

INDAGINE SU 371 TOSSICODIPENDENTI DETENUTI
TRATTATI NELLA CASA CIRCONDARIALE DI
« REGINA COELI » DI ROMA

RIASSUNTO (*)

GIOVANNI BIONDI

Il dr. Giovanni M. Biondi per alcuni anni ha lavorato come componente della équipe del Centro di Malattie Sociali del Comune di Roma operante presso la Casa circondariale « Regina Coeli ».

In tale contesto ha condotto una ricerca riferita al periodo 1975-1978 su 371 tossicodipendenti detenuti in quel carcere.

In occasione del seminario « Droga e Prigioni », Messina 6/9 dicembre 1982, viene distribuito il presente riassunto nelle due lingue ufficiali del Consiglio d'Europa, al fine di permettere una prima conoscenza dei risultati della ricerca agli addetti ai lavori partecipanti al seminario.

1. - *La ricerca*

Il lavoro in oggetto nasce dall'esperienza del dr. Biondi di una attività svolta in 4 anni (dal 1975 al 1978), a favore dei tossicodipendenti detenuti presso il centro clinico della Casa circondariale di Regina Coeli di Roma.

La ricerca fornisce una serie di dati rilevati, mediante questionario, da un campione di soggetti tossicodipendenti detenuti e comparati con quelli rilevati da due gruppi di controllo, costituiti da soggetti tossicodipendenti che non hanno

(*) A cura di R. CASTELLANI, ricercatrice presso l'Ufficio studi, ricerche e documentazione della Direzione Generale I.I.P.P. - Ministero di Grazia e Giustizia.

mai subito carcerazione e soggetti detenuti non tossicodipendenti.

La sua realizzazione è stata possibile grazie alla collaborazione dei direttori degli istituti penitenziari di Regina Coeli e Rebibbia e dei responsabili dei servizi per i tossicodipendenti degli ospedali S. Spirito, S. Camillo, e del CMS del Comune di Roma.

I risultati dell'indagine insieme all'esperienza operativa dell'Autore, costituiscono un valido contributo per tutti coloro che operano o si accingono ad operare sia nelle istituzioni penitenziarie che nelle strutture territoriali.

Il lavoro che parte dall'analisi della condizione e dei rapporti dei tossicodipendenti detenuti con la struttura penitenziaria, con gli operatori e con gli stessi detenuti, giunge a delineare una serie di problemi di carattere psicologico, sociale e politico, connessi con l'attuale disagio del tossicodipendente, le cui difficoltà a trovarsi in un ruolo e in una funzione precisa sono irrisolte e spesso aggravate dalle carenze organizzative, nonché dalle reali difficoltà di approccio e di metodologia nei confronti di tale problema.

2. - *Analisi della storia della applicazione della legge 685/1975, e prospettazione di una modifica di essa (cap. I)*

L'Autore all'inizio del lavoro pone l'accento sulle condizioni che hanno determinato la nascita della legge 685/1975, rilevando come nel 1975 la « situazione droga » fosse diventata piuttosto pesante rispetto al 1954, anno di emanazione della precedente legge 1041, in cui il numero dei tossicomani era realmente basso e costituito in prevalenza da morfinomani.

La modificazione negli anni del tipo di abuso di sostanze stupefacenti (derivati dalla canapa indiana, LSD, eroina ecc.) evidenziò i forti limiti della legge nei confronti delle possibilità terapeutiche e d'intervento degli operatori socio-sanitari.

Tali constatazioni, insieme alle esperienze di molti paesi occidentali, hanno spinto verso una regolamentazione legislativa più corrispondente alla mutata fenomenologia delle tossicodipendenze.

La legge 685/'75 apporta infatti delle innovazioni rispetto alla precedente: modifica la relazione tossicomane-delinquen-

te in tossicomane-malato; differenzia legislativamente il trafficante dal consumatore, depenalizzando l'uso, la detenzione e l'acquisto di « modiche quantità » di sostanze stupefacenti a fini personali (art. 80); dà una larga apertura alle attività di prevenzione, trattamento e reinserimento sociale dei soggetti tossicodipendenti.

L'Autore attraverso l'analisi degli articoli della legge, comparativamente alla esperienza operativa della loro applicazione nei cinque anni trascorsi dall'entrata in vigore della stessa, evidenzia le difficoltà a cui si è andati incontro con riferimento anche al settore penitenziario e all'intervento delle strutture territoriali competenti nel settore della cura e assistenza ai tossicodipendenti.

Egli rileva che, se la legge nella complessità dei suoi articoli, secondo le intenzioni del legislatore, doveva intervenire a coprire le varie situazioni legate alla tossicodipendenza, sia nella fase curativa che riabilitativa, nella realtà il discorso relativo alla cura è carente nei confronti delle richieste della utenza, mentre quello della prevenzione e del reinserimento è quasi inesistente.

L'Autore intravede anche in un mancato coordinamento al vertice, la causa di una carenza nella omogeneità degli interventi sul territorio e nella gestione dell'informazione, che, infatti, se realizzata in modo errato può portare ad un effetto promozionale anziché preventivo.

Pertanto in tale realtà complessa e confusa il comportamento delinquenziale legato alla tossicodipendenza si è esaltato notevolmente, mentre l'istituzione penitenziaria si è trovata ad operare in una situazione in cui interventi socio-sanitari inadeguati, non costituendo riferimento per il tossicodipendente e la sua dipendenza, lasciavano irrisolto il problema della riabilitazione.

L'Autore concorda con il ritenere la legge carente in alcune sue parti, ma non ritiene che processi di legalizzazione o liberalizzazione, invocati da alcuni, a suo parere, possano stroncare il mercato della droga, poiché il peso delle forze economiche che controllano tale mercato è così preponderante che agire sull'offerta non risolverebbe il problema. È necessario, secondo l'Autore, agire sulla richiesta, togliendola da una dimensione di moda e di costume per poter così frenare e ridurre il fenomeno. Quando i giovani si disinteressarono

della droga, non trovando in essa né risposte fittizie, né meccanismi sociali e di gruppo alternativi, il mercato della droga perderà molto del suo potere, non avendo più un adeguato numero di acquirenti.

3. - *L'intervento degli operatori nel carcere* (Cap. II)

L'équipe nel Centro di Malattie Sociali di Roma, composta dal Dirigente Sanitario, neuropsichiatra, psicologo, assistente sociale, ha iniziato la sua opera presso il Centro clinico di Regina Coeli nel 1975.

In quel periodo si iniziava ad osservare l'ingresso in carcere di tossicodipendenti che per lo più provenivano dai ceti di media e piccola borghesia, mentre soltanto una piccola percentuale apparteneva al proletariato. Nel corso degli anni l'Autore ha potuto osservare come il fenomeno droga coinvolgesse via via anche le classi meno abbienti: proletariato e sottoproletariato urbano.

L'Autore, a partire dalla descrizione della situazione penitenziaria di quel periodo, esprime una serie di osservazioni sull'inserimento dell'équipe nella struttura penitenziaria e sui rapporti instaurati con i soggetti tossicodipendenti detenuti.

Per quanto riguarda l'integrazione nella struttura, l'Autore riferisce che il gruppo ha ricevuto disponibilità e collaborazione da parte degli operatori dell'istituzione, superando le iniziali difficoltà legate essenzialmente alla scarsa conoscenza dalla realtà penitenziaria.

Fin dall'inizio l'équipe ha concordato sull'importanza della richiesta spontanea di intervento da parte del detenuto tossicodipendente, ritenendo che un rapporto terapeutico deve avviarsi dalla volontà del soggetto di essere aiutato.

Uno dei primi obiettivi che gli operatori hanno affrontato è stato quello di far comprendere ed accettare, per quanto fosse possibile, gli atteggiamenti ed il comportamento del detenuto tossicomane sia agli agenti di custodia che agli stessi detenuti, in considerazione anche delle differenze di cultura e linguaggio esistenti tra questi e i tossicodipendenti.

La resistenza nei confronti della tossicomania è nella istituzione penitenziaria un notevole ostacolo alla comunicazione, pertanto sono stati favoriti numerosi contatti tra gli

operatori del CMS e il personale dirigente, sanitario e di custodia, per un intervento globale che coinvolgesse tutte le figure operative dell'istituto.

L'intervento del gruppo si indirizzava sia verso i detenuti tossicodipendenti ricoverati nel Centro clinico, sia verso i detenuti seguiti ambulatorialmente; a tale scopo erano state formate due mini-équipes per seguire un più alto numero di essi.

La fase della disintossicazione ha rappresentato un momento importante, in quanto proprio attraverso questo intervento è stato possibile agli operatori creare un aggancio relazionale con il tossicomane, e in alcuni casi ha consentito di mantenere tale rapporto ambulatorialmente.

Lo scopo degli interventi dell'équipe era volto soprattutto alla stimolazione di interessi ed alla individuazione di una serie di possibilità alternative che il soggetto potesse realizzare una volta tornato in libertà, non potendo gli operatori risolvere determinati problemi inerenti all'organizzazione della struttura penitenziaria.

4. - *L'essere tossicomane* (Cap. IV)

Si possono individuare due aspetti relativi alla personalità del tossicomane, uno riguarda l'esistenza di una personalità premorbose, ossia di una personalità « predisposta », per ragioni individuali o familiari, all'incontro e all'accettazione della sostanza stupefacente, in cui l'assunzione di droga diventa l'espressione patologica di tale premorbosità.

L'altro aspetto riguarda l'accomodamento che nella tossicodipendenza può ricercare una personalità carente ed in continua ricerca di un proprio equilibrio. Molte volte si può osservare l'esistenza di entrambi gli aspetti, dove l'elemento di « carenza » di rapporti interpersonali, affettivi, di identificazione, emerge particolarmente.

