

« DROGA E CARCERE » DAL PUNTO DI VISTA DEL SERVIZIO SOCIALE

ANNA SABATTINI SEPE (*)

SOMMARIO: 1. - Introduzione. — 2. - Cenni sulla legislazione italiana. — 3. - I servizi sociali ed il servizio sociale penitenziario. — 4. - Misure alternative e tossicodipendenza. — 5. - Liberati dal carcere. — 6. - Conclusioni.

1. - INTRODUZIONE

Il problema del continuo aumento del numero dei tossicomani, in Italia ma anche in altri paesi d'Europa è di eccezionale portata. Non passa giorno che di ciò non si occupino i quotidiani, le riviste giuridiche e quelle specializzate. Si osserva che si è di fronte ad una sorta di aggressione da parte dei trafficanti ed essa riguarda tutti i ceti sociali, le fabbriche, le caserme. Ormai non ci sono più zone franche e l'età media di coloro che vengono adescati tende ad abbassarsi perché dietro il traffico di droga c'è il nocciolo della grave criminalità per cui tutti coloro che hanno figli in età scolare sono oggi, a dir poco, preoccupati dall'estendersi del fenomeno.

Ognuno nel campo delle conoscenze proprie è perfettamente al corrente di casi dolorosi, ma non è qui il caso di soffermarvisi perché il mio compito non è quello di affrontare il problema nei suoi vari aspetti generali ma di limitarmi al tema del dettato, che rientra negli specifici interessi del nostro settore connesso con l'attività penitenziaria.

Ovviamente in questo campo il problema della criminalità connessa alla droga può essere visto sotto molteplici aspetti. Uno è quello generalissimo della criminalità legata

(*) Dirigente del Centro di servizio sociale per adulti di Roma - Direzione Generale I.I.P.P. - Ministero di Grazia e Giustizia - Italia.

alla diffusione e al traffico della droga a livello di grande traffico, ma anche di esso non debbo trattare.

Di più pregnante interesse è invece il piccolo traffico che dà luogo anch'esso a crimini.

Qui possiamo distinguere ipotesi diverse. La prima è quella dello spacciatore al minuto che è anche drogato e che è entrato, o è stato spinto nel giro allo scopo fondamentale di soddisfare il proprio bisogno e quindi di procurarsi, in quanto venditore, ciò che gli occorre per pagare le dosi che gli sono necessarie. La seconda ipotesi è quella del drogato che commette reati contro la proprietà al fine di procurarsi il denaro che gli è necessario. L'aumento dei piccoli furti, e soprattutto degli scippi nelle città, in massima parte è connesso a questo fattore. Meno accoglibile sarebbe una terza ipotesi dei delitti, soprattutto di violenza, commessi sotto l'influsso della droga in quanto da essa deriverebbe una diminuita o scomparsa capacità di autocontrollo.

Credo che sia il caso di soffermarsi sulle tre ipotesi qui prospettate e di non occuparsi invece di una quarta e cioè del piccolo spacciatore non drogato per il quale il reato è solo fonte di guadagno, anche se questo caso costituisce quello che maggiormente contribuisce all'ampliamento del mercato della droga in quanto svolto con lucidità e programmazione.

Comunque i delinquenti non drogati che spacciano droga non hanno bisogno di trattamenti specifici ma rientrano nella categoria generale dei delinquenti comuni.

Le tre ipotesi prima prospettate invece sono quelle che comportano anzi impongono gli interventi per tentare di pervenire ad un recupero dei soggetti.

2. - CENNI SULLA LEGISLAZIONE ITALIANA

Nella legislazione italiana è la legge 22 dicembre 1975, n. 685 che ha affrontato per la prima volta in maniera organica il problema della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, affidando alle regioni, in applicazione ai criteri di indirizzo e di coordinamento fissati dallo Stato della stessa legge n. 685, il compito di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale delle persone interessate.

Nell'ambito quindi, dei principi contenuti nella legge statale, che funziona da legge quadro, si è svolta la legislazione di dettaglio delle varie regioni.

È da segnalare che il legislatore ha dettato anche una importante norma di principio indirizzata ai legislatori regionali e cioè che i Centri Medici e di assistenza sociale possano essere inquadrati in organi di intervento e di assistenza sociali aventi finalità ampie, che ricomprendono così anche la prevenzione e cura dell'alcoolismo, l'educazione sanitaria e sociale contro altre intossicazioni e gli strumenti per prevenire le forme di devianza che richiedono analoghi modi di intervento (art. 90).

La disciplina organica vuole lasciare liberi i tossicodipendenti di sottoporsi a cure (con la possibilità di conservare anche l'anonimato) ma impone anche l'obbligo di curarsi. Perciò i medici o l'autorità di polizia o i centri di assistenza sociale sono tenuti a segnalare i drogati, che rifiutano di assoggettarsi al necessario trattamento, ai tribunali perché venga disposto l'affidamento o l'eventuale ricovero.

La persona da assistere viene così affidata dal tribunale al centro sanitario e di assistenza sociale per tutta la durata presumibile della cura e dell'assistenza svolta al reinserimento sociale. In caso di interruzione del trattamento o di rifiuto a riprenderlo può essere disposto il ricovero obbligatorio in case di cura.

La legge n. 685 contiene una norma che interessa particolarmente la assistenza nell'ambito carcerario. Dispone l'art. 84 che: « chiunque si trovi in stato di custodia preventiva o di espiazione di pena e sia ritenuto dedito all'uso di stupefacenti deve ricevere le cure e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione. A tale fine il Ministero della Giustizia organizza reparti carcerari opportunamente attrezzati con l'ausilio delle competenti autorità regionali e dei centri medici e di assistenza sociale (oggi l'accordo va fatto con le unità sanitarie locali) ». Dispone ancora la norma che le direzioni degli istituti di pena devono altresì segnalare alle autorità regionali i casi di persone che, liberate dal carcere, sono ancora bisognose di assistenza.

