delle T.D., che in tutte le C.C. venga istituito un Servizio T.D. come quello di cui stiamo parlando: in linea di massima è da prevedersi l'istituzione di tali servizi in Case Circondariali ove ci sia un ingresso medio annuo di T.D. non inferiore alle 500 unità.

2) *Locali da adibirsi al Servizio nelle singole C.C.*

a) Ambulatori e locali per visita e colloquio in numero variabile a seconda del numero degli ingressi dei T.D. annui.

b) Salette di riunione per incontri, dibattiti, lezioni di cultura generale (o specifica professionale), e per attività creative (pittura, ceramica, musica, ginnastica e, per le donne, anche ginnastica ritmica, ecc.).

c) Congruo numero di celle in reparti isolabili dal resto del Carcere e non contaminate da passaggi di detenuti vettori di ogni scorta di mercanzia, ove possono essere ricoverati per tutto il periodo di tempo clinicamente necessario i T.D. che lo richiedano. Questo punto ha trovato, sin dall'inizio delle trattative della Provincia di Milano con gli organi ministeriali competenti, una fiera opposizione. Si obiettava, da parte di questi ultimi, che un reparto apposito per T.D. avrebbe condotto ad una loro emarginazione, negativa ai fini di una loro reintegrazione della società. Se tale timore dell'emarginazione può a tutta prima in linea generale essere comprensibile, è a nostro parere tuttavia da ritenersi, nella fattispecie, assolutamente non sostenibile; viceversa vi sono argomenti inoppugnabili a favore del reparto speciale per tossicodipendenti.

Infatti:

a) il mondo carcerario è sempre di per sé stesso altamente emarginato ed emarginante, e non è un'ulteriore suddivisione della popolazione che possa condurre alla maggior emarginazione dalla società di una delle parti separate dalla altra;

b) la coesistenza dei T.D. (in genere giovani-adulti, anche se in molti casi plurirecidivi) con maturi soggetti ad alta professionalità delinquenziale provoca, nei primi, ulteriori strutturazioni della progettualità esistenziale, e viceversa, nei detenuti non delinquenti professionali e non T.D. la coabitazione con costoro li spinge spesso nel mondo tossicomane. (quanti soggetti hanno iniziato l'eroina in Carcere per suggestione di condetenuti tossicomani!);

c) la necessità di una socioterapia attiva (con afflusso al reparto dei T.D., oltre che di operatori medici o paramedici, di educatori, insegnanti, maestri d'arte) e l'instaurazione di terapie di gruppo specifiche creerebbe grave disparità di trattamento fra i T.D. e gli altri conviventi con loro, generando ogni sorta di rivalità, competitività ecc.;

d) il controllo dell'afflusso di sostanze stupefacenti continuerebbe, come ora è, ad essere praticamente impossibile;

e) la prescrizione di farmaci specifici e la loro somministrazione ad opera di personale infermieristico direttamente gestito dall'équipe per i T.D. sarebbe praticamente impossibile, stante la vastità dell'ambiente carcerario, se i T.D. fossero sparsi un pò dovunque nella vastità dello stabilimento penitenziario tutto segmentato da numerosissimi cancelli;

f) il rapporto fra personale di custodia e T.D. sarebbe assolutamente pari a quello (inesistente se non sotto l'aspetto del più vieto autoritarismo) che esiste fra la custodia e tutta la popolazione carceraria;

g) la reperibilità in ogni momento dei T.D. da parte del medico, dello psichiatra, dello psicologo ecc. e viceversa sarebbe, come abbiamo potuto per quasi due anni dolorosamente constatare, nella stragrande maggioranza dei casi impossibile, (stante la sopraricordata frammentazione e segmentazione degli spazi carcerari, vanamente abbiamo aspettato in moltissimi casi, per ore, l'arrivo in ambulatorio di detenuti che avevamo convocato; poi, spesso, alla fine giungeva l'informazione non controllabile che il detenuto rifiutava di presentarsi);

h) il quotidiano incontro con i pazienti (che come in tutti gli Ospedali, avviene al mattino col « giro » nelle corsie) sarebbe assolutamente impossibile;

3) *Personale addetto al Servizio Tossicodipendenti*

a) Si deve prevedere un lavoro d'équipe specializzata formata almeno da:

Psichiatra;

Psicologo;

Infermiere professionale proveniente da strutture psichiatriche;

Assistente Sociale;

Educatore che assuma l'incarico del trattamento di media e lunga durata del T.D.