Altro elemento del quadro tossicomanico, oltre alla difficoltà di identificazione in un ruolo preciso, è quello della scarsa aderenza del tossicomane ai piani di realtà, e il suo rifugio nella sostanza stupefacente che garantisce magicamente il benessere e la protezione da una realtà che viene

vissuta come persecutoria, anche in assenza di reali connotazioni persecutrici.

L'Autore osserva che il concetto di criminalità e di comportamento criminogeno legato al mondo del drogato va rivisto in una ottica diversa. In effetti il tossicomane non ruba o commette reati per raggiungere una posizione economica e sociale altrimenti irraggiungibile, ma per poter appagare il suo bisogno di droga, tanto che lo stesso reato appare ai suoi occhi come un non-reato o comunque un comportamento legato esclusivamente al suo bisogno fisiologico di « fame di droga ».

In tal modo il tossicodipendente stabilisce con se stesso una serie di compromessi, per cui « lo star male » giustifica determinati comportamenti ritenuti in precedenza negativi (es. rubare, ecc..) e permette il disimpegno da una serie di interrogativi che egli non vuole affrontare.

L'Autore conclude che forse in pochi casi, come nel tossicomane, fisiologia e psicologia si intersecano con una tale complessità da rendere estremamente arduo ogni intervento, al di là dei numerosi tentativi di fornire spiegazioni.

5. — *La famiglia* (Cap. V)

In questo capitolo l'Autore analizza l'importanza del ruolo della famiglia nella formazione dell'individuo, riferendosi poi in particolare alle caratteristiche e al tipo di organizzazione familiare che si riscontra nella famiglia del tossicodipendente.

Ha scarso senso parlare di famiglia come se essa fosse qualcosa che esiste al di fuori della società e della storia e della cultura, poiché ad una certa società in un dato momento storico corrisponde una certa organizzazione familiare, caratterizzata da dinamiche che riflettono quelle del contesto sociale e culturale generale. Se le interrelazioni familiari hanno enorme importanza per la formazione della personalità individuale, bisogna anche considerare che la famiglia è il primo e forse più importante tramite che collega l'individuo all'ordine sociale esistente.

Le modificazioni sociali avvenute nel nostro tempo, il progredire della scienza, il linguaggio, la cultura sembrano

evolversi con velocità superiore ai tempi di maturazione e di apprendimento degli individui. Pertanto le contraddizioni insite nel nostro sistema sociale, la fine della tradizione, la difficoltà di avere dei modelli culturali di riferimento alternativi, si riflettono sui metodi educativi dei genitori, che risultano spesso poco rassicuranti e validi per lo sviluppo dei propri figli.

Lo stesso ruolo genitoriale, in tale contesto, diventa ambiguo e colpevolizzante, in rapporto ad una serie di norme esterne spesso contraddittorie e confuse.

Tale confusione la ritroviamo soprattutto nel campo dei cosiddetti bisogni sociali: bisogni fondamentali, infatti, vengono spesso mistificati ad opera di meccanismi economici o pseudoculturali e sostituiti con bisogni voluttuari, facendo sì che la famiglia, i figli, perdano la conoscenza di quelle che sono le loro reali esigenze.

Nella tossicodipendenza la comunicazione con i genitori è generalmente carente di affettività; nella detenzione infatti i rapporti del giovane tossicodipendente con la famiglia si mostrano in tutta la loro complessità, e spesso scopo degli operatori sociali è quello di favorire la ripresa del rapporto interrotto con i familiari.

Ci sono vari tipi di organizzazione familiare alle spalle del tossicodipendente; famiglie « invischiate » caratterizzate da un forte coinvolgimento reciproco dei membri o famiglie « disimpegnate », che mostrano apatia e disinteresse nei confronti degli altri membri; ma al di là di queste tipologie l'Autore ha potuto verificare che, nella quasi totalità dei casi, la famiglia versa in uno stato di reale abbandono, priva di punti di riferimento e di persone in grado di intervenire nella risoluzione dei loro problemi.

La famiglia, d'altronde, carente di conoscenze socio-sanitarie, fa riferimento a schemi culturali che, etichettando il figlio come disadattato prima e tossicodipendente poi, la emarginano colpevolizzandola.

6. - *L'adolescenza e il gruppo* (Cap. VI)

L'Autore sottolinea come, per comprendere il significato che la tossicodipendenza ha per un giovane, è necessario affron-

tare il problema della condizione giovanile, il suo disagio e la sua frustrazione nella realtà extrafamiliare.

Dal conflitto dei ruoli e modelli familiari nasce l'ambiguità esistenziale dell'adolescente e la sua esigenza di esperienza personale e di riferimenti sicuri.

Nel momento in cui l'impatto con la realtà sociale extrafamiliare acuisce la confusione e aumenta la frustrazione, il rifugiarsi nella droga costituisce una alternativa alla realtà vissuta come estranea e frustrante.

Nella condizione tossicomantica il giovane trasferisce la dipendenza dai genitori alla sostanza, pertanto la ribellione che lo ha portato alla ricerca di una individuazione, attraverso la droga, perde ogni sua caratteristica sostanziale, divenendo egli passivamente bisognoso di aiuto familiare e sociale.

È da sottolineare l'importanza che il gruppo riveste per il tossicodipendente quale riferimento rassicurativo, ed elemento di aggregazione per condividere con più persone uno stato di delusione, di paura e di fuga. Lo stesso gruppo, perde certe caratteristiche connotative per divenire « giro », il che implica un allargamento del gruppo ed in un certo senso anche la perdita da parte di questo di certe sue capacità aggregative. Il gruppo rappresenta non solo una sub-cultura, ma viene vissuto il più delle volte come « contro-cultura », la appartenenza ad esso aumenta l'aspetto di sfida e provocazione ad un sistema sociale che, in termini relazionali, appare chiuso e paradossale.

7. - *La crisi di astinenza e la disintossicazione* (Cap. VII)

L'insorgenza della sindrome di astinenza segna l'inizio della dipendenza del soggetto dalla sostanza stupefacente.

Il quadro clinico si manifesta con una sintomatologia fisica, accompagnata da una evidente componente psicologica: crisi di ansia, angoscia, paura.

L'Autore rivela che tale stato psicologico della crisi di astinenza viene aggravato, quando il soggetto si trova in stato di detenzione.

La segregazione aumenta lo stato di ansia e di angoscia che si associa alla carenza della sostanza; spesso nonostante

il tossicomane detenuto abbia superato la crisi di astinenza, a distanza di parecchi giorni riferisce di trovarsi in uno stato simile alla sindrome di astinenza, pur non avendo avuto la possibilità di assumere sostanze stupefacenti.

Per il tossicodipendente lo stato ansioso, infatti, è difficile da controllare, in quanto gli « attacchi ansiogeni » sono percepiti come provenienti dall'esterno e dall'interno e la bassa soglia di tolleranza alla frustrazione acuisce il malessere psicologico e fisico del soggetto.

Spesso un buon rapporto personale con l'operatore può contribuire alla riduzione dello stato ansioso, permettere al soggetto una migliore gestione del quadro sintomatologico doloroso, oltre che favorire l'adesione ad un programma concordato di trattamento.

L'Autore sottolinea come la detenzione venga vissuta dal tossicodipendente in modo pesante e la rigida routine istituzionale aggravi lo stato di apatia e di pessimismo che si presenta nel soggetto alcuni giorni dopo il superamento della crisi di astinenza.

Spesso il tossicodipendente cade in stati di profonda depressione che per alcuni si manifestano con l'uso del sonno (anche 18 ore di sonno al giorno), quale meccanismo difensivo. Nella struttura penitenziaria l'Autore ritiene che la crisi di astinenza sia ancora più drammatica per il tossicodipendente, in quanto l'ambiente istituzionale non gli permette in alcun modo, se non farmacologicamente con una disintossicazione fisica, di risolvere il suo stato astinenziale, che è notoriamente legato a problemi psicologici.

Nella sua esperienza l'Autore ha notato come non solo i tossicodipendenti, ma anche molti genitori e sanitari tendano di investire la terapia farmacologica disintossicante di un potere superiore alle sue reali caratteristiche, aspettandosi dalla sua somministrazione la risoluzione non solo dei problemi fisiologici, ma anche di quelli psicologici o sociali.

L'Autore conclude che a suo giudizio è importante che la struttura carceraria sia dotata di un centro clinico attrezzato con personale medico e paramedico, perché ciò permetterebbe un aggancio con il tossicodipendente durante la detenzione, al fine di realizzare un rapporto che può aiutare il soggetto non solo in carcere, ma mantenersi successivamente nello

stato di libertà, anche nel caso di eventuali e possibili ricadute, fornendogli dei punti di riferimento socio-sanitari territoriali con i quali poter collaborare.



8. - *Depressione e aggressività* (Cap. VIII)

La depressione del tono dell'umore si nota con una certa frequenza nei tossicodipendenti sia in libertà che detenuti.

Lo stato apatico, disinteressato, annoiato, presente nel tossicomane nasconde una condizione spesso melanconica.

Il rifugiarsi nella melanconia, rifiutando qualsiasi verifica della propria condizione, crea grossi problemi per l'operatore; il carattere di volontarietà della richiesta di intervento resta comunque l'aspetto e la condizione essenziale per avviare un rapporto terapeutico.

L'Autore mette in luce il meccanismo sado-masochista presente nello stato tossicomano: l'incapacità di affrontare il lato ostile dell'ambivalenza che deriva da frustrazioni prolungate nel tempo, porta ad una inversione delle cariche aggressive da « verso gli altri » a « verso se stessi », pertanto l'aspetto masochista del tossicodipendente è un mezzo per nascondere alla coscienza un più profondo sadismo.