Nella legislatura statale è anche da segnalare la recentissima legge 12 agosto 1982, n. 532 (disposizioni in materia di riesame dei provvedimenti restrittivi della libertà personale e

dei provvedimenti di sequestro — misure alternative alla carcerazione preventiva), che prevede che in caso di arresto di donna incinta o in periodo di allattamento ovvero di persona che si trova in condizioni di salute particolarmente gravi..... il procuratore della Repubblica o il pretore possa disporre l'arresto nella propria abitazione anziché in carcere. Le condizioni di salute particolarmente gravi possono riguardare anche lo stato di intossicazione? Si è verificato per la prima volta a Milano che il giudice istruttore ha disposto che lo stato di custodia presso la casa circondariale sia sostituita con l'arresto presso il centro di solidarietà di Don Picchi. Tale misura è la più idonea a perseguire gli scopi di effettivo recupero sul piano sociale. Un caso analogo si è verificato anche a Roma.

I dati mettono comunque in evidenza come ovviamente l'incidenza del fenomeno assuma maggiore rilievo nelle regioni più industrializzate del nord e centro sud dove vi è presenza di grossi agglomerati. In questi contesti infatti la criminalità e la tossicodipendenza, a causa dell'anonimato e della mancanza di controllo sociale, delle perdita dei valori tradizionali sotto la pressione dello *status symbol* della società dei consumi, raggiunge una percentuale preoccupante. Altro elemento da segnalare, al fine dello sforzo da fare per predisporre servizi preventivi e di cura, è quello della maggiore incidenza delle donne tossicodipendenti rispetto agli uomini. Lo stesso dicasi per quanto riguarda le imputazioni.

Si registra, come ovvia, un maggior numero di tossicodipendenti tra gli imputati e quindi molto più elevato ne è il numero nelle case circondariali, dove le presenze arrivano anche al 30-35 %.

Sono questi istituti che con la ricezione degli arrestati, subiscono l'impatto maggiore e affrontano il grosso problema dell'assistenza e del relativo trattamento.

Il carcere secondo Furci (FURCI, "La droga in carcere oggi", in *Una città di fronte alla droga*. Roma, ed. Savelli, 1981, pag. 169) rappresenta attualmente nella vita del tossicomane una vera e propria tappa perché, per i motivi più svariati, che vanno dallo spaccio al piccolo furto dello stereo o al semplice arresto per sospetto reato, prima o dopo incappa nella rete della giustizia e vive per un periodo l'esperienza della carcerazione.

Il rapporto con la droga, l'astensione da questa, la reazione dell'astensione stessa, si verificano in carcere con modalità differenti. Secondo lo stesso autore la media giornaliera di soggetti che entrano in una casa circondariale (Regina Coeli) è di 4-5 al giorno.

In relazione al tipo di reato (reati inerenti la droga, reati comuni, che sembrano siano la maggior parte), si può fare una differenziazione di soggetti. Il detenuto tossicomane che entra in carcere in quanto tale, ossia commette reato perché spinto dalla necessità di procurarsi la droga e il soggetto che primariamente fa parte della malavita e poi fa uso di sostanze stupefacenti.

Sul piano dell'approccio terapeutico è più facile intervenire sui primi in quanto c'è una maggiore disponibilità ad accettare interventi di aiuto.

Ovviamente giungono per lo più a questa esperienza carceraria i soggetti provenienti da ambienti e famiglie socio-economico disagiate, mentre i giovani provenienti da situazioni socio-economico abbienti riescono a far fronte alla necessità di droga senza ricorrere al reato, grazie ad interventi protettivi familiari, allontanamento dall'ambiente, ecc.

Anche da un'indagine sui minori detenuti tossicodipendenti emerge che il reato prevalente è quello contro il patrimonio e che il maggior numero di arresti di un tossicodipendente è determinato dalla commissione di un reato comune. Segue poi il reato specifico di spaccio e detenzione (COCCOLI, LA GRECA, SCARDACCIONE, *Esperienze di Rieducazione*, 2-3, 1981).

Considerando che il detenuto tossicodipendente è una persona che va curata, prima nella crisi di astinenza, poi nella fase successiva per allontanarlo dalla dipendenza sia fisica che psichica, il primo problema riguarda le difficoltà organizzative in cui si trovano gli istituti per la mancanza di strutture e di servizi interni, nonché di personale preparato, a tutti i livelli per far fronte al fenomeno di cui si tratta.

La normativa già descritta prevede per la cura e l'assistenza al detenuto tossicodipendente due tipi di interventi, il primo attraverso la creazione su basi territoriali di reparti carcerari opportunamente attrezzati, il secondo con l'avvalersi dei servizi sanitari locali per la cura e l'assistenza e la

riabilitazione. Lo stesso dicasi per il post-cura in quanto deve essere fatta segnalazione dei liberati dal carcere che siano ancora bisognevoli di terapia.

La realizzazione di appositi reparti per la cura dei tossicodipendenti in linea generale non è stata attuata e ciò sembra debba essere imputato a più motivi, tra i quali certamente la particolare situazione delle strutture carcerarie attuali ed il tipo di criminalità che ha reso necessario la creazione di istituti a maggiore indice di sicurezza, la carenza anche sul territorio di strutture adeguate, la riorganizzazione del servizio sanitario nazionale e in particolare il susseguirsi di leggi e decreti sul problema della tossicodipendenza. È stato dato l'avvio, invece, in buona parte degli istituti, soprattutto nel nord Italia e centro, all'apporto delle équipes per detenuti tossicodipendenti da parte dei servizi territoriali. Le équipes composte da medici, psichiatri, psicologi e assistenti sociali opera all'interno degli istituti. Alle équipes compete l'accertamento dello stato di entità della tossicodipendenza, e l'eventuale prescrizione del trattamento con sostanze ad azione analgesico narcotiche.