Il numero di tali operatori varierà a seconda del numero dei T.D. assistibili. Tali operatori saranno reperiti nell'ambito delle U.S.L. e potranno anche prestare la loro attività sia nel Carcere che nelle U.S.L..

Ma, e questo è un punto fondamentale, è da escludersi tassativamente che, nelle grandi città, vengano inviati in Carcere operatori da ciascuna USL esistente (a Milano, ad es., sono previste venti USL) in omaggio al principio della divisione terrirotiale e della continuità del trattamento intra ed extramurale: si avrebbero, infatti, in tal modo almeno 100 (cento!) operatori che entrano in Carcere per svolgere l'assistenza ai T.D.).

L'équipe, più o meno ricca di operatori (non mai però in numero superiore alle dieci unità) deve essere unica, con un responsabile, di fronte alla Direzione e al Dirigente Sanitario della C.C.; soltanto la sua unicità e la consuetudine quotidiana con il personale di custodia, e con i sanitari che operano nel Carcere alle dipendenze del Ministero di Grazia e Giustizia può permettere quella progressiva integrazione nelle strutture che non devono vivere gli operatori antidroga come un corpo estraneo, come già sono vissuti i tossicodipendenti.

Soltanto il rapporto di fiducia e di collaborazione tra operatori di un'équipe stabile e tutte le altre strutture carcerarie può portare alla realizzazione di un nuovo clima carcerario senza il quale nessuna attività medico-psicologica-educativa può sperare di ottenere il minimo risultato positivo, stante, ricordiamolo ancora, la estrema fragilità ed immaturità della personalità dei T.D. in generale pronti sempre a scaricare

sull'ambiente i motivi della loro profonda incapacità di adattamento.

b) Medici di guardia (dipendenti dal Ministero di Grazia e Giustizia) – A tutti questi sanitari compete la visita di accoglimento, a qualunque ora del giorno e della notte, dei detenuti in arrivo, pertanto essi avranno il primo impatto con i T.D., di cui raccoglieranno le dichiarazioni concernenti l'intensità e la durata della tossicodipendenza; essi prescriveranno solo farmaci strettamente necessari per eventuali condizioni fisiche d'emergenza.

c) Medici generici del Carcere. – Seguiranno i T.D. nei primi giorni di detenzione prescrivendo terapie biologiche per malattie somatiche sventuali; per quanto attiene al trattamento di disturbi della cosiddetta crisi di astinenza si consulteranno con uno dei medici psichiatri dell'équipe specifica per T.D.

Qualora occorresse una particolare assistenza specificamente medico-somatica, interverranno, nelle C.C. ove esiste un Centro Clinico o una Infermeria Medica, i medici addetti a queste strutture, ove i tossicodipendenti possono avere bisogno di essere ricoverati per assistenza medico-biologica continua.

Ricordiamo qui, a proposito, che in tutto il tempo della nostra presenza a S. Vittore, che dura tuttora nella Sezione Femminile, abbiamo visto solo pochissimi tossicodipendenti presentanti condizioni somatiche da crisi di astinenza che destino allarme obbiettivo e richiedano osservazione prolungata in infermeria (quando coesistano malattie somatiche come epatite virale, broncopolmonite, ecc.).

È mia precisa convinzione (suffragata non solo dall'osservazione di migliaia di casi, ma dalle affermazioni di numerosissimi tossicodipendenti di lunga « carriera » carceraria) che la crisi di astinenza è un complesso di manifestazioni e segni (oggettivi e soggettivi) di alterazione di funzioni fisiologiche e di condizioni psichiche che provocano più o meno grande sofferenza soggettiva al paziente ma che non lo pongono mai in pericolo di vita, la cui intensità e durata non è proporzionale alla quantità dell'eroina quotidianamente iniettata, o alla durata dell'intossicazione, bensì alla personalità del paziente e soprattutto all'aspettativa di poter, in qualche

modo, ottenere una somministrazione di oppiacei o metadone. Quando il tossicodipendente in astinenza è ben convinto da un comportamento correttamente fermo dell'ambiente che non potrà assolutamente ottenere ciò che in modo assillante desidera (non però di cui abbisogna per condizioni biochimiche o biologiche talmente alterate da compromettere irreversibilmente il suo equilibrio biologico) rapidamente le sue tensioni emotive (generate in parte da carenza di sostanze chimico morfinosimili esogene ed endogene in strutture sottocorticali ma soprattutto da condizionamenti delle azioni inibitorie della corteccia cerebrale e da un vissuto di assoluto rifiuto di una situazione sentita come iniqua violenza esercitata dagli altri), scemano d'intensità sì che in poche ore, al massimo in due o tre giorni la violenta sindrome «da parata», si estingue, perdurando solamente e non nella generalità dei casi disturbi del sonno per un numero di giorni variabile.