Nel carcere la tensione conflittuale nasce dal bisogno del soggetto di ricevere una risposta nei confronti del proprio stato e dalla contraddittorietà della risposta culturale che gli viene fornita, spesso infatti riceve l'incomprensione e la disconferma da parte di agenti, detenuti, e della struttura stessa.

Da questa situazione deriva che modificazioni comportamentali quali la depressione, l'aggressività, la fuga nel fantastico con scarsa aderenza ai piani di realtà, divengono risposte allo stato di frustrazione che il tossicodipendente soffre e a cui non riesce a far fronte in modo più adattivo, in considerazione anche della sua particolare struttura personologica.

L'Autore afferma che lo stato di frustrazione può divenire elemento importante per lo sviluppo e la crescita del soggetto tossicodipendente, se inserito in un contesto corretto, mentre può aggravare il suo stato, quando investe indiscriminatamente tutti gli aspetti della sua vita di relazione, come si verifica generalmente nella detenzione.

9. - *La riabilitazione* (Cap. IX)

L'intervento di tutta l'équipe del CMS all'interno della struttura penitenziaria è stato indirizzato, non soltanto a fornire al tossicodipendente detenuto un appoggio farmacologico, psicologico e sociale, ma ad intraprendere con il soggetto un dialogo che continuasse anche una volta che questi fosse tornato in libertà.

È difficile parlare di riabilitazione, in quanto molti interventi fatti dai suddetti operatori sono stati vanificati dalla carente situazione esterna: difficoltà di reperimento di posti lavorativi, carenza di strutture sociali adeguate ecc.; per cui lo scontro con determinate realtà sociali, politiche ed economiche, generalmente ha come risultato il rigetto del soggetto tossicodipendente nell'ambiente di provenienza e al suo gruppo di appartenenza.

L'Autore afferma che non è sufficiente, anche se importante, limitarsi ad instaurare un rapporto con il tossicomane, è necessario essere in grado di offrirgli delle alternative che siano per lui realmente attuabili.

L'ex-tossicomane si trova a dover riprendere una serie di relazioni con il mondo, interrotte dalla sua tossicodipendenza; la sua condizione di « ex » influisce in modo pesante in ogni suo comportamento e nel suo rapporto con gli altri.

Pertanto l'operatore deve essere di appoggio non solo al soggetto, ma anche ai suoi familiari, favorendo la ripresa della comunicazione, e stimolando il soggetto verso la ricerca di una propria realtà individuale.

L'Autore tratta brevemente delle comunità terapeutiche ed agricole, quali riferimenti positivi per il tossicodipendente che sia, però, concretamente motivato a porre fine alla tossicodipendenza.

L'Autore ritiene che si debba operare affinché vengano resi funzionali ed adeguati i servizi all'interno delle USL, vengano migliorate le strutture esterne socio-riabilitative, creando validi punti di riferimento per rispondere alle richieste ed ai bisogni che il soggetto tossicodipendente pone.

In tal caso prevenzione e riabilitazione si sovrapporrebbero ed il rischio della ripetizione di comportamenti delinquenziali connessi alla tossicomania si ridurrebbe.

10. - *Analisi dei dati della ricerca* (Cap. IV, V, VI, VII, VIII, IX)

La ricerca in oggetto è di tipo teorico-empirico, infatti, oltre a trattare i vari aspetti connessi al fenomeno della tossicodipendenza, analizza una serie di dati derivanti dalla somministrazione di un questionario anonimo ad un campione di soggetti tossicodipendenti detenuti e a due campioni di controllo, costituiti da detenuti non tossicodipendenti e tossicodipendenti che non hanno mai subito carcerazioni, in trattamento presso strutture pubbliche.

Dal raffronto dei dati tra i campioni è emersa l'analisi di una serie di variabili che tendono a identificare le caratteristiche generali del tossicodipendente, con riferimento specifico al tossicodipendente detenuto.

Dall'analisi dei due campioni di tossicodipendenti (detenuti e mai arrestati) è emerso che la fascia d'età più coinvolta nella tossicomania risulta essere quella che va dai 19 ai 26 anni.

Per quanto riguarda l'età di prima assunzione, si nota con preoccupazione che essa si va abbassando, per cui già dai 13 anni ai 16 anni c'è una percentuale di giovanissimi che assume sostanze stupefacenti.

La sostanza iniziale di assunzione più usata è rappresentata dai cannabinici, ma attualmente si osserva nei più giovani una tendenza ad iniziare con l'eroina spesso prima annusata e poi iniettata.

Dato l'alto numero di soggetti tossicodipendenti, nati nel comune di Roma, è stata fatta un'analisi delle zone circoscrizionali di residenza; da ciò è risultato che in tutti i tre gruppi la borgata e la periferia sono le zone più interessate ma il disagio giovanile mostra di avere origini un pò in tutti i quartieri romani, e questo può fare riflettere sul carattere non sano ed equilibrato che si osserva nelle zone abitative di Roma, dove spazi verdi, strutture sociali sono spesso carenti, se non assenti.

Sulla variabile « lavoro », dei dati è emerso come ci sia un rapporto inversamente proporzionale tra tossicomani detenuti e tossicomani mai arrestati e in trattamento presso strutture pubbliche.

I tossicodipendenti mai arrestati hanno infatti, rispetto agli altri, maggiormente la possibilità di proseguire un lavoro anche se con notevoli difficoltà, proprio perché aiutati nella gestione della loro dipendenza.

Dalle risultanze dei dati sui tre gruppi, in generale si può desumere che un'attività lavorativa continuata e responsabile sia poco compatibile con il fenomeno della tossicodipendenza.

Per quanto attiene al dato sullo stato civile, l'alto numero di celibi tra i tossicodipendenti (detenuti e mai arrestati) conferma la tendenza a non instaurare rapporti stabilizzanti.

Dall'analisi dei reati compiuti dai tossicodipendenti detenuti, si è potuto osservare come quelli connessi alla legge 685/1975 sono meno numerosi dei reati comuni, legati maggiormente ai delitti contro il patrimonio.

Questo può essere giustificato dal fatto che il piccolo o piccolissimo spaccio non rende generalmente la grossa somma di denaro necessaria per mantenere per lungo tempo la propria dipendenza, come il ricorso a reati comuni.

In relazione al problema dei rapporti familiari, è da sottolineare come un generico e migliore stato sociale e culturale, con una presenza e un interessamento più costante dei genitori, favorisca un impatto con la droga meno drammatico e un minor ricorso ai reati per alimentare la propria tossicodipendenza.

Un dato da rilevare è quello inerente all'alta percentuale di genitori vedovi presente nel campione di tossicodipendenti detenuti; questo deporrebbe per la ipotesi dell'importanza dell'assenza di una delle figure genitoriali nella complessa genesi della tossicodipendenza.

Emerge da una visione globale delle variabili analizzate nella ricerca che il tossicomane che giunge in carcere ha spesso alle spalle un preciso curriculum: carcerazioni da minorenne, istituzionalizzazione, ambiente familiare disgregato, disoccupazione, basso livello di scolarità o studi interrotti.

Gran parte dei soggetti del campione dei tossicodipendenti detenuti sono risultati essere stati trattati precedentemente alla detenzione del CMS di Roma; un alto numero, invece, ha avuto ricoveri presso ospedali o cliniche private.

La percentuale superiore di ricoveri del gruppo di controllo, rispetto a quello dei tossicomani detenuti, potrebbe

far pensare ad una maggiore motivazione di costoro, a trovare nel ricorso ospedaliero una strada per affrontare la propria dipendenza.

Rilevante appare il dato del rapporto del tossicodipendente detenuto con l'équipe del CMS dopo la carcerazione. A tal proposito l'Autore fa notare che gran parte dei giovani tossicodipendenti una volta in libertà, pur superata la dipendenza fisiologica, tornavano all'uso della sostanza stupefacente, dimostrando che la dipendenza psicologica continuava ad essere determinante.

L'Autore conclude che nel carcere forse più di altre strutture si esasperano le differenze dei vissuti culturali ed esistenziali, per cui il giovane tossicodipendente vive tutta la drammaticità della sua condizione.

Il suo precario stato fisico-psichico, spesso deteriorato al punto della perdita dei contatti con la realtà, ostacola maggiormente l'adattamento ad una comunità particolare come quella penitenziaria.

Pertanto l'Autore ritiene che è diverso il trattamento del tossicomane negli istituti penitenziari da quello che si può realizzare all'esterno di tale struttura. Questo però non vuol dire che non si debba migliorare l'intervento all'interno della struttura, per mettere il giovane nelle migliori condizioni per superare la crisi di astinenza e permettergli di avere delle possibilità di rapporto con operatori preparati ad un intervento psicologico e sociale.

RESUME

Pendant quelques années, M. Giovanni M. Biondi a travaillé en tant que membre de l'équipe du Centre de Maladies Sociales de la Municipalité de Rome, en opérant dans la Maison d'arrêt « Regina Coeli ».

C'est dans ce contexte qu'il a effectué une recherche relative à la période 1975/78 sur 371 sujets toxicomanes détenus dans la dite Maison d'arrêt.

Le résumé ci-joint, traduit dans les deux langues officielles du Conseil de l'Europe, est distribué à l'occasion du séminaire « Drogue et Prisons », Messine 6/9 décembre 1982, afin d'offrir aux opérateurs du secteur participant au séminaire une première approche aux résultats de la recherche.