La finalità da raggiungere è l'attuazione di un programma di intervento continuativo e stabile tra i servizi territoriali ed il carcere per assicurare il proseguimento del trattamento eventualmente iniziato prima della carcerazione, continuarlo durante lo stato di detenzione e ancora dopo la scarcerazione. Ciò avviene ancora in minima parte e non è di facile attuazione, soprattutto nei grandi centri urbani dove tutte le comunicazioni tra servizi sono rallentate. A tale elemento se ne aggiungono altri che ostacolano tale progetto: l'anonimato che può essere chiesto dai soggetti in cura presso un centro di assistenza tossicodipendenti e la carenza sul territorio di risorse adeguate che consentono la realizzazione di programmi finalizzati al reinserimento. Ciò si è reso evidente anche per l'attuazione del provvedimento di affidamento ai centri medici, le cui strutture si sono mostrate non idonee a corrispondere alla esecuzione di tali misure, per cui, in sostanza, i provvedimenti del Tribunale sono rimasti di carattere formale (BUCCI, «Intervento della sezione specializzata del Tribunale», in *Una città di fronte alla droga*, cit. pagg. 165).

Le équipes lavorano soprattutto sulle segnalazioni provenienti dal personale del carcere, con interventi specifici sul

singolo caso attraverso terapie sia farmacologiche che psicologiche (l'uso del metadone non è generalizzato).

Programmi sistematici prevedono interventi sull'esigenza, interventi più prolungati, interventi con possibili esperienze a livello comunitario.

L'assenza tuttavia di appositi spazi rende difficile per lo più l'attuazione di terapie che vadano al di là dell'emergenza, in quanto mancano le condizioni ambientali idonee al trattamento, tra le quali possiamo anche annoverare attività culturali, ricreative, lavorative, ecc..... Il rischio così che si corre è che i soggetti considerino gli operatori solo come distributori di farmaci (situazione che in gran parte si è già verificata all'esterno).

Un altro problema riguarda la carenza sul territorio di strutture adeguate con le quali sia possibile impostare un programma di intervento continuativo e stabile.

3. — I SERVIZI SOCIALI ED IL SERVIZIO SOCIALE PENITENZIARIO

L'esame della normativa evidenzia i profondi cambiamenti nel campo dei servizi sociali preposti alla prevenzione e recupero della delinquenza e del disattamento sociale. La dizione servizio sociale è qui intesa in senso ampio (alloggio, sicurezza sociale, sanità ecc.) e non nel senso di servizio sociale professionale, cioè come l'attività professionale esercitata da assistenti sociali con una specifica preparazione). Non è più infatti preposto a tale difficilissimo compito solo un organo dello Stato, ossia il Ministero di Grazia e Giustizia, ma ora anche altri soggetti pubblici e cioè la Regioni e gli enti locali territoriali, cui istituzionalmente sono delegati vari compiti di intervento in diversi momenti della vita penitenziaria. Va precisato che « alle regioni spettano funzioni di programmazione, promozione e coordinamento delle attività degli enti locali, attività di sostegno ed assistenza tecnica, qualificazione ed aggiornamento professionale degli operatori ».

Agli enti locali spettano funzioni di programmazione delle attività di prevenzione a livello locale; organizzazione e gestione dei servizi e dei singoli interventi in collaborazione col Ministero di Grazia e Giustizia, tra i quali gli interventi in favore dei detenuti tossicodipendenti.

Al Ministero di Grazia e Giustizia spetta l'esecuzione degli interventi a carattere penale; custodia e trattamento nelle carceri, l'esecuzione delle misure alternative alla detenzione, tutti gli interventi necessari alla preparazione, alla esecuzione, alla modifica delle misure penali, nonché tutti i collegamenti con la autorità giudiziaria. È chiaro che tale divisione di competenze tra diversi soggetti ed organi richiede necessariamente una attività di collegamento e coordinamento non solo a livello programmatico o politico, (a tal fine è in funzione dal 9 settembre 1978 una Commissione nazionale per i rapporti con le Regioni) ma anche a livello delle stesse regioni e di servizi di base, quest'ultimo compito precipuo del servizio sociale penitenziario. Il trasferimento delle funzioni agli enti locali (unità sanitarie locali e comuni e, nell'ambito dei comuni, alle circoscrizioni), mentre consente, attraverso un decentramento così capillare, una più adeguata conoscenza della situazione socio-ambientale, dall'altra richiede un notevole sforzo organizzativo per attuare un efficace collegamento.

Per rimanere nel campo della tossicodipendenza, ad esempio in una città come Roma, che è suddivisa in 20 unità sanitarie locali e in 20 circoscrizioni amministrative (competenti per l'assistenza post-penitenziaria) è necessario coordinarsi con 40 servizi, i quali tutti presentano caratteristiche organizzative e modalità di intervento proprie.

L'orientamento generale in tema di cura e riabilitazione del tossicodipendente, come emerge dalla lettura delle diverse leggi e anche dalla abbondante bibliografia sul fenomeno della droga, tende a sottolineare come in genere la tossicodipendenza sia considerata un problema esclusivamente o prevalentemente medico (in proposito, BIONDI-FIANDRA, «Intervento pubblico e privato nel settore della tossicodipendenza», in *Rivista di servizio sociale*, 1978, 4) ed infatti negli intenti programmatici più volte enunciati di cura e riabilitazione poco spazio è dato al sociale, intendendo qui tutta quella serie di interventi che vanno dal miglioramento dei servizi in senso lato (reperimento occupazioni lavorative idonee per soggetti in difficoltà, alloggi, centri sociali di appoggio, servizi alternativi ecc.) ad interventi più specificamente professionali di servizio sociale individuale, familiare, di gruppo.