Si suole affermare che, anche più grave delle crisi di astinenza da oppiacei, è la crisi di astinenza da metadone: non è possibile tuttavia attribuire a peculiari azioni farmacologiche di questa sostanza la maggior gravità o tenacia della crisi. Ritengo che, anche qui, giochino prevalentemente fattori emozionali, cioè psichici, essendo il metadone la droga concessa dall'Autorità che improvvisamente la toglie.

Per tale motivo si riottiene generalmente di dover continuare in Carcere la somministrazione di metadone a chi è in cronica terapia di mantenimento con tale farmaco presso pubbliche strutture, (e purtroppo, attualmente, coloro che determinano la scala discendente delle dosi da metadone, nella C.C. di Milano, non sono i due medici di guardia addetti in particolare ai tossicodipendenti, ma gli operatori dell'équipe del centro del territorio che ha in trattamento ambulatoriale il tossicodipendente).

In linea di massima il tossicodipendente, in Carcere, trova giovamento e si placa rapidamente, nelle sue teatrali anche se non totalmente simulate manifestazioni di intollerabile sofferenza, dalla somministrazione di sedativi della classe delle benzodiazepine o di promazina.

È opportuno, sempre, tuttavia, e in certi casi necessario, che il tossicodipendente appena entrato in Carcere e in sofferenza da astinenza, si senta non abbandonato a sé stesso, ma seguito con comprensione, da tecnici (medici) che viva come

competenti e privi di atteggiamenti punitivi (come viceversa vive la generalità del personale di custodia).

4) *Funzioni dell'èquipe specializzata per l'assistenza ai T.D.*

a) Consulenza al medico di guardia o al generico nella fase di astinenza.

b) Visita, con accurata indagine anamnestica e approfondito colloquio, di tutti i tossicodipendenti che, superati i primi giorni di sofferenza come sopra ricordati, chiedano di essere prolungamente assistiti in modo specifico.

c) Compilazione e aggiornamento continuo di cartella clinica molto ben dettagliata per i detenuti che chiedano il ricovero nell'apposito reparto.

d) Visite ambulatoriali successive dei tossicodipendenti che non chiedano il ricovero, su richiesta degli interessati o dei medici generici.

e) Presa di contatto con i famigliari del paziente, a sua richiesta, per favorire o provocare contatti quasi sempre deteriorati tra il paziente e il suo ambiente, e per prepararne il reinserimento in ambiente socialmente valido al momento della dimissione dal Carcere.

f) Prescrizioni di farmaci ai degenti e ai pazienti ambulatoriali.

g) Visita di giro quotidiano nel reparto di degenza.

h) Colloqui psicoterapeutici e di counselling individuali e di gruppo ai pazienti in carico che presentino indicazioni per tali trattamenti.

i) Relazioni ai Magistrati giudicanti e alle Sezioni di Sorveglianza che ne facciano richiesta sulle condizioni dei singoli pazienti.

l) Interessamento delle strutture esterne nel territorio per l'assistenza post-carceraria al paziente.

m) Proseguimento dell'assistenza (farmacologica, psicoterapica e socioterapica) ai pazienti presi in carico in Carcere, dopo la loro dimissione (che è il momento cruciale per la ripresa o meno della tossicodipendenza).

n) Stretta collaborazione con educatori, insegnanti,, maestri d'arte, ecc. che si dedicheranno all'istruzione e alla terapia occupazionale dei tossicodipendenti in Carcere.

o) Corsi di qualificazione e aggiornamento per il personale di custodia.

p) Collaborazione continua con la Direzione del Carcere per perfezionare continuamente la metodologia dell'assistenza.

q) Segnalazione alla Magistratura e ai competenti Uffici Ministeriali della necessità clinica e terapeutica di evitare trasferimenti in altri stabilimenti per detenuti in trattamento con risultati positivi.