1. — *La recherche*

Le travail en question est le résultat de l'expérience de M. Biondi au cours de quatre ans d'activité (de 1975 à 1978) en faveur des toxicomanes détenus dans le centre clinique de la Maison d'arrêt de Regina Coeli à Rome.

La recherche fournit une série de données relevées à travers un questionnaire sur un échantillon de sujets toxicomanes détenus et confrontées aux données relevées sur deux groupes de contrôle, composés de sujets toxicomanes qui n'ont jamais été incarcérés et de sujets détenus non toxicomanes.

Cette recherche a pu se réaliser grâce à la collaboration des directeurs des établissements pénitentiaires de Regina Coeli et de Rebibbia, ainsi que des responsables des services pour toxicomanes des hôpitaux S. Spirito, S. Camillo et CMS de la Commune de Rome.

Joint à l'expérience opérationnelle de l'Auteur, les résultats de l'enquête constituent une contribution valable pour tous ceux qui opèrent ou qui s'apprentent à opérer soit dans les établissements pénitentiaires, soit dans les structures territoriales.

Partant de l'analyse de la condition et des rapports des toxicomanes détenus avec la structure pénitentiaire, avec les opérateurs et les autres détenus, le travail parvient à tracer le contour d'une série de problèmes à caractère psychologique, social et politique, reliés au malaise actuel du toxicomane, dont les difficultés de se trouver inséré dans un rôle et dans une fonction précise demeurent irrésolues et souvent aggravées par les carences d'organisation au niveau territorial, par les lacunes législatives, ainsi que par les difficultés réelles d'approche et d'application d'une méthodologie vis-à-vis de ce problème.

2. — *Analyse de l'histoire de l'application et perspectives d'une modification de la loi 685/1975 (Chapitre I)*

Au début de son ouvrage, l'Auteur met l'accent sur les conditions qui ont donné lieu à la naissance de la loi 685/1975, en soulignant le fait qu'en 1975 la « situation drogue » s'était considérablement aggravée par rapport à 1954, année de la promulgation de la loi précédente, n. 1941, époque à laquelle le nombre de toxicomanes était véritablement et essentiellement formé de morphinomanes.

Au cours des années, la modification du type d'abus de substances stupéfiantes (dérivés du chanvre indien, LSD, héroïne, etc.) a mis en évidence les graves faiblesses de la loi vis-à-vis des possibilités thérapeutiques et d'intervention des opérateurs socio-sanitaires.

Ces constatations, ainsi que les expériences de plusieurs pays occidentaux, ont poussé à adopter une réglementation législative répondant de façon plus satisfaisante aux changements phénoménologiques des toxicomanies.

En effet, la loi 685/75 contient des innovations par rapport à la loi précédente: elle transforme la relation toxicomane-délinquant en toxicomane-malade; elle distingue du point de vue législatif le trafiquant du consommateur, à travers la décriminalisation de l'usage, de la détention et de l'achat de « quantités modiques » de substances stupéfiantes pour usage personnel (art. 80); elle s'ouvre largement aux activités de prévention, de traitement et de réadaptation sociale des sujets toxicomanes.

A travers l'analyse des articles de la loi comparés à l'expérience opérationnelle de leur application au cours des cinq années qui se sont écoulées depuis son entrée en vigueur, l'Auteur met en évidence les difficultés qui ont été rencontrées, en se référant également au secteur pénitentiaire et à l'intervention des structures territoriales compétentes dans le domaine des soins et de l'assistance au toxicomanes.

Il fait ressortir que si dans les intentions du législateur la loi, avec la complexité de ses articles, devait intervenir en vue de faire face aux différentes situations liées à la toxicomanie, aussi bien dans la phase des soins que dans celle de la réadaptation, en réalité le discours concernant les soins est insuffisant par rapport aux exigences des usagers, tandis que celui de la prévention et de la réadaptation est presque inexistant.

L'Auteur entrevoit également dans un manque de coordination au sommet la cause d'une carence en homogénéité des interventions sur le territoire et dans la gestion de l'information qui, effectivement, lorsqu'elle s'effectue de façon erronée, peut provoquer un effet de promotion et non pas de prévention.

C'est ainsi que dans cette réalité complexe et confuse le comportement de la délinquance lié à la toxicomanie s'est accru considérablement, alors que les établissements pénitentiaires ont dû opérer dans une situation où des interventions socio-sanitaires insuffisantes, n'offrant aucun point de repère au toxicomane et à sa dépendance, ne réussissaient pas à résoudre le problème de la réhabilitation.

L'Auteur s'accorde à considérer insuffisantes certaines parties de la loi, mais il n'est pas de l'avis que des processus de légalisation ou de libéralisation, invoqués par certains, puissent démolir le marché de la drogue, car le poids des forces économiques qui contrôlent ce marché est tellement prépondérant qu'agir sur l'offre ne résoudrait pas le problème. Selon l'Auteur, il est nécessaire d'agir sur la demande, en l'éloignant de la dimension de mode et de coutume, afin de pouvoir ainsi freiner et réduire le phénomène. Lorsque les jeunes se désintéresseront de la drogue, en n'y trouvant plus aucune réponse fictive, ni de mécanismes sociaux et collectifs alternatifs, le marché de la drogue perdra une grande partie de son pouvoir, ne pouvant plus disposer d'un nombre suffisant d'acheteurs.

3. - *L'intervention des opérateurs dans les prisons* (Chapitre II)

L'Equipe du Centre de Maladies Sociales de Rome, formée du Directeur Sanitaire, d'un neuropsychiatre, d'un psychologue et d'un assistant social, a commencé son travail au Centre clinique de Regina Coeli en 1975.

A cette époque, on commençait à observer l'entrée dans les établissements pénitentiaires de toxicomanes, la plupart desquels provenaient des classes de la moyenne et de la petite bourgeoisie, tandis que les sujets provenant du prolétariat ne représentaient qu'un pourcentage restreint. Au cours des années, l'Auteur a pu constater combien le phénomène de la drogue impliquait au fur et à mesure également les classes économiquement plus faibles: prolétariat et sous-prolétariat urbain.

A partir de la description de la situation pénitentiaire de cette période, l'Auteur exprime une série d'observations sur l'intégration de l'équipe dans la structure pénitentiaire et sur les rapports établis avec les sujets toxicomanes détenus.

En ce qui concerne l'intégration dans la structure, l'Auteur déclare que le groupe a pu bénéficier de la disponibilité et de la collaboration de la part des opérateurs de l'établissement, ce qui a permis de surmonter les difficultés initiales, dues essentiellement au manque de connaissance de la réalité pénitentiaire.

Dès le début, l'équipe s'est accordée sur l'importance de la demande spontanée d'intervention de la part du détenu toxicomane, en estimant qu'un rapport thérapeutique ne peut s'établir qu'à partir de la volonté d'être aidé du sujet même.

Un des premiers objectifs abordés par les opérateurs a été celui de faire comprendre et accepter, autant que possible, les attitudes et le comportement du détenu toxicomane, aussi bien aux gardiens de prison qu'aux détenus eux-mêmes, compte tenu également des différences de culture et de langage qui existent entre ceux-ci et les toxicomanes.

A l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, la résistance vis-à-vis de la toxicomanie représente un obstacle considérable pour la communication et c'est pourquoi plusieurs contacts ont été favorisés entre les opérateurs du CMS et le personnel dirigeant, sanitaire et de garde, en vue d'une intervention globale impliquant tous les personnages qui opèrent à l'intérieur de l'établissement.

L'intervention de groupe s'adressait autant aux détenus toxicomanes hospitalisés au Centre clinique qu'aux détenus soumis à traitement ambulatoire; à cet effet, deux mini-équipes avaient été formées afin de suivre un nombre plus élevé de cas.

La phase de la désintoxication a représenté un moment important, car c'est justement à travers cette intervention que les opérateurs ont eu la possibilité d'établir un rapport avec le toxicomane, ce qui a permis dans certains cas de maintenir ce rapport au cours d'un traitement ambulatoire.

Les interventions de l'équipe visaient notamment à la stimulation d'intérêts et à la détermination d'une série de possibilités alternatives que le sujet pût réaliser une fois la liberté recouvrée, les opérateurs ne pouvant pas résoudre certains problèmes inhérents à l'organisation de la structure pénitentiaire.

4. – *Etre toxicomane* (Chapitre IV)

Il est possible de déterminer deux aspects relatifs à la personnalité du toxicomane, le premier concernant l'existence d'une personnalité pré-morbide, à savoir d'une personnalité « prédisposée », pour des raisons individuelles ou familiales, à la rencontre et à l'acceptation de la substance stupéfiante, personnalité pour laquelle l'absorption de drogue devient l'expression pathologique de cet état pré-morbide.

L'autre aspect concerne l'accomodement que peut rechercher dans la toxicomanie une personnalité trop faible et à la recherche continue de son équilibre. On assiste souvent à la coexistence des deux aspects, là où l'élément d'« insuffisance » de rapports interpersonnels, affectifs, d'identification, ressort de façon particulière.

Un autre élément de la toxicomanie, à part la difficulté d'identification dans un rôle précis, consiste dans le manque d'adhésion du toxicomane aux plans de réalité, en son refuge dans la substance stupéfiante qui assure magiquement le bien-être, ainsi que dans la recherche de protection face à une réalité vécue comme vexatoire, même en l'absence de connotations réellement persécutrices.

L'Auteur observe que le concept de criminalité et de comportement criminogène lié au monde du drogué doit être réexaminé dans une perspective différente. En effet, le toxicomane ne vole pas et ne commet pas ses délits en vue d'une position économique et sociale qui autrement lui serait impossible à atteindre, mais afin de pouvoir assouvir son besoin de drogue, et d'ailleurs il considère les délits en question comme des non-délits ou du moins comme un comportement lié exclusivement à son besoin physiologique de « faim de drogue ».