Per quanto riguarda l'organizzazione e a realizzazione dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, allo stato

attuale deve rilevarsi che la maggior parte si esplica attraverso trattamenti ambulatoriali. Il ricovero in presidi ospedalieri è attuato in situazioni di urgenza. Mancano indicazioni di programmi, ad eccezione di qualche caso sporadico, di servizi alternativi per i quali è necessario passare dalla sfera del pubblico a quella del privato. Varie associazioni volontarie, specialmente religiose, hanno costituito comunità terapeutiche o cooperative di servizi.

Vi è una sostanziale differenza tra le comunità terapeutiche che fondano il trattamento sull'allontanamento del soggetto dall'ambiente e sulla assenza di trattamento farmacologico, e le cooperative di servizi che invece per lo più offrono trattamento farmacologico.

Il centro di servizio sociale per adulti, ossia il servizio sociale penitenziario, è l'organo cui il nuovo ordinamento penitenziario affida vari compiti, tra i quali i più significativi riguardano le misure alternative alla detenzione, l'affidamento in prova al servizio sociale e la semilibertà, lo svolgimento di inchieste sociali utili a fornire elementi per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure di sicurezza (tra le quali si annovera anche l'ospedale psichiatrico giudiziario), la partecipazione a commissioni istituite dalla legge quali quella per il regolamento interno degli istituti, per le attività culturali e ricreative, la partecipazione alla osservazione scientifica della personalità del condannato e dell'internato per l'individualizzazione del trattamento, la preparazione del detenuto e dell'internato nel periodo precedente la scarcerazione per un loro definitivo inserimento nella vita libera.

Allo stesso servizio sociale è affidato inoltre un altro compito qualificante della Riforma, il collegamento con la comunità esterna al carcere, compito che si è ancor più rafforzato con il già citato decreto n. 616/1977 che ha delegato agli enti locali l'assistenza post-penitenziaria.

È nei diversi momenti della vita penitenziaria che detto servizio sociale entra anch'esso in contatto col detenuto tossicodipendente. È qui opportuno distinguere tra detenuti condannati e detenuti in attesa di giudizio.

Per i primi, come già detto poc'anzi, è prevista l'osservazione della personalità per la predisposizione di un piano di

trattamento individualizzato. In questa fase spesso emerge un passato di tossicodipendenza, ma la maggior parte dei soggetti al colloquio dichiara di avere interrotto definitivamente l'uso della droga e di essere certi di non ricadere più una volta liberi.

Tale dichiarazione non corrisponde mai alla reale situazione interiore del soggetto perché se, da un lato, con il superamento della crisi di astinenza e con la astinenza forzata dovuta alla detenzione, il problema apparentemente è risolto, sono tuttavia presenti tutti i problemi legati alla dipendenza psicologica e alle situazioni psico-sociologiche che hanno determinato l'avvio alla droga. L'atteggiamento di negazione del soggetto ha diverse motivazioni, tra le quali le più ricorrenti sono: ritenere effettivamente di aver risolto il problema e di essere abbastanza forte da superare l'impatto con la realtà esterna; l'essere consapevoli del proprio stato e non avere motivazioni al cambiamento; il temere che l'ammettere di essere ancora tossicodipendente possa pregiudicare l'ammissione ad una misura alternativa alla detenzione e comunque a godere di altri benefici previsti dall'ordinamento penitenziario, quali un permesso, la liberazione anticipata, la liberazione condizionale.

Tali aspetti si presentano soprattutto nei condannati a pene brevi, ossia in quei soggetti che commettono reati, quali il furto, l'oltraggio, spesso legati allo stato di tossicodipendenza e non nei soggetti condannati a pene lunghe, dei quali diverso è il curriculum giudiziario. Indubbiamente una osservazione più approfondita dovrebbe e/o potrebbe far emergere lo status del soggetto al fine di poter tentare un diverso approccio col detenuto ed avviare in tempo un processo finalizzato alla presa di coscienza del proprio problema, ma ciò si è dimostrato di difficile attuazione nella attuale realtà istituzionale.

Altra considerazione da fare è che gli stessi operatori penitenziari, all'emergere del fenomeno della tossicodipendenza, si sono trovati inpreparati e disorientati nell'affrontare il nuovo problema (impreparazione del resto comune agli altri operatori del territorio) sia per quanto riguardava specificamente la metodologia del trattamento sociale, che per la valutazione da dare allo stesso problema, rispetto ad esempio alla autorità giudiziaria o amministrativa chiamata a prendere decisioni nei confronti del detenuto.

E spesso l'esistenza della tossicodipendenza non è stata evidenziata nelle relazioni sui casi, ritenendo che potesse influire negativamente al fine della adozione di una misura alternativa alla detenzione.

4. - MISURE ALTERNATIVE E TOSSICODIPENDENZA

Il servizio sociale penitenziario si è trovato e si trova ad affrontare i problemi ed i bisogni del tossicodipendente nella esecuzione delle misure alternative alla detenzione, affidamento in prova e semilibertà e nella esecuzione delle misure di sicurezza non detentiva, la libertà vigilata.

Il numero dei soggetti ammessi ad una delle suddette misure è elevato ed esso tende sempre più ad aumentare; riguarda casi di età compresa tra i 20 e i 30 anni, che hanno commesso i reati tra quelli considerati tipici del tossicodipendente, assumono droga pesante, prevalentemente eroina, hanno un residuo pena breve e breve è stata anche la pena nel suo complesso. Sono giovani usciti soprattutto dalle case circondariali, dove spesso hanno superato la crisi di astinenza, ma non naturalmente la dipendenza psicologica.

Il trattamento dei casi in tali situazioni è difficile e l'esito spesso deludente.