COMMENTO AL PROGRAMMA

È opportuno qui mettere in evidenza alcuni concetti e punti programmatici fondamentali che caratterizzano il programma di trattamento medico-psico-socioterapeutico qui enunciato.

1) Necessità di un'équipe polispecialistica in cui abbia responsabilità e ruolo di capo un medico psichiatra.

2) Trattamento fruente di tutte le possibilità della moderna clinica psichiatrica a tutti i livelli (biologico, farmacoterapeutico, psicoterapeutico, socioterapeutico).

3) Volontarietà rigorosa dell'ammissione al trattamento da parte dei tossicodipendenti che assume automaticamente certi impegni (ad es., entrando in un reparto ove presumibilmente sono ridotti gli afflussi clandestini di droga, accettando unicamente le prescrizioni farmaceutiche fatte dai medici dell'équipe, ecc.). La volontaria adesione al trattamento è condizione « sine qua non » di una sua pur modesta probabilità di successo (proiettata nel tempo, post-carcerazione) come del resto avviene per qualunque trattamento dei tossicodipendenti in qualunque ambiente (in Case di Cura, in Ospedali, in Comunità e Ambulatoriamente).

4) Localizzazione del trattamento in Case Circondariali prevalentemente e in poche Case di reclusione ordinarie, e non in Istituto specializzato (tipo Case di Cura e Custodia), che necessariamente sarebbero ubicati lontano dalle famiglie del paziente, non solo, ma ove non potrebbero entrare detenuti in attesa di giudizio come lo sono nella generalità dei casi i T.D.

5) Piena integrazione dell'équipe specializzata per l'assistenza ai tossicodipendenti in tutte le fasi del trattamento con

gli altri sanitari del Carcere. Questi però non devono, se non nei primissimi giorni di detenzione, gestire in proprio il trattamento: il tossicodipendente non deve poter mendicare, dove crede di poter trovare cedimenti, farmaci sedativi di qualunque specie. E tantomeno si deve continuare la somministrazione di metadone per tutte la durata della detenzione.

6) Piena collaborazione con la Direzione per la creazione e gestione di ogni intervento non medico sui tossicodipendenti.

7) Cura dei rapporti con le strutture assistenziali esterne e preparazione delle famiglie al riaccoglimento del loro congiunto quasi sempre emarginato. Questo tipo di operazioni è stato particolarmente valido per una reintegrazione sociale di diversi detenuti durante i ventidue mesi della nostra esperienza a S. Vittore e durante la nostra persistente attività nella Sezione Femminile.

8) Considerando le prescrizioni farmacologiche come elemento terapeutico sussidiario del trattamento che deve essere basato invece soprattutto sui presidi psicoterapeutici.

È tuttavia da tenere presente che, qualora le strutture carcerarie tradizionali non accettassero la visione « terapeutica » dell'équipe medico-psico-terapeutica, e continuassero a mantenere l'atteggiamento punitivo di disprezzo e di rifiuto dei tossicodipendenti, nessuna équipe formata anche dai più preparati operatori potrebbe ottenere il minimo successo proiettato nel tempo.

Non varrebbe assolutamente la pena di sprecare energia, competenze, denaro, per un'assistenza che, al massimo, otterrebbe una modesta apparente « umanizzazione » del trattamento del tossicodipendente in Carcere.

Basterebbe limitarsi a rinforzare il servizio attualmente esistente in quasi tutte le Carceri d'Italia, ove il trattamento farmacologico in atto è in grado di attenuare già fin d'ora, in modo sensibile, non solo le sofferenze dei pazienti, ma le loro manifestazioni disturbatrici dell'ordine carcerario.

RIASSUNTO

L'esperienza pluriennale compiuta e tutt'ora in corso nella Casa Circondariale di Milano mi induce a porre in evidenza alcuni dati di fatto, trarne considerazioni valutative del fenomeno tossicodipendenti in carcere, e proporre atteggiamenti operativi.