Ainsi le toxicomane consent avec lui-même à toute une série de compromis à partir desquels le fait de « se sentir mal » justifie certains comportements qui auparavant étaient considérés de façon négative (p.ex. voler, etc.) et permet le dégagement d'une série de problèmes auxquels il ne veut pas faire face.

5. – *La famille* (Chapitre V)

Dans ce chapitre, l'Auteur analyse l'importance du rôle de la famille dans la formation de l'individu, en se référant ensuite notamment aux caractéristiques et au type d'organisation familiale que l'on relève au sein de la famille du toxicomane.

Parler de famille comme s'il s'agissait de quelque chose qui existe en dehors de la société, de l'histoire et de la culture n'a pas beaucoup de sens, puisqu'à une certaine société d'une époque historique donnée

correspond une certaine organisation familiale, caractérisée par des dynamiques qui reflètent celles du contexte social et culturel général. Si d'une part les relations réciproques à l'intérieur de la famille revêtent une énorme importance pour la formation de la personnalité individuelle, il nous faut d'autre part également considérer que la famille représente le premier et peut-être le plus important des intermédiaires entre l'individu et le système social existant.

Les modifications sociales qui se sont produites à notre époque, le progrès de la science, le langage et la culture semblent évoluer plus rapidement que les temps de maturation et que l'action d'apprendre des individus. Par conséquent, les contradictions inhérentes à notre système social, la fin des traditions, la difficulté de disposer de modèles culturels de repère les remplaçant, se reflètent sur les méthodes éducatives des parents, méthodes qui apparaissent souvent peu rassurantes et peu valables pour le développement des enfants.

Dans ce contexte, le rôle même des parents devient ambigu et culpabilisant, par rapport à une série de règles extérieures souvent contradictoires et confuses.

Cette confusion, nous la retrouvons notamment dans le domaine des soi-disant exigences sociales: en effet, certaines exigences fondamentales sont souvent mystifiées par des mécanismes économiques ou pseudo-culturels et remplacées par des exigences voluptuaires, ce qui fait que la famille et les enfants perdent la connaissance de leurs exigences réelles.

Dans les cas de toxicomanie, la communication avec les parents manque généralement d'affectivité; en effet, pendant la détention les rapports du jeune toxicomane avec sa famille montrent toute leur complexité et bien souvent l'objectif des opérateurs sociaux consiste à favoriser la reprise du rapport interrompu avec les membres de la famille.

Derrière le toxicomane il existe plusieurs types d'organisation familiale: allant des familles « engluées », où l'on observe une forte implication réciproque de ses membres, aux familles « désengagées », qui se montrent apathiques et désintéressées à l'égard des autres membres; mais au-delà de ces typologies, l'Auteur a pu constater que dans la presque totalité des cas la famille se trouve dans un état de véritable abandon, dépourvue de points de repère et de personnes capables d'intervenir pour la solution de leurs problèmes.

D'ailleurs, la famille dont les connaissances socio-sanitaires sont insuffisantes se rapporte à des schémas culturels qui, en classant l'enfant d'abord comme inadapté et ensuite comme toxicomane, la rendent marginale en la culpabilisant.

6. – *L'adolescence et le groupe* (Chapitre VI)

L'Auteur souligne que, pour comprendre ce que signifie la toxicomanie pour les jeunes, il est nécessaire d'aborder le problème de la condition même des jeunes, leur malaise et leur frustration dans la réalité extra-familiale.

Le conflit de rôles et de modèles familiaux provoque l'ambiguïté existentielle de l'adolescent, ainsi que son exigence d'expérience personnelle et de références certaines.

Lorsque l'impact avec la réalité sociale extra-familiale accentue la confusion et augmente la frustration, le fait de se réfugier dans la drogue constitue une alternative vis-à-vis de la réalité qui est vécue comme étrangère et frustrante.

Dans sa condition de toxicomane, le jeune transfère la dépendance des parents à la substance et, par conséquent, la révolte qui l'a conduit à la recherche de son caractère individuel perd, à travers la drogue, toute sa caractéristique substantielle et le sujet devient passivement nécessaire d'aide familiale et sociale.

Il est opportun de souligner l'importance du rôle que joue pour le toxicomane le groupe, en tant que point de repère rassurant et élément d'agrégation permettant de partager avec plusieurs personnes un état de déception, de peur et de fuite. Le groupe lui-même perd certaines connotations et se transforme en « milieu » ou en « mouvement », ce qui comporte un élargissement de groupe même et, en un certain sens, également la perte de sa part de certaines capacités d'agrégation. Non seulement le groupe représente une sous-culture, mais la plupart du temps il est vécu comme une « contre-culture » et le fait d'y appartenir accroît l'aspect de défi et de provocation contre un système social qui, du point de vue des relations, paraît fermé et paradoxal.

7. – *La crise d'abstinence et la désintoxication* (Chapitre VII)

L'apparition du syndrome d'abstinence marque le début de la dépendance du sujet de la substance stupéfiante.

Le cadre clinique présente une symptomatologie physique, accompagnée d'une composante psychologique évidente: crises d'anxiété, angoisse, peur.

L'Auteur relève que cet état psychologique de la crise d'abstinence est aggravé dans le cas de sujets détenus.

L'isolement accroît l'état d'anxiété et d'angoisse qui se joint au manque de la substance: souvent, bien qu'il ait surmonté la crise d'abstinence, le toxicomane détenu déclare après plusieurs jours de se trouver dans un état semblable au syndrome d'abstinence, tout en n'ayant pas eu la possibilité de prendre des substances stupéfiantes.

Pour le toxicomane, en effet, l'état d'anxiété est difficile à contrôler, les « attaques anxiogènes » étant perçues comme provenant de l'extérieur et de l'intérieur, alors que la faible capacité de supporter la frustration accentue le malaise psychologique et physique du sujet.

Souvent, un bon rapport avec l'opérateur peut contribuer à la diminution de l'état d'anxiété et permettre au sujet une meilleure gestion du cadre symptomatologique pénible, ainsi que favoriser l'adhésion à un programme de traitement fixé.

L'Auteur souligne que la détention est vécue péniblement par le toxicomane et que la routine sévère de l'établissement aggrave l'état

d'apathie et de pessimisme qui se manifeste chez le sujet quelques jours après avoir surmonté la crise d'abstinence.

Souvent le toxicomane tombe dans des états de dépression profonde qui, chez certains sujets, se manifeste à travers le recours au sommeil (jusqu'à 18 heures de sommeil par jour) comme mécanisme de défense. L'Auteur estime qu'à l'intérieur de la structure pénitentiaire la crise d'abstinence est encore plus dramatique pour le toxicomane, étant donné que le milieu institutionnel ne lui permet en aucune manière (qui ne soit pas une désintoxication physique à travers des moyens pharmacologiques), de résoudre son état d'abstinence, qui est notoirement lié à des problèmes psychologiques.

Au cours de son expérience, l'Auteur a remarqué que non seulement les toxicomanes, mais également de nombreux parents et opérateurs sanitaires, ont la tendance à attribuer à la thérapie pharmacologique de désintoxication un pouvoir supérieur à ses caractéristiques réelles, en s'attendant de son administration la solution non seulement des problèmes physiologiques, mais également des problèmes psychologiques et sociaux.

L'Auteur conclut qu'à son avis il est important que la structure pénitentiaire soit dotée d'un centre clinique équipé avec du personnel médical et paramédical, car cela permettrait un accrochage avec le toxicomane pendant la détention, en vue d'établir un rapport qui non seulement pourrait aider le sujet en prison, mais également être maintenu par la suite en liberté, même en cas de rechutes éventuelles et possibles, en lui fournissant des points de repère socio-sanitaires territoriaux avec lesquels pouvoir collaborer.

8. - *Dépression et agressivité* (Chapitre VIII)

La dépression du ton de l'humeur se présente avec une certaine fréquence autant chez les toxicomanes en liberté que chez les détenus.

L'état apathique, désintéressé, ennuyé du toxicomane cache souvent une condition mélancolique.

Le fait qu'il se réfugie dans la mélancolie en refusant de faire face à sa propre condition, crée de grands problèmes pour l'opérateur; la nature volontaire de la demande d'intervention représente de toute façon l'aspect et la condition essentiels pour établir un rapport thérapeutique.

L'Auteur met en évidence le mécanisme sado-masochiste que présente la condition du toxicomane: l'incapacité de faire face au côté hostile de l'ambivalence découlant de frustrations prolongées donne lieu à une inversion des charges agressives de « vers les autres » à « vers soi-même » et, par conséquent, le côté masochiste du toxicomane n'est qu'un moyen de cacher à sa conscience un sadisme plus profond.

En prison, la tension conflictuelle est provoquée par le besoin de la part du sujet d'obtenir une réponse en ce qui concerne son état et par le caractère contradictoire de la réponse culturelle qui lui est donnée; en effet, il ne reçoit souvent que de l'incompréhension et un

manque d'appui de la part des agents, des autres détenus et de la structure dans son ensemble.

Il s'ensuit de cette situation que des modifications du comportement telles que la dépression, l'agressivité, la fuite dans l'imaginaire avec une faible adhésion aux plans de réalité deviennent des réponses à l'état de frustration dont souffre le toxicomane et auquel il ne réussit pas à faire face de façon plus adaptative, compte tenu également des caractéristiques de sa structure individuelle.

L'Auteur affirme que l'état de frustration peut devenir un élément important pour le développement et la croissance du sujet toxicomane, si on l'introduit dans un contexte correct, tandis qu'il peut aggraver son état lorsqu'il investit de façon aveugle tous les aspects de sa vie de relation, comme il arrive généralement pendant la détention.