È opportuno che un detenuto tossicodipendente sia ammesso a beneficiare di una delle misure alternative alla detenzione, quali l'affidamento in prova al servizio sociale e la semilibertà? Credo che la domanda in questa sede debba porsi in termini di possibilità di attuazione del trattamento.

L'uso della droga infatti coinvolge la vita di una persona nei suoi vari aspetti, familiare, lavorativo, sociale a tal punto che il suo comportamento, con il manifestarsi dell'instabilità lavorativa, le difficoltà di applicazione, e di rapporto con l'ambiente familiare, si manifesta subito in contrasto con le prescrizioni che normalmente vengono date ad un sottoposto a misura alternativa. All'inadempienza delle prescrizioni si aggiunge il rischio che il detenuto, per far fronte al bisogno della droga possa incorrere in altri reati e ritorni pertanto facilmente in carcere.

Si evidenzia pertanto, nel corso della misura alternativa, il contrasto tra le prescrizioni e l'impossibilità da parte del detenuto di adeguarvisi.

Il ruolo di controllo e di aiuto dell'ass. soc. incaricato del caso si presenta in queste situazioni in tutta la sua problematicità e difficoltà. La conduzione di questi casi richiede una preparazione professionale specialistica e doti di comunicazione oltre che consapevolezza e sicurezza non comuni.

Le difficoltà maggiori nel corso delle misure alternative si incontrano con i soggetti che non desiderano sottoporsi a trattamento.

Il servizio sociale penitenziario ha avviato un programma di collegamento e collaborazione con tutti i centri socio-sanitari territoriali competenti e le comunità terapeutiche per realizzare un piano di trattamento coordinato. Tuttavia la fase più difficile del trattamento è proprio quella che tende a motivare la necessità della cura, anche perché l'ambiente sociale di prevenzione è così coinvolgente che uscire dal giro della droga diviene per il soggetto quasi impossibile. È emblematico il caso di un semilibero che volendo abbandonare la droga e non riuscendoci ha chiesto di ritornare in carcere.

Qualche caso che ha chiesto aiuto è stato sostenuto nella ricerca di una comunità terapeutica, dove è stato possibile avviarlo con una modifica delle prescrizioni da parte della sezione di sorveglianza.

Ci si è posti la domanda se sia opportuno inserire tra le prescrizioni l'obbligo di sottoporsi a trattamento presso uno dei centri territoriali competenti; ma in merito vi sono opinioni discordanti in quanto da più parti si sostiene che l'obbligatorietà della cura è negativa al fine del trattamento.

È comunque essenziale che debba essere preparata adeguatamente l'adozione di una misura alternativa in favore del tossicodipendente, con la formulazione di un piano di trattamento e quindi delle prescrizioni che il soggetto possa effettivamente adempiere (ad esempio l'obbligo di un lavoro stabile è quasi sempre inevaso). È necessario la preparazione del detenuto in istituto, e ciò può essere fatto con uno stretto collegamento tra i membri della équipe di osservazione e i membri dell'équipe dei tossicodipendenti, la preparazione dell'ambiente familiare, di cui sono note le situazioni di crisi, la predisposizione di interventi di appoggio e cura, anche attraverso i servizi territoriali di base, al soggetto.

L'esperienza dimostra che l'immersione totale nell'ambiente di origine è generalmente negativa soprattutto quando

breve e forzato ne è stato l'allontanamento. Per questi casi si dovrebbero prevedere delle fasi intermedie, con l'inserimento in una di quelle strutture di appoggio, centri diurni, lavori protetti, comunità terapeutiche, a seconda dei bisogni del soggetto. Le possibilità di recupero del soggetto dipendono anche dal tipo di droga assunta, del tempo di inizio dell'assunzione, dalle terapie effettuate fino a quel momento, oltre che da altri fattori legati all'ambiente socio familiare.

È comunque ormai acquisito che una terapia esclusivamente farmacologica difficilmente riesce ad avere risultati soddisfacenti se non è accompagnata da effettivo sostegno psicologico, e concreto aiuto nella ricerca e mantenimento di un lavoro nell'aggiustamento dei rapporti familiari e sociali. Quando l'allontanamento dalla droga è solo forzato, come lo è quando è determinato dallo stato di detenzione o anche da un ricovero ospedaliero, quando cioè sia realizzato in maniera coatta, il ritorno alla droga è facile e quasi scontato. Ossia manca la partecipazione alla cura. Per questi motivi alcune comunità terapeutiche sono contrarie ad accogliere un soggetto all'uscita dal carcere, anche quando sia lo stesso interessato a chiederlo; la richiesta sarebbe infatti motivata dal desiderio di uscire dal carcere e quindi non completamente libera, condizione invece indispensabile per l'ammissione.

Il problema del reinserimento nella società del delinquente che usa abitualmente droghe rappresenta un caso particolare di probation che presenta modalità diverse nei vari paesi. A titolo di esempio in Austria una legge del 1980 relativa agli stupefacenti ha ampliata la possibilità di affidare al servizio sociale imputati tossicomani che possono essere curati presso degli appositi centri di ausilio e servizio sociale. Il centro di Vienna è organizzato anche per l'assistenza diurna, sotto la forma di un club a disposizione dei tossicomani; vi sono assistenti sociali ed uno psicoterapeuta che vi lavorano a tempo pieno. Trattamenti particolari sono previsti altresì dalla Germania Federale per i detenuti in probation. È consentito anche l'affidamento ad associazioni private di assistenza che finanziano e dirigono dei centri di raccolta con possibilità di soggiornarvi e lavorare. Nel Lussemburgo invece si lamenta che lo scarso numero in assoluto di drogati o alcoolisti (anche se percentualmente identico a quello dei paesi vicini) non ha consentito di creare istituzioni di raccolta, centri di aiuto

terapeutici per tossicomani e via dicendo, per cui il lavoro degli assistenti sociali è tutto fatto di sforzi personali per risolvere il problema degli affidati.