1) *Dati di fatto.*

1) Nel Carcere delle grandi città una percentuale variante fra il 10 % e il 20 % di detenuti è tossicodipendente da oppiacei (nella quasi generalità dei casi eroina), e solo questi soggetti costituiscono un problema di approccio medico. Gli altri soggetti che pur sono consumatori di « droghe » (haschish e cocaina soprattutto attualmente, essendo, almeno in Italia, ormai un fatto del passato il consumo di anfetamine o altre sostanze contenute negli elenchi degli stupefacenti) rappresentano oggetto di studio antropologico e criminologico (in quanto commettono azioni delittuose) ma non sono suscettibili di approccio medico, perché praticamente, nessuno di loro chiede l'assistenza medica.

2) Sinora, della massa dei tossicodipendenti che entra in Carcere (a Milano si può calcolare che in un anno entrino almeno 2000 tossicodipendenti) e rimangono in Carcere per periodi più o meno brevi una notevole percentuale cercano l'assistenza medica solo nei primissimi giorni di degenza ma solo il 10-15 % chiedono un trattamento prolungato e specifico (in senso farmacologico, psicoterapico, di servizio sociale).

3) Non è assolutamente proficuo (né è lecito deontologicamente) imporre un trattamento medico o psicoterapico ad un tossicodipendente che non lo richieda.

4) La cosiddetta « crisi di astinenza » si presenta rarissimamente con quelle manifestazioni che troppa letteratura orecchiante ha stereotipicamente presentato.

È reale il sintomo insonnia che può durare anche qualche settimana, ma tutte quelle spettacolari manifestazioni che vengono chiamate sindrome del « tacchino freddo », e quel corteo di sintomi soggettivi che vengono dichiarati dai pazienti, sono prodotti di una condizione emotiva che si instaura e dura fintanto che il paziente ha la speranza di poter muovere a compassione l'ambiente.

5) Nessun caso ha presentato, in tre anni, una sintomatologia somatica che potesse far temere la compromissione degli equilibri vitali.

Al contrario, un pacato ma rigido atteggiamento di rifiuto ad una azione ricattatoria, ha rigidamente ristabilito uno stato di equilibri fisico e psichico nella quasi totalità dei pazienti dichiarantisi in stato di gravissima sofferenza da astinenza. L'uso di modeste dosi di benzo-

diazepina, e talvolta di clonidina (Catapresan) ha permesso al paziente di dormire la notte e di uscire dallo stato di grave tensione soggettiva al massimo in tre-quattro giorni.

6) Il soggiorno in Carcere del tossicodipendente che non viene trattato con farmaci sostitutivi favorisce rapidamente un rapido miglioramento delle sue condizioni generali, cosa che non si verifica invece nei soggetti che, essendo in terapia di mantenimento ambulatoriale con metadone, hanno, sin qui avuto il diritto a continuare anche in Carcere tale trattamento.

7) Durante la carcerazione molti tossicodipendenti chiedono di poter essere destinati in un reparto a loro riservato (giusta l'art. 84 della legge 685) sentendosi meno esposti alla tentazione (e alle pressioni) offerte dalla circolazione di droga nei reparti meno sorvegliati.

8) Il vero punto dolente è il momento della scarcerazione, quando il detenuto ex tossicodipendente deve ritornare nella condizione precedente, vale a dire nel mondo dei tossicodipendenti e degli spacciatori. Praticamente quasi tutti i tossicodipendenti che escono dal Carcere ritornano alla eroina dopo un periodo di latenza di pochi giorni, o poche settimane.

II) *Considerazioni.*

1) I soggetti tossicodipendenti che giungono in Carcere sono per motivi endogeni ma soprattutto per motivi ambientali e storici, i più immaturi fra i tossicodipendenti e i delinquenti. La legge penitenziaria italiana che prevede trattamenti differenziati a vantaggio di tutti i detenuti consente di porre in azione operazioni di trattamento particolari nei loro confronti e ciò è confermato dal sopraricordato art. 84 della legge 685 sui tossicodipendenti. Ma ciò è solo un pio desiderio.

2) Il trattamento « medico » non è assolutamente configurabile come puro approccio farmacoterapeutico, ma deve essere inteso come approccio globale (fisico, psicologico, sociologico) come è oggi correttamente inteso il trattamento medico psichiatrico.

3) Occorre pertanto una équipe composta di psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri per un corretto intervento; tale équipe deve poter operare anche sul territorio per un capillare collegamento con le équipes territoriali (nelle Unità Sanitarie locali), e per seguire i pazienti appena scarcerati con cui sono stati posti buoni rapporti di fiducia. A tale équipe si devono affiancare anche altri operatori come insegnanti, educatori, maestri professionali, insegnanti di ginnastica animatori di gruppi ecc.