9. - *La réintégration* (Chapitre IX)

L'intervention de toute l'équipe du C.M.S. à l'intérieur de la structure pénitentiaire visait non seulement à fournir au toxicomane détenu un soutien pharmacologique, psychologique et social, mais également à entreprendre avec le sujet un dialogue qui continuât même après qu'il eût recouvré la liberté.

Il est difficile de parler de réintégration, plusieurs interventions réalisées par les opérateurs susmentionnés ayant été rendues inefficaces à cause des lacunes de la situation extérieure: difficultés de trouver un emploi, manque de structures sociales appropriées, etc.; par conséquent, l'impact avec certaines réalités sociales, politiques et économiques provoque généralement le rejet du sujet toxicomane vers son milieu de provenance et vers le groupe auquel il appartenait.

L'Auteur affirme qu'il n'est pas suffisant, quoiqu'important, de se limiter à établir un rapport avec le toxicomane, car il est nécessaire de pouvoir lui offrir des alternatives qu'il puisse réellement réaliser et accepter.

L'ex-toxicomane se trouve dans la condition de devoir renouer une série de relations avec le monde, qui avaient été interrompues par sa toxicomanie; sa condition de « ex » influence lourdement l'ensemble de ses comportements et ses rapports avec les autres.

Par conséquent, l'opérateur doit représenter un soutien non seulement pour le sujet, mais également pour les membres de sa famille, en favorisant le rétablissement de la communication et en encourageant le sujet à rechercher sa propre réalité individuelle.

L'Auteur traite brièvement la question des communautés thérapeutiques et agricoles, en tant que points de repère positifs pour le toxicomane, à condition qu'il soit concrètement motivé à en finir avec la toxicomanie.

L'Auteur soutient la nécessité d'opérer afin que les services à l'intérieur des USL (Unités Sanitaires Locales) soient rendus fonctionnels et appropriés, que les structures extérieures sociales et de réhabilitation soient améliorées, à travers la création de points de repère capables de répondre aux exigences et aux besoins du sujet toxicomane.

Dans ce cas, prévention et réintégration se superposeraient et le risque de la répétition de comportements délinquants liés à la toxicomanie serait réduit.

10. – *Analyse des données de la recherche* (Chapitre IV, V, VI, VII, VIII, IX)

Il s'agit d'une recherche à caractère théorico-empirique qui non seulement traite les différents aspects liés au phénomène de la toxicomanie, mais analyse également une série de données ressortant d'un questionnaire anonyme soumis à un échantillon de sujets toxicomanes détenus, ainsi qu'à deux échantillons de contrôle composés de détenus non toxicomanes et de toxicomanes qui n'ont jamais été en prison et suivent un traitement dans des structures publiques.

La confrontation des données des différents échantillons permet d'analyser une série de variables qui tendent à identifier les caractéristiques générales des toxicomanes en se référant tout particulièrement au toxicomane détenu.

L'analyse des deux échantillons de toxicomanes (détenus et qui n'ont jamais été en prison) indique que la catégorie d'âge la plus concernée par la toxicomanie se situe parmi les individus entre 19 et 26 ans.

En ce qui concerne l'âge d'initiation à la drogue, on constate avec inquiétude qu'il est en train de baisser, ce qui fait que déjà entre 13 et 16 ans il existe un pourcentage de tout jeunes qui commencent à prendre des substances stupéfiantes.

La substance initiale plus fréquente est représentée par les dérivés du chanvre indien, mais actuellement on observe parmi les plus jeunes la tendance à commencer avec l'héroïne, souvent prise au début et injectée par la suite.

Etant donné le nombre élevé de sujets toxicomanes nés à Rome, une analyse a été effectuée par arrondissements dans lesquels ils sont domiciliés; cela a permis d'observer que pour les trois groupes la banlieue et la périphérie représentent les zones les plus concernées, mais le malaise des jeunes semble provenir d'un peu tous les quartiers romains, ce qui peut faire réfléchir sur le caractère malsain et déséquilibré que présentent les différents quartiers de Rome, où les espaces verts et les structures sociales sont souvent insuffisants, voire absents.

Quant à la variable « travail », les données ont indiqué un rapport inversement proportionnel entre toxicomanes détenus et toxicomanes qui n'ont jamais été en prison et qui suivent un traitement dans des structures publiques.

En effet, les toxicomanes qui n'ont jamais été en prison ont, par rapport aux autres, plus de possibilités de conserver leur emploi, bien que dans des conditions très difficiles, justement parce qu'ils sont aidés dans la gestion de leur dépendance.

D'après les résultats des données relatives aux trois groupes, il ressort qu'en général activité de travail continue et responsable est peu compatible avec le phénomène de la toxicomanie. En ce qui concerne

l'état civil, le grand nombre de toxicomanes célibataires (détenus et jamais appréhendés) confirme la tendance à ne pas établir de rapports stabilisants.

L'analyse des délits commis par les toxicomanes détenus a permis d'observer que les délits relatifs à la loi 685/1975 sont moins nombreux que les délits communs, ces derniers étant notamment des délits contre la propriété. Cela est dû probablement au fait que le petit ou le tout petit commerce ne rapporte généralement pas la somme considérable d'argent, nécessaire afin d'entretenir sa propre dépendance pendant une longue période, par rapport à la rentabilité des délits communs.

En ce qui concerne le problème des rapports avec la famille, il faut souligner qu'un niveau culturel et social plus élevé de cette dernière, joint à une présence et à un intérêt plus constant de la part des parents, favorise un impact moins dramatique avec la drogue, ainsi qu'une diminution des délits commis afin d'alimenter sa propre toxicomanie.

Une donnée à souligner est celle qui concerne le pourcentage élevé de parents veufs qui ressort de l'échantillon de toxicomanes détenus; cela déposerait en faveur de l'hypothèse soutenant l'importance du rôle que joue l'absence du père ou de la mère dans la genèse complexe de la toxicomanie.

Une vision globale des variables analysées au cours de la recherche indique que le toxicomane qui arrive à la prison a souvent derrière lui un curriculum précis: incarcération dès la minorité, institutionnalisation, milieu familial désagrégé, chômage, niveau de scolarité inférieur ou études interrompues.

On observe qu'une grande partie des sujets de l'échantillon de toxicomanes détenus avaient déjà été traités avant leur détention par le C.M.S. de Rome; en outre, plusieurs ont déjà été hospitalisés dans des hôpitaux ou des cliniques privées.

Le pourcentage plus élevé d'hospitalisations parmi les sujets de groupe de contrôle, par rapport à celui des toxicomanes détenus, pourrait faire songer à une plus forte motivation à s'adresser aux structures hospitalières afin de faire face à sa propre dépendance.

Une donnée qui se révèle importante est celle du rapport du toxicomane détenu avec l'équipe du C.M.S. après la période de détention. A ce sujet, l'Auteur fait remarquer qu'une grande partie des jeunes toxicomanes remis en liberté, bien qu'ayant surmonté la dépendance physiologique, reprenaient leur habitude aux stupéfiants, en démontrant de ce fait que la dépendance psychologique continuait à jouer son rôle déterminant.

L'Auteur conclut qu'en prison, peut-être plus que dans n'importe quelle autre structure, les différences de vécu culturel et existentiel sont exaspérées, ce qui fait que le jeune toxicomane vit entièrement le caractère dramatique de sa condition.

Son état physique et psychique particulier et souvent détérioré au point de lui avoir fait perdre les contacts avec la réalité, entrave davantage l'adaptation à une communauté spéciale comme celle de la prison.

Par conséquent, l'Auteur estime que le traitement du toxicomane à l'intérieur des établissements pénitentiaires est différent de celui que l'on peut réaliser à l'extérieur de cette structure. Cela ne signifie toutefois pas qu'il ne soit pas nécessaire d'améliorer l'intervention à l'intérieur de la structure, afin de mettre le jeune dans les meilleures conditions possibles en vue de surmonter la crise d'abstinence et de lui permettre d'avoir des possibilités de rapport avec des opérateurs préparés à une intervention psychologique et sociale.

SUMMARY

Dr. Giovanni M. Biondi has worked for several years as a member of the team of the Centre of Social Diseases of the Rome Municipality operating at the « Regina Coeli » local prison.

In this context he conducted an investigation referring to the 1975 /78 period on 371 drug addicts detained in that prison.

On the occasion of the « Drug and Prisons » Seminar to be held at Messina 6-9 December 1982 the present summary, translated into the two official languages of the Council of Europe, will be distributed so as to permit an initial acquaintance with the results of the investigation for those involved in the work who will be attending the seminar.

1. - *The investigations*

The work in question arose from the experience of Dr. Biondi in an activity performed over a period of four years (from 1975 to 1978) in favour of the drug addicts detained at the clinical centre of the « Regina Coeli » local prison in Rome.

The investigations provide a series of data obtained by means of a questionnaire from a sample of detained drug-addicts and compared with those obtained from two control groups, consisting of drug-addicts who had never been imprisoned and detained subjects who were not addicted to drugs.

Its realization was made possible thanks to the cooperation of the directors of the penitentiaries of « Regina Coeli » and « Rebibbia » and of those in charge of the services for drug addicts at the hospitals of « S. Spirito », « S. Camillo », and of the Social Diseases Centre of the Rome Municipality.

The results of the investigation, together with the operative experience of the Author, constitute a valid contribution for all those operating or getting ready to operate both in the penitentiary institutions and in the territorial structures.