Peraltro questo senso di rammarico dimostra che in sostanza in tutti i paesi dell'Europa centrale esistono organizzazioni apposite per agevolare il trattamento ed il reinserimento. In Olanda le varie associazioni per il probation hanno dato luogo ad una associazione generale; accanto ad essa vi è una federazione delle istituzioni per l'alcool e i drogati.

5. - LIBERATI DAL CARCERE

È noto che la scarcerazione rappresenta un momento critico nella vita del detenuto il quale si trova ad affrontare tutta una serie di problematiche relative al suo riadattamento nella società libera. La mancanza di un lavoro per una larga maggioranza di casi, le difficoltà legate a rapporti con le famiglie, spesso compromessi, il rifiuto, anche se non sempre palese, dell'ambiente sociale di provenienza, rendono scarse le probabilità di successo di un tentativo di reinserimento. Non mancano situazioni in cui le difficoltà sono ancora maggiori; persone che non hanno casa, non hanno famiglie o comunque familiari disposti a riaccoglierli. E sono proprio i soggetti che presentano situazioni psicologiche fragili, come i casi psichiatrici ed ora sempre più anche i tossicodipendenti, che trovano, al loro ritorno in libertà, le maggiori situazioni di disagio e l'assenza di risorse, sia umane che sociali.

Per questo tipo di persone i rapporti familiari sono quasi sempre disagiati (il tossicodipendente giovane appartiene spesso a famiglie in cui altri componenti, fratelli o coniuge, presentano lo stesso problema), come più accentuati sono gli atteggiamenti di rifiuto da parte dell'ambiente sociale. A questi elementi emarginanti si contrappone altresì la pressione dei gruppi antisociali che cercano di coinvolgere nuovamente l'ex compagno. Alcuni soggetti tossicodipendenti riferiscono di « essersi ritrovati l'eroina in mano ». A questo punto è già tardi per intervenire.

Ricerche svolte sul tema della recidiva pongono in evidenza che il periodo più difficile e determinante dal punto di vista del reinserimento è quello immediatamente successivo

alla liberazione e che si può considerare il periodo di tempo minimo che può far ritenere superato il pericolo di ricaduta è generalmente più lungo: si parla di almeno cinque anni.

Il lavoro che si dovrebbe svolgere in questo campo si presenta pertanto arduo e faticoso, spesso deludente, impegnativo per quanto riguarda mezzi e personale da impiegare.

L'avvio di un programma articolato di interventi in favore del dimesso deve essere necessariamente preceduto da una adeguata preparazione alla dimissione; la quale dovrebbe assumere un carattere intensivo nei mesi che la precedono. Ciò richiede l'attuazione di interventi non solo sul soggetto, ma anche sulla famiglia e sull'ambiente, attraverso programmi coordinati tra il servizio sociale penitenziario, i servizi territoriali ed i servizi volontari, per la ricerca di risorse idonee ad offrire, relativamente alle esigenze dei casi, l'aiuto necessario a superare il primo impatto con la realtà.

Anche per i tossicodipendenti la fase che precede la dimissione ed il periodo immediatamente successivo, soprattutto se avviene dopo un periodo abbastanza lungo di astinenza all'uso della droga, è particolarmente delicata. Interventi intensivi sul soggetto in questo periodo, al fine di mobilitarne le risorse, soprattutto per quanto riguarda la motivazione al trattamento, e sull'ambiente, sarebbero quanto mai opportuni.

In questa fase andrebbe altresì curato anche il trasferimento del caso, senza soluzione di continuità, tra gli operatori interni all'istituto ed esterni perché non vi siano periodi vuoti.

Quanto stò esprimendo è del resto già stato ampiamente trattato dall'O.N.U. e dalla C.E.E. che, rispettivamente nel 1955 e 1973, hanno dettato le regole minime che auspicano proprio: art. 80 « fin dal momento della condanna.... il detenuto deve essere aiutato a stabilire rapporti con parenti, persone ed organismi esterni che possono favorire i suoi interessi familiari e il suo recupero sociale »; art. 81 « devono essere istituiti servizi ed organismi efficienti per aiutare gli ex detenuti a reinserirsi nella società, specie per quanto riguarda il lavoro...; devono essere procurati agli ex detenuti i documenti necessari, alloggio..... i rappresentanti dei servizi o organismi esterni devono avere libero accesso al carcere e presso i detenuti..... (C.E.E. 1973).

La maggioranza dei paesi ha recepito già da tempo la necessità di mettere in atto forme di aiuto ai liberati dal

carcere, per lo più di carattere volontario. L'Inghilterra prevede in talune situazioni anche l'obbligatorietà da parte del soggetto a sottoporsi al servizio di after-care il quale si configura come un prolungamento della sentenza in quanto il non assoggettarvisi diviene passibile di sanzioni.

Tradizionalmente l'assistenza ai liberati è stata sempre affiancata, ma anche preceduta da organizzazioni volontarie private, che oltre a visitare i carcerati, hanno curato l'assistenza alle famiglie, hanno organizzato e gestito centri di accoglienza per ex carcerati privi di aiuto, nonché promosso movimenti di opinione sul tema.

Iniziative volontarie sono sorte anche per i tossicodipendenti, ma non nella ottica del problema del detenuto o liberato dal carcere. Tali iniziative, che sono sostenute anche con contributi dell'ente locale, si sono realizzate soprattutto con l'organizzazione di comunità terapeutiche, tendenti alla risocializzazione del soggetto nel mondo lavorativo. Esse si basano sull'accoglimento di un numero selezionato di casi in centri residenziali dove spesso svolgono attività e ricevono trattamento psicologico, anche di gruppo. Fanno parte del personale anche ex tossicodipendenti. Sul piano delle esperienze operative esse rappresentano un valido esempio di intervento a livello psico-sociale. La comunità fonda il trattamento sull'allontanamento del soggetto dall'ambiente ed è tesa a modificare l'atteggiamento antisociale attraverso il lavoro ed il suggerimento di modelli di comportamento positivi. Fondamentale per l'accoglimento in comunità è la libera scelta del soggetto ed è per tale motivo che un detenuto non può essere accolto in comunità al momento della scarcerazione, a meno che non vi fosse già inserito prima.