Proposte operative.

1) In ogni grande Carcere ove entrino tossicodipendenti dalla libertà (Case Circondariali) occorre una équipe specializzata stabile, espressa dalle strutture del territorio, composta dai professionisti sopraricordati.

L'accesso di operatori dalle singole U.S.L. (a Milano ce ne sono 20) porterebbe all'accesso in Carcere di almeno un'ottantina di persone esterne, assolutamente inaccettabile dalla struttura carceraria.

2) Occorre che un reparto del Carcere sia adibito a luogo di degenza per soli tossicodipendenti, con annessi locali per scuole, ergoterapia, ludoterapia. A tale reparto devono accedere solo i tossicodipendenti che ne facciano richiesta.

3) Non deve essere somministrato, neppure nei primi giorni di permanenza in Carcere, né Metadone, né altro oppiaceo sostitutivo dell'eroina. Tali farmaci non comportano altro che un prolungarsi delle sofferenze dei singoli tossicodipendenti e creano motivi di grande disordine nello stabilimento carcerario (per il senso di ingiustizia vissuto da chi non ne fruisce).

4) All'équipe specializzata deve essere affiancato un numero adeguato di agenti e personale di custodia selezionato e addestrato con corsi appositi.

5) Massimo deve essere l'intervento degli operatori sociali della équipe, sulla famiglia o comunque sull'ambiente ove il detenuto vive (e ha vissuto prima della sua emarginazione e vorrebbe tornare a vivere) per poter permettere la sua sopravvivenza senza rientrare nel sottogruppo delinquenziale e tossicodipendente al momento della sua scarcerazione.

6) Il detenuto (salvo che si tratti di lunghissima pena da scontare) deve poter essere seguito dall'équipe sino alla sua scarcerazione; in caso contrario l'approccio psicoterapico instaurato nei primi momenti della sua permanenza in Carcere viene del tutto vanificato.

RESUME

L'expérience réalisée depuis plusieurs années et encore en cours à la Casa Circondariale de Milan me pousse à mettre en évidence certaines données, à en tirer des conditions d'appréciation du phénomène pour les toxicodépendant en prison et à faire quelques suggestions opérationnelles.

I. Données

1) Dans les prisons des grandes villes, entre 10 et 20 % des détenus sont toxicodépendants d'opiacés (pour la plupart d'héroïne), et ces sujets représentent un problème médical. Les autres sujets, eux aussi consommateurs de drogues (actuellement, surtout haschich et cocaïne, vu qu'en Italie, au moins, la consommation d'amphétamines, ou autres substances indiquées dans les listes de stupéfiants, est dépassée) font l'objet d'étude anthropologique et criminologique (dans la mesure où ils commettent des actes délictueux) mais non d'assistance médicale car, en pratique, aucun d'entre eux ne la demande.

2) Jusqu'à présent, sur tous les toxicodépendants qui entrent en prison (à Milan environ 2000 par an, pour des périodes plus ou moins longues), un fort pourcentage recherche une assistance médicale les premiers jours de la détention, mais seulement 10-15 % demandent un traitement prolongé et spécifique (pharmacologique, psychothérapeutique, de service social).

3) Imposer un traitement médical ou psychothérapeutique à un toxicodépendant qui ne le désire pas n'est absolument pas profitable (ni juste d'un point de vue déontologique).

4) La « crise d'abstinence » présente rarement les manifestations décrites de façon stéréotypée par une littérature abondante.

Le symptôme d'insomnie est réel et peut même durer quelques semaines, mais toutes les manifestations spectaculaires appelées « syndrome du poulet froid » et l'ensemble des symptômes subjectifs déclarés par les patients sont le produit d'une situation émotive qui dure tant que le toxicodépendant espère pouvoir attendre l'entourage.

5) En trois ans, aucun cas n'a présenté de symptomatologie somatique qui puisse faire craindre une compromission des équilibres vitaux.

Au contraire, une attitude calme mais ferme de refus de chantage a permis dans la quasi totalité des cas de rétablir l'équilibre physique et psychique des patients qui souffraient énormément d'abstinence. L'emploi de petites doses de benzodiazepine, et parfois de clonidine (Catapresan) a permis au patient de dormir la nuit et de sortir de ce grave état de tension subjective, et cela en l'espace de trois ou quatre jours.

