

INDAGINE SUL TRATTAMENTO PENITENZIARIO DEI TOSSICODIPENDENTI (*)

SOMMARIO: 1. - Il fenomeno della tossicodipendenza negli istituti penitenziari d'Italia. — 2. - Modalità d'intervento sul fenomeno negli istituti penitenziari italiani. — 3. - L'esigenza di approfondimento del fenomeno: le indagini campionarie. — 4. - I risultati preliminari delle indagini: 4.1.) Alcuni caratteri soggettivi del campione; 4.2.) Note sul trattamento dei tossicodipendenti; 4.3.) I problemi posti all'istituzione penitenziaria dal soggetto tossicomane; 4.4.) Introduzione e traffico di droga e surrogati di essa negli istituti. — 5. - Note conclusive sui risultati delle indagini; 5.1.) Lineamenti per un ulteriore approfondimento del fenomeno.

1. - IL FENOMENO DELLA TOSSICODIPENDENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI D'ITALIA

L'approdo del soggetto tossicomane al carcere è oggi una realtà in progressivo aumento e strettamente connessa, in modo diretto o indiretto, alla ricerca e all'uso di droga.

L'insufficienza delle risposte sociali e legislative ai bisogni e alle richieste del tossicomane ha determinato negli ultimi anni un incremento della percentuale dei soggetti drogati sottoposti a sanzioni penali.

Tra il 1979 e il 1981 negli istituti penitenziari si è registrato un aumento notevole della presenza di soggetti coinvolti nel fenomeno delle tossicomanie, sia per quanto riguarda i reati di spaccio, sia per quanto riguarda i reati comuni. (La tavola n. 1 evidenzia che l'aumento della presenza è tendenzialmente superiore al 50 %).

Il fenomeno incide maggiormente tra le donne che non tra gli uomini. Infatti, da un rilevamento effettuato dall'Amministrazione penitenziaria a livello nazionale è risultato che

(*) A cura di ROSSELLA CASTELLANI, DOMENICO CORTELLESA, ILSE RUNSTENI, ricercatori dell'Ufficio studi, ricerche e documentazione della Direzione Generale degli I.I.P.P. - Ministero di Grazia e Giustizia.

TAVOLA 1. - Tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari nel 1979 e nel 1981

DATA DEL RILEVAMENTO	Popolazione detenuta alla data del rilevamento negli I.P.P. per adulti	Tossicodipen. imputati per detenzione e/o spaccio di droga		Tossicodip. condannati per detenz. e/o spaccio di droga		Tossicodipen. imputati di altri reati		Tossicodip. condannati per altri reati	
	N.	N.	% sui presenti	N.	% sui presenti	N.	% sui presenti	N.	% sui presenti
30 settembre 1979	23.988	1.387	5,78	113	0,47	940	3,91	139	0,57
31 dicembre 1981	26.261	2.650	10,09	312	1,18	1.512	5,75	192	0,73

al 31 dicembre 1981 su un totale di 1.012 detenute donne, il 33,2 % era coinvolto nella droga, sia per la detenzione di quantità non modiche e lo spaccio della medesima, sia per il ricorso a reati diversi da quelli previsti dall'apposita legge n. 685/1975, allo scopo di alimentare la propria tossicomania. Invece, alla stessa data erano coinvolti nel fenomeno n. 4330 detenuti maschi, pari al 17,1 % dei presenti (25.249 unità).

Parallelamente all'incremento degli ingressi dei tossicodipendenti nel carcere, si ha motivo di ritenere che nel corso degli ultimi anni si sia verificato anche un massiccio coinvolgimento delle diverse classi sociali.

Infatti, varie ricerche in merito hanno evidenziato che, se inizialmente nel 1975 entravano in istituto maggiormente tossicodipendenti provenienti da ceti di media e piccola borghesia, in questi anni c'è stata una notevole diffusione della droga anche nelle classi del proletariato e sottoproletariato.

L'aumento del fenomeno tossicomano e gli elevati costi del mercato nero della droga hanno contribuito all'inserimento del tossicomane nella sottocultura delinquenziale, cosicché il suo ricorso ai reati e le conseguenze della prisonizzazione costituiscono oggi un meccanismo che stigmatizza ancora di più il suo ruolo di deviante dalle norme, creando un circolo vizioso, dove la percezione sociale drogato = delinquente impedisce la chiara visione della realtà tossicomantica.

Va distinto pertanto il vero e proprio tossicomane, in genere esclusivamente eroinomane, che identifichiamo con colui che prima ha avuto contatto con la droga e secondariamente, spinto dalla necessità di procurarsene, è incorso nel reato (in genere piccolo spaccio o delitto contro il patrimonio), da un altro tipo di soggetto tossicomane, ossia l'assuntore di sostanze psicotrope, che fa parte della malavita organizzata e secondariamente fa uso di tali sostanze con motivazioni diverse dal primo.

Di solito quest'ultimo soggetto usa indifferentemente eroina, cocaina