L'attuale normativa italiana, oltre ad aprire spazi nuovi sia al volontariato che alla comunità nel suo insieme, prevede che la preparazione alla dimissione sia svolta dal servizio sociale penitenziario, mentre ha delegato l'assistenza post-penitenziaria, col già citato D.L. n. 616, agli enti territoriali locali che devono pertanto curare l'organizzazione ed il reperimento di risorse e strutture che possano aiutare l'ex detenuto in difficoltà. Per i tossicodipendenti è prevista la segnalazione al servizio assistenza tossicodipendenti territoriale per la prosecuzione del trattamento già iniziato durante il periodo di detenzione.

Allo stato mancano ancora, salvo rari esempi, strutture territoriali di ricevimento, carenza che si presenta ancor più per le persone con personalità disagiate, come appunto i casi psichiatrici e i tossicodipendenti.

Si ritiene che per raggiungere risultati apprezzabili sul piano dell'adattamento sia necessario approntare programmi che prevedano non solo la istituzione di centri di accoglienza, di case alloggio, di centri di aggregazione, di possibilità lavorative, ma anche di un servizio capillare di informazione ai privati cittadini la cui partecipazione è indispensabile per il raggiungimento degli scopi che ci prefiggiamo.

6. — CONCLUSIONI

La panoramica sui servizi preposti alla prevenzione, cura e riabilitazione del tossicodipendente e quindi anche del tossicodipendente detenuto mette in evidenza che il momento del reinserimento è il più difficile, e lo è tanto più se non si è in grado di offrire ai soggetti, coi quali si sia stabilito un approccio terapeutico, delle alternative valide sul piano dei servizi sociali; attività lavorative adeguate alle singole esigenze, centri di aggregazione sociale, centri diurni o comunità alloggio, cooperative di lavoro, comunità artigiane o agricole.

Negli interventi a favore dei tossicodipendenti si ritiene che debba essere posto di più l'accento sulla specificità del sociale, anche attraverso un maggior collegamento tra i servizi sanitari e sociali.

La nuova norma italiana sulla carcerazione preventiva fissata dalla legge 532 del 23 agosto 1982 ha aperto nuove prospettive sul piano della sostituzione della carcerazione preventiva del tossicodipendente attraverso l'arresto a casa, o presso luoghi di cura. Altra casistica si è aggiunta a quella già citata nella presente relazione. Credo che tali tendenze impongano riflessioni perché indubbiamente si inseriscono nel discorso dei programmi di intervento terapeutico dei servizi penitenziari e servizi territoriali. A seguito di tali provvedimenti i detenuti guidicabili già richiedono l'intervento dell'assistente sociale perché si adoperino presso l'autorità giudiziaria competente per ottenere lo stesso beneficio.

Negli istituti di pena si ritiene che dovrebbero essere maggiormente potenziati i servizi dell'équipes per i detenuti tossicodipendenti, anche con la creazione di piccoli reparti che possano consentire lo svolgimento di adeguati interventi di appoggio nelle fasi difficili e soprattutto nel primo periodo di detenzione e in quello che precede la scarcerazione. Ciò anche al fine di evitare l'instaurarsi di situazioni depressive che possano sfociare nel suicidio.

In carcere, come del resto nella società libera, si ritiene che sia importante privilegiare i soggetti che possono considerarsi più esposti all'abuso di droga ed in particolare sui giovani.

Attenzione particolare deve essere anche rivolta alle donne, che presentano un alto indice di tossicodipendenza, e soprattutto alle donne incinte nonché ai detenuti tossicodipendenti primari, proprio per l'adozione di strategie di intervento che evitino il ripetersi di carcerazioni.

Si ritiene altresì che dovrebbero prevedersi da parte del servizio sociale dei programmi di intervento sia individuale che di gruppo nei confronti delle famiglie dei detenuti tossicodipendenti, in collaborazione coi servizi territoriali di base. L'esistenza è del resto sentita dalle stesse famiglie che in certe zone si sono costituite in associazioni.

Ai fini della sottoposizione di condannati alle misure alternative alla detenzione si ritiene necessario operare una distinzione tra soggetti ad « alto e basso rischio » e attuare delle strategie di trattamento differenziate per soggetti. Si rendono pertanto necessario, come già detto, delle strutture alternative di appoggio che potrebbero essere create in collaborazione tra i servizi penitenziari e i servizi territoriali. La concessione indiscriminata dei benefici alternativi alla detenzione, che rischiano di concludersi negativamente, va infatti a danno della validità delle misure stesse.

RIASSUNTO

L'Autrice dopo un'ampia introduzione nella quale pone in evidenza come l'aumento della tossicomania in Italia e la sua connessione con la commissione di reati abbia portato alla emanazione di leggi statali e regionali che hanno affrontato il problema della prevenzione, cura

e riabilitazione dello stato di tossicodipendenza, si sofferma sulla assistenza nell'ambito carcerario, dove il maggior numero di dediti alla droga si registra fra gli imputati, soprattutto di reati contro il patrimonio.

Sono quindi le case circondariali che con la ricezione degli arrestati, subiscono l'impatto maggiore e affrontano il grosso problema dell'astinenza.

L'assistenza prevede due tipi di interventi, uno attraverso reparti carcerari opportunamente attrezzati e l'altro avvalentesi dei servizi sanitari locali attraverso apposite équipes per detenuti al fine di assicurare un intervento continuativo e stabile.