6) Le séjour en prison du toxicodépendant non traité avec des médicaments substitutifs entraîne rapidement une amélioration de ses conditions générales, au contraire des sujets qui, étant en thérapie de maintien ambulatoire avec méthadone, ont jusqu'à présent eu le droit de continuer un tel traitement en prison.

7) Pendant la détention, de nombreux toxicodépendants demandent à être placés dans une section spéciale (article 84 de la loi 685) car ils se sentent ainsi moins exposés à la tentation (et autres pressions) résultant de la circulation de drogue dans d'autres sections moins bien surveillées.

8) Le vrai moment critique est la libération, quand le détenu ex-toxicodépendant doit retourner à sa vie précédente, c'est-à-dire dans le monde des toxicomanes et des trafiquants. En pratique, presque tous les toxicomanes qui sortent de prison recommencent avec l'héroïne après quelques jours ou semaines.

II. *Considérations*

1) Les toxicodépendants qui vont en prison sont, pour des motifs endogènes et de milieu ambiant, les plus immatures parmi les toxicodépendants en général et les délinquants. La loi pénitentiaire italienne,

qui prévoit des traitements différenciés au profit de tous les détenus, permet de réaliser des opérations particulières de traitement pour cette catégorie de sujets; cela est confirmé par l'article 84 de la loi 685 précitée sur les toxicodépendants. Mais cela est seulement un désir charitable.

2) Le traitement « médical » ne doit absolument pas être entendu comme approche purement pharmacologique, mais comme approche globale (physique, psychologique, sociologique), ainsi qu'est compris le traitement médico-psychiatrique.

3) Il faut donc une équipe composée de psychiatres, psychologues, assistants sociaux, infirmiers; une telle équipe doit pouvoir agir sur tout le territoire national pour communiquer avec les équipes territoriales (dans les unités sanitaires locales) et pour suivre les patients à peine libérés avec lesquels elle avait de bons rapports de confiance. A cette équipe doivent s'ajouter d'autres personnes tels qu'enseignants, éducateurs, professeurs de gymnastique, animateurs de groupe etc...

Propositions opérationnelles

1) Dans toutes les grandes prisons qui accueillent des toxicodépendants (Case Circondariali), il faut une équipe permanente spécialisée reflétant les structures du territoire et composée des professionnels précités.

L'accès des travailleurs des unités sanitaires locales (à Milan, 20 environ) à la prison entraînerait l'entrée dans l'institution d'environ 80 personnes, solution inacceptable vue la structure carcérale.

2) Il faut donc qu'une section de la prison soit affectée uniquement aux toxicodépendants, avec des annexes locales regroupant école, ergothérapie, ludothérapie. Seuls les toxicodépendants qui le désirent doivent accéder à cette section.

3) Il ne faut jamais administrer de méthadone ou autres opiacés substitutifs de l'héroïne, même pendant les premiers jours de la détention. De tels produits ne font que prolonger les souffrances des toxicodépendants et créent de grands désordres dans la prison (de par le sentiment d'injustice que ressentent ceux qui n'en profitent pas).

4) L'équipe spécialisée doit être aidée par un nombre adéquat d'agents et de personnel de garde choisis spécialement et ayant suivi une formation appropriée.

5) L'intervention des travailleurs sociaux doit se concentrer surtout sur la famille ou sur le milieu du détenu (c'est-à-dire celui où il a vécu avant sa détention et celui où il voudrait retourner) pour éviter que le toxicodépendant ne rentre à nouveau dans le sous-groupe délinquant et toxicodépendant après sa libération.

6) Le détenu (sauf s'il s'agit de très longues peines) doit pouvoir être suivi par l'équipe jusqu'à sa libération; sinon, l'approche psychothérapeutique instaurée durant les premiers temps de la détention devient tout à fait inutile.

SUMMARY

Experience over the past few years and still on-going in the Milanese « Casa Circondariale » (District Prison) leads me to highlight some facts, to draw certain conclusions on the drugs in prison phenomenon and to put forward operative proposals.

1) *Facts*

1) In prisons in big cities between 10 % and 20 % of the inmates are opium addicts (usually heroin), and these alone constitute a problem as far as concerns the medical approach. The others, whilst still being users of drugs (above all haschich and cocaine at the moment, since anfetamine and other substances on the drugs list are a thing of the past at least in Italy), are the object of anthropological and criminological studies (as persons who commit crimes) but are not susceptible to the medical approach since none of them ask for medical assistance.