The work, which starts off from an analysis of the conditions and of the relationships of the detained drug addicts with the penitentiary structure, with those operating there and with the prisoners themselves,

manages to delineate a series of psychological, social and political problems connected with the present discomfort of the drug addict, whose difficulties to find himself with a precise role and with a precise function are unsolved and often aggravated by the organizational deficiencies at territorial level, by the legislative lacunae, as well as by the real difficulties of approach and of methodologies vis-à-vis such a problem.

2. – *Historical analysis of the application of law 685/1975, and consideration of its modification* (Chap. I)

At the commencement of the work, the Author placed the stress on the conditions which led to the birth of Law 685/1975, noting that in 1975 the « drug situation » had become rather serious in comparison with 1954, the year in which the preceding law, n. 1041, had been promulgated, and in which the number of drug addicts was truly low and constituted mainly of morphine addicts.

The modification over the years of the type of abuse of narcotics (derivatives of Indian hemp, LSD, heroine, etc.) brought to light the appreciable limitations of the law vis-à-vis the therapeutical possibilities and the action of social and health workers.

These observations, together with the experiences of many Western countries, have urged a legislative regulation more in line with the changed phenomenology of drug addiction.

Law 685/75 brings, in fact, innovations in comparison with the previous law: it modifies the relationship drug-addict-delinquent into drug-addict-sick person; differentiates at legislative level the trafficker from the consumer, depenalizing the use, the detention and the purchase of « modest quantities » of narcotics for personal use (Art. 80); it gives extensive space to the activities of prevention, treatment and social reinsertion of drug-addicts.

The Author, through an analysis of the articles of the law comparatively with the operative experience of their application in the five years that have elapsed since the law came into force, highlights the difficulties which are encountered with reference also to the penitentiary sector and to the action of the territorial structures competent in the sector of care and assistance to drug addicts.

He notes that, if the law in the complexity of its articles, according to the legislator's intentions, had to act cover the various situations bound up with drug addiction, both in the curative and rehabilitation phase, in actual fact the discourse relative to the cure is deficient vis-à-vis the user's needs, whereas that of prevention and of reinsertion is almost inexistent.

The Author foresees also in a lack of coordination at the top, the cause of a deficiency in the homogeneity of the measures on the territory and in the management of the information, that, in fact, if carried out in a mistaken way, can lead to a promotional rather than a preventive effect.

Therefore in this complex and confused reality the delinquent behaviour linked to drug addiction was considerably enhanced, while

the penitentiary institution found itself having to operate in a situation in which inadequate socio-sanitary measures, since they do not constitute a reference for the drug-addict and his or her addiction, left the problem of rehabilitation unsolved.

The Author agrees in considering the law defective in some of its parts, but does not feel that processes of legalization or liberalization as advocated by some can, in his opinion, break up the drug market, because the weight of the economic forces that control this market is so predominant that acting on the supply would not solve the problem. According to the Author, it is necessary to act on the demand, severing it from a dimension of fashion and custom so as to be able to hold back and reduce the phenomenon. When young people will be disinterested by drugs, finding in them neither false responses, nor social mechanisms or those of alternative groups, the drug market will loose much of its power, no longer having an adequate number of buyers.

3. - *The action of those operating in the prison* (Chap. II)

The team of the Centre of Social Diseases in Rome, consisting of the medical director, a neuropsychiatrist, psychologist, and social worker started its work at the Clinical Centre of the « Regina Coeli » prison in 1975.

At that time, the inflow into prison was started to be observed of drug-addicts who, for the most part, came from the middle or lower middle-class, whereas only a small percentage belonged to the proletariat. Over the course of the years, the Author has been in a position to notice how the phenomenon of the drug has gradually involved also the poorer classes: the urban proletariat and sub-proletariat.

The Author, starting from a description of the prison situation in that period, makes a series of observations on the insertion of the team into the prison structure and on the relations established with the drug addicts in detention.

As to integration into the structure, the Author mentions that the group was shown willingness and cooperation by the prison personnel and overcame the initial difficulties mainly connected with their scanty knowledge of the real penitentiary situation.

From the outset, the team agreed on the importance of a spontaneous request for aid by the detained drug addict, considering that a therapeutic relationship must be based on the willingness of the subject to be helped.

One of the first aims which the members of the team set was that of having, as far as possible, the attitudes and behaviour of the detained drug addict understood and accepted both by the prison warders and by the prisoners themselves, not least in view of the cultural and language differences existing between them and the drug addicts.

Resistance in relation to drug addiction constitutes, in penitentiary institutions, a considerable obstacle to communication, so that numerous contacts were fostered between the team members and the manag-

ement, medical and security personnel for a global action which would involve all the operative aspects of the prison.

The group's action was directed both towards the detained drug addicts admitted to the Clinical Centre and those undergoing out-patient treatment. To this end, two mini-teams were formed to investigate a larger number of cases.

The withdrawal phase has represented an important aspect, insofar as it is precisely through this action that it has been possible for the team members to create a close relation with the narcotic addict, and, in some cases, this has enabled the relation to be kept at ambulatory level.

The aim of the team's actions was directed above all to stimulate interests and to singling out a series of possible alternatives which the subject could realize once returned to freedom, since the team members were unable to solve given problems inherent in the organization of the prison structure.

4. - *The narcotic addicted being* (Chap. IV)

Two aspects regarding the personality of the narcotic addict may be identified: one concerns the existence of a pre-morbid personality, or a « predisposed » personality, due to individual or family reasons, towards the encounter and acceptance of the narcotic substance, in which the taking of drugs becomes the pathologic expression of the pre-morbid condition.

The other aspect concerns adaptation, which in narcotic addiction a deficient personality and one in continuous search for its own equilibrium may seek. On many occasions the existence of both these aspects can be observed, where the element of « deficiency » in inter-personal, affective and identification relations particularly emerges.

Another element of the picture of narcotic addiction, apart from the difficulty of identification in a precise role, is that of the scanty adherence of the drug addict to levels of reality, and his retreat into narcotic substances which magically guarantee wellbeing and protection from a reality which is experienced as of a persecutory nature, even in the absence or actual persecutory connotations.

The Author observes that the concept of criminality and of criminogenic behaviour connected with the world of the drugged, must be reviewed from a different point of view. In fact, the drug addict does not steal or commit offences to attain an economic and social position that would otherwise be unattainable, but to be able to gratify his need for the drug, so that the offence itself appears in his eyes not as a crime or, in any case, as behaviour connected exclusively to his physiological need of « drug hunger ».

In this way the drug addict establishes a series of compromises with himself, so that « the state of feeling unwell » justifies given behaviours considered negative previously (e.g. to steal, etc.) and permits disengagement from a series of interrogatives that he does not wish to face.

The Author concludes that in few cases as in drug addiction do physiology and psychology intersect with such complexity as make any action, beyond the numerous attempts to provide explanations, extremely arduous.

5. – *The family* (Chap. V)

In this chapter, the Author analyses the importance of the role of the family in the formation of the individual, making particular reference to the characteristics and to the type of family organization which are encountered in the drug addicts family.

It has little meaning to speak of family as if it were something existing outside society and history and culture, since a certain family organization, characterized by developments which reflect those of the general social and cultural context, corresponds to a certain society in a given historical period. If the family interrelations have an enormous importance for the formation of the individual personality, it is necessary also to consider that the family is the first and perhaps the most important means that connects the individual up to the existing social order.

The social modifications that have occurred in our time, the progress of science, language and culture seem to evolve with a speed in excess of the times necessary for the maturation and assimilation of individuals. Therefore, the contradictions innate to our social system, the end of tradition, the difficulty to have alternative cultural models as a reference, are reflected in the educative methods of parents, which often appear not very re-assuring and valid for the development of their own children.

The very role of parent in this context becomes ambiguous and guilt-making, in relation to a series of often contradictory and confused external norms.

We find this confusion especially in the field of the so-called social needs: fundamental needs are often, in fact, mystified by the action of economic and pseudo-cultural mechanisms and substituted by non-essential needs, in such a way that the family and the children lose their awareness of what their real requirements are.

In narcotic addiction communication with the parents is usually lacking in affection; in detention, in fact, the relations of the young narcotic addict with his family are shown in all their complexity, and often the aim of the social workers is that of fostering a re-establishment of the interrupted relationship with the members of the family.

There are various types of family organization behind the narcotic addict; «entangled» families characterized by a strong reciprocal implication of its members or «uncommitted» families that show apathy and indifference towards the other members; but beyond that typology, the Author has been able to ascertain that in nearly all the cases, the family lives in a state of real abandon, devoid of reference points and of people able to help in the resolution of their problems.

The family, moreover, lacking socio-sanitary knowledge, refers to cultural schemes that, by labelling their son as socially unadapted first and then as drug-addict, emarginate him by making him feel guilty.

6. - *Adolescence and the group* (Chap. VI)

The Author stresses that, to understand the meaning that narcotic addiction has for a young person, it is necessary to tackle the problem of the condition of the young, their discomfort and their frustration in the situation outside the family.

The existential ambiguity of the adolescent and his need for personal experience and for secure points of reference springs from the conflict of family roles and models.

At the time in which the impact with the social reality outside the family accentuates his confusion and increases his frustration, refuge in narcotics constitutes an alternative to the reality experienced as extraneous and frustrating.

In the condition of narcotic, the young person transfers his dependence on his parents to the substance, therefore the rebellion that has led him to search for an individualization, through the drug, loses all its substantial characteristics since he becomes passively in need of family and social help.

The importance must be emphasized that the group has for the drug addict as a reassuring point of reference, and element of aggregation to share with a number of people his state of delusion, of fear and of escape. The same group, loses certain connotive characteristics to become « circle », which implies the extension of the group and, in a certain way, also the loss by it of certain of its aggressive capacities. The group represents not only a sub-culture, but is lived more often than not as « counter-culture », and belonging to it increases the aspect of challenge and provocation towards a social system that in relationship terms appears closed and paradoxical.