Passa poi a trattare specificatamente dei compiti svolti dal servizio sociale penitenziario, la cui preoccupazione di fondo è quella di realizzare programmi che siano finalizzati al reinserimento dei soggetti.

La situazione è particolarmente complessa e delicata perché richiede un capillare collegamento per l'integrazione degli interventi con le Regioni e gli enti territoriali locali.

Nel rilevare che l'orientamento prevalente è inteso a considerare il problema della cura e della riabilitazione del tossicodipendente come prevalentemente medico, pone in evidenza l'incidenza dell'aspetto sociale, intendendo tutta quella serie di interventi che vanno dal miglioramento dei servizi in senso lato (reperimento occupazioni lavorative idonee per soggetti in difficoltà, alloggi, centri sociali di appoggio, servizi alternativi) ad interventi più specificatamente professionali di servizio sociale individuale, familiare, di gruppo.

La seconda parte dello scritto esamina le particolari difficoltà di trattamento dei tossicodipendenti che sono in affidamento in prova e semilibertà e nella esecuzione di misure di sicurezza non detentive. Si tratta di un aspetto di particolare interesse sia perché il numero dei soggetti tossicodipendenti ammessi a fruire di tali misure tende ad aumentare, sia per le difficoltà di inserirli e mantenerli in un ambiente di lavoro e di rispettare le prescrizioni imposte all'atto della misura alternativa.

Difficoltà non minori riguardano altresì il reinserimento degli ex detenuti che devono riadattarsi alla società libera, problema posto in evidenza anche in relazione ad indagini comparatistiche e statistiche.

Il lavoro si conclude con delle proposte di natura organizzativa relative ai programmi di intervento ed alla partecipazione attiva del servizio sociale.

RESUME

L'Auteur, après une longue introduction expliquant comment l'augmentation de la toxicomanie en Italie (et ses liens avec la commission d'infractions) a entraîné la mise en place de lois nationales et régionales abordant le problème de la prévention, du traitement et de la réhabilitation des toxicodépendants, s'arrête sur le problème de l'assistance en milieu fermé, où la majorité des toxicodépendants sont auteurs d'infractions contre le patrimoine.

Ce sont donc les «Case Circondariali», de par le fait qu'elles accueillent les inculpés, qui affrontent le plus le phénomène, et notamment le problème de l'abstinence.

L'assistance prévoit deux types d'intervention: la première au moyen de sections carcérales spécialisées, la seconde utilisant les services sanitaires locaux par l'intermédiaire d'équipes spéciales pour détenus, afin d'assurer une intervention durable et stable.

L'Auteur passe ensuite aux travaux du Service Pénitentiaire dont la préoccupation principale est celle de réaliser des programmes ayant comme résultat la réinsertion des sujets.

La situation est particulièrement complexe et délicate car elle nécessite un réseau de communication très précis pour la réalisation de ces interventions avec les Régions et les organismes locaux.

Tout en relevant que l'orientation prédominante considère le problème du traitement et de la réhabilitation du toxicodépendant d'un point de vue médical, l'Auteur met en évidence l'importance de l'aspect social, c'est-à-dire de toutes les séries d'intervention allant de l'amélioration des services au sens large (recherche d'occupations adaptées à des sujets en difficulté, logements, centres d'aide sociaux, services alternatifs) à des interventions plus professionnelles de service social individuel, familial, de groupe etc....

La seconde partie du rapport examine les difficultés de traitement des toxicodépendants en liberté surveillée ou en semi-liberté et l'exécution des mesures de sûreté (sans détention). Il s'agit d'un aspect très intéressant du problème car le nombre de toxicodépendants jouissant de telles mesures ne cesse d'augmenter d'une part, et vu les difficultés pour les insérer et les maintenir dans le monde du travail tout en respectant les prescriptions imposées par la mesure alternative d'autre part.

De graves difficultés surgissent aussi en ce qui concerne la réinsertion des ex-détenus dans la société, problème mis en évidence par les recherches comparatives et les statistiques.

Le rapport se termine par des propositions d'organisation concernant les programmes d'intervention et la participation active du service social.

SUMMARY

After a broad introduction, emphasizing the increase in drug use in Italy and the connected increase in crime which had led to state and regional legislation to cover prevention, cure and rehabilitation of drug addiction and addicts, the Author stressed the problem of assistance in prison where the highest number of addicts is found among the accused, particularly of crimes against property.

The greatest impact is felt, therefore, by the «Case Circondariali» (District Remand Prisons) where the arrested are kept in custody and they face the enormous problem of abstinence.

Two types of intervention are foreseen — one through prison wings suitably equipped and the other using the local medical services

(USL) through special teams for inmates to ensure continuing and steady action.

The specific tasks of the Prison Social Services are then discussed, whose basic aim is to carry out programmes working towards the rehabilitation of addicts.

The situation is both complex and difficult since it requires a network of contacts to link intervention with the regional and local bodies.

In revealing the basic tendency to consider the problem of the cure and rehabilitation of drug addicts as mainly a medical matter, the Author emphasizes the importance of the social aspect, i.e. the series of actions to improve services in this sphere (odd jobs for patients in difficulty, lodgings, support-centres) and the more specific individual, family and group social services.

The second part of the paper looks at the special difficulties of treatment of drug addicts on parole or day-release and the application of non-detentive security measures. This aspect is particularly important since the number of drug addicts enjoying such measures tends to increase and there are the difficulties connected with their inclusion and maintenance in the labour market as well as managing to get them to respect the regulations of such measures.

Difficulties also occur both with their rehabilitation with other ex-inmates who must adjust to the free world, a problem confirmed by comparative and statistical studies.

The paper concludes with a number of organizational proposals regarding the intervention programmes and the active participation of the social services.