2) To date, out of the mass of drug addicts entering prison (in Milan it is estimated that at least 2000 drug addicts enter each year and stay for varying periods of time) a considerable percentage seek medical assistance only during the very first days of imprisonment and only 10-15 % request long-term treatment from a specific point of view (pharmacological, psychotherapeutic, social services).

3) It is absolutely useless (and against the ethics of medicine) to impose medical or psychotherapeutical treatment on a drug addict if he does not ask for it.

4) The so-called « crisis of abstinence », as stereotyped in too many articles, books etc, very rarely occurs with such symptoms. The insomnia symptom is real and can even last several weeks but all the other dramatic symptoms usually called the « cold-turkey syndrome » and the series of side-effects as described by the patients are the product of an emotional state which is created and lasts as long as the patient maintains the hope of thereby attracting general sympathy.

5) Over the past three years, no case has shown physical (somatic) symptoms pointing to a possible permanent undermining of the vital balances of mind and body. On the contrary a gentle but stern refusal of any threatening stands has firmly re-established the physical and psychological balance in almost all the patients who declared themselves to be in a very serious state of abstinence. The use of small doses of benzodiazepine, or occasionally cloridine (Catapresan), helped patients to sleep and to emerge from the serious state of tension in a maximum of 3-4 days.

6) A rapid improvement in general health occurs in drug addicts who, during imprisonment, are not given treatment with substitute drugs; this is not the case with those addicts who are already being

given outpatient treatment with methadone before imprisonment and who obtained permission to continue such treatment whilst in prison (as happens in Milan) though in other Italian prisons methadone treatment for heroin addicts is begun in prison.

7) During imprisonment many drug addicts ask to be transferred to wings reserved for them (according to Article 84 of Law No. 685), thereby feeling less exposed to the temptations (or pressures) represented by the freer drug circulation in the less-guarded wings.

8) The real problem arises at the moment of release from prison when the ex-drug addict has to return to his previous way of life, i.e. **back to the world of drug addicts and dealers**. Almost all heroin addicts relapse within a few days of release from prison.

II. *Conclusions*

1) The drug addicts entering prison are, for endogenous and above-all for reasons of history and background, the most immature among the drug addicts and delinquents. The penitentiary legal system in Italy, which foresees special treatment to the advantage of all prison inmates, allows the application of special treatment for them as referred to in the above-mentioned Article 84 of Law No. 685 on drug addiction. However, this remains at the level of intent.

2) The 'medical' treatment cannot in any way be considered as a mere pharmacotherapeutical approach, but should be seen as a global approach (physical, psychological, sociological) as the medico-psychiatric treatment is nowadays intended.

3) A team of psychiatrists, psychologists, social workers and nurses is required to work as part of a national network (based in the local medical units) to follow patients on release from prison once a good relationship based on trust has been established. Such a team should receive back-up from teachers, trainers, professional instructors, sports teachers, group leaders etc.

III. *Operative Proposals*

1) Each large-sized district prison, where drug addicts are interned from freedom, should have a fixed, specialized team, with the support of territorial bodies, and composed on the expertise mentioned above.

Access of the operators in the individual USLs (Local Medical Units), of which Milan has 20), would mean access for at least 80 different people from outside which is absolutely unacceptable for any prison establishment.

2) A special wing should be created in prison for drug addicts only, with adjoining rooms for lessons, ergotherapy, ludotherapy etc. Only addicts who so request shall be admitted to this special wing.

3) Neither methadone nor other opium-based substitutes for heroin should be distributed, even during the first days of imprisonment. Such drugs serve only to prolong the suffering of each drug addict and also create considerable disturbance within the prison (between the 'haves and have-nots').

4) The specialized team should be backed up by an adequate number of wardens and staff, hand-picked and trained in special courses.

5) The social workers' actions in the family or the background where the inmate lives (where he lived before imprisonment and where he is expected to return to later) are vital to ensure the patients survival without falling back in with the sub-group of delinquents and addicts once released.

6) The inmate (except in cases of long-term sentences) should be monitored by the team until release; if this fails the psychotherapeutic approach adopted during the first days of imprisonment will be useless.