7. - *The crisis of withdrawal and disintoxication* (Chap. VII)

The occurrence of the withdrawal syndrome marks the dependence of the subject on the narcotic substance.

The clinical picture appears with a physical symptomatology, accompanied by an obvious psychological component: crisis of anxiety, anguish and fear.

The Author has noted that this psychological state of the withdrawal crisis is aggravated when the subject is in a state of detention.

The segregation increases the state of anxiety and anguish which is associated with the lack of the substance; often, notwithstanding that the drug addict in detention has passed the crisis of withdrawal, he refers at a distance of several days that he finds himself in a state similar to the withdrawal syndrome, although he has had no possibility of taking narcotic substances.

The state of anxiety is, in fact, hard to control for the drug addict, since the «anxiety generating attacks» are perceived as coming from the outside and the inside, and the low threshold of tolerance to frustration exacerbates the subject's psychological and physical malaise.

Often a good personal relationship with the social worker may contribute to a reduction of the anxious state, enable the subject to cope better with the painful symptomatological picture, his adhesion to an agreed programme of treatment.

The Author underlines that the detention is supported by the drug addict with difficulty and that the strict institutional regime exacerbates the state of apathy and pessimism which occurs in the subject some days after the withdrawal crisis has been overcome.

Often the narcotic addict falls into states of deep depression which for some is manifest in the «use» of sleep (even as many as 18 hours of sleep a day) as a defensive mechanism. Within the penitentiary structure the Author considers that the withdrawal crisis may be even more dramatic for the narcotic addict, since the institutional environment does not permit him in any way, except pharmacologically with physical disintoxication, to solve his withdrawal state, which is notoriously linked with psychological problems.

During his experience, the Author has noted that not only the narcotic addicts, but also many parents and medical personnel tend to attribute the pharmacological disintoxicating therapy with a power superior to its real characteristics, expecting from its administration the solution not only of the physiological problems but also the psychological or social ones.

The Author concludes that, in his judgement, it is important for the penitentiary structure to be equipped with a clinical centre provided with medical and para-medical personnel, because this would permit a hold on the drug addict during his detention for the purpose of achieving a relationship that can help the subject not only in prison, but to maintain him later in the state of liberty, even in the case of eventual and possible relapses, providing him with territorial socio-sanitary reference points with which he can cooperate.

8. - *Depression and aggressivity* (Chap. VIII)

The depression in the tone of the temperament is noted fairly frequently among narcotic addicts both in liberty and in detention.

The apathetic, disinterested and bored state present in the drug addict conceals an often melancholic condition.

Taking refuge in melancholia, refusing any examination of one's own condition, gives rise to considerable problems for the social worker; the voluntary character of the application for help remains, however, the essential aspect and condition to start a therapeutic relationship.

The Author casts light on the sado-masochist mechanism present in the state of the drug addict: the inability to face the hostile side of the ambivalence that stems from prolonged frustrations, leads to an

inversion of the charge of aggressivity from « towards the others » to « towards oneself », therefore the masochism of the narcotic addict is a means of hiding from the conscience a deeper sadism.

In prison, the conflictual tension rises from the subject's need to receive a response vis-à-vis his own state and from the contradictory nature of the cultural response supplied to him, often, in fact, he receives the incomprehension and lack of sympathy of the warders, prisoners, and of the structure itself.

From this situation it derives that behaviour modifications such as depression, aggressivity, and the escape into the fantastic with scanty adherence to the levels of reality, become responses to the state of frustration that the drug addict suffers and which he cannot manage to face in a more adaptive way, not least in consideration of his particular « personological » structure.

The Author affirms that the state of frustration may become an important element for the development and growth of the drug addict, if fitted into a proper context, whereas it may aggravate his state when it involves indiscriminately all the aspects of his life of relationships, as generally occurs in detention.

9. – *Rehabilitation* (Chap. IX)

The action of the entire CSD team within the penitentiary structure was directed not only to provide the detained narcotic addict with pharmacological, psychological and social support, but to undertake a dialogue with the subject that would continue even after the latter had returned to freedom.

It is difficult to speak of rehabilitation, since many actions made by the members of the team were rendered vain by the deficient external situation: difficulty to find employment, lack of adequate social structures, etc., so that the encounter with given social, political and economic realities generally has the effect of returning the drug addict into his original environment and into the group he belongs to.

The Author affirms that it does not suffice, even although it is important, to limit oneself to establishing a relationship with the narcotic addict; it is necessary to be in a position to offer him alternatives that are really feasible and acceptable for him.

The ex-drug addict finds he has to take up again a series of relations with the world, interrupted by his addiction to narcotics. His condition as « ex » influences to a considerable degree all his behaviour and his relationship with others.

Therefore, the social worker must be a support not only for the subject, but also the members of his family, fostering the resumption of communication, and encouraging the subject to seek his own individual reality.

The Author deals briefly with the therapeutic and agricultural communities, as positive points of reference for the narcotic addict provided he is, however, concretely motivated to put an end to his addiction.

The Author considers that efforts should be made to make the services inside the « USL's » functional and adequate, and to improve the external socio-rehabilitation structures, creating valid points of reference to meet the demands and needs which the drug addict puts forward.

In this case prevention and rehabilitation would overlap and the risk of delinquent behaviour patterns connected with drug addiction repeating themselves would be reduced.

10. - *Analysis of the research data* (Chap. IV, V, VI, VII, VIII and IX)

The research in question is of theoretical-empirical type; in fact, apart from dealing with the various aspects connected with the phenomenon of narcotic addiction, it analyses a series of data stemming from the submission of an anonymous questionnaire to a sample of detained drug addicts and to two control samples consisting of detained subjects who were not narcotic addicts and of drug addicts who had never undergone imprisonment, being treated at public structure.

By comparing the data among the samples the analysis of a series of variables, has emerged, which tend to identify the general characteristics of the narcotic addict with specific reference to the detained drug addict.

An analysis of the two samples of narcotic addicts (detained and never arrested respectively) shows that the age-group most represented in drug addiction is that ranging between 19 and 26 years.

As to the age of the first experience of narcotics, it is worrying to note that this is getting lower, so that even from 13 to 16 years of age there is a percentage of the very young who take narcotic substances. The initial substance most widely used is represented by the hashish drugs, but at present there is observed among the younger subjects a tendency to use heroine, often first sniffed and then injected.

In view of the large number of narcotic addicts born in the Rome district, an analysis was made of the areas surrounding the addict's place of residence; this showed that in all the three groups the villages (« la borgata ») and the suburbs are the areas most affected, but the malaise of young people is noted to some extent in all the Roman districts, and this can lead to reflection on the unwholesome and unbalanced character that is noted in the built-up areas of Rome, where green zones, and social structures are often deficient or not present at all.

As to the variable « work », the data shows that there is an inversely proportional relationship between detained narcotic addicts and narcotic addicts who have never been arrested and are taking treatment at public structures. In fact, the drug addicts who have never been arrested have, in comparison with the others, greater possibilities of continuing with a job, even if with considerable difficulty, precisely because they are helped in managing their addiction.

It may be deduced, in general, from the results of the data on the three groups, that a continued and responsible working activity is not very compatible with the phenomenon of drug addiction.

As to civil status data, the high number of single men among the drug addicts (both those in detention and those who have never been arrested) confirms the trend of not establishing stabilizing relations.

From an analysis of the offences committed by the narcotic addicts in detention, it is possible to observe that those connected with Law no. 685/1975 are less numerous than the common law crimes, mainly connected with offences against property. This may be justified by the fact the small or very sale does not generally produce the large sum of money necessary to maintain addiction for a long time, as would be the case of common law crimes.

With regard to the problem of relations with family members, it is to be stressed that a generic and better social and cultural state, with more constant presence and interest of the parents, favours a less dramatic impact with the drug and a minor recourse to criminal action to provide for one's own addiction.

An item of data to be noted is that relating to the high percentage of widowed parents present in the sample of detained drug addicts; this would testify for the hypothesis of the importance of the absence of one of the parents in the complex genesis of drug addiction.

An overall view of the variables analysed in the research shows that the narcotic addict who arrives in prison has often behind him a precise curriculum: juvenile detention in a reformatory, institutionalization, broken family environment, unemployment, low level of schooling or interrupted studies.

Most of the subjects of the sample of detained narcotic addicts are found to have been previously treated before detention at the Centre of Social Diseases in Rome; a large number, instead, had been admitted to hospitals or private nursing homes.

The higher percentage of inmates among the control group, in comparison with that of the detained narcotic addicts could lead to it being thought that there was a greater motivation to seek, in having recourse to hospital treatment, a way to attenuate the subject's addiction.

Of importance appears the data on the relationship of the narcotic addict in detention with the CSD team after the period of imprisonment. In this respect, the Author points out that many of the young drug addicts once in liberty, and although the physiological addiction has been overcome, go back to using narcotic substances, thus showing that the psychological addiction continued to be decisive.

The Author concludes that in prison more than in any other structure the differences of cultural and existential experiences are exasperated, so that the young narcotic addict experiences the dramatic nature of his condition to the full.

His particular physico-psychic state, often undermined to the extent that he has lost contact with reality, further hinders his adaptation to a special community such as that of a penitentiary.

Therefore, the Author considers that the treatment of drug addiction in penitentiary institutions is different from that which can be performed outside such structures. This does not, however, mean that the action inside the prison should not be improved to place the young person in the most favourable conditions, to overcome the withdrawal crisis and to give him the possibility of a relationship with trained social workers and of having psychological and social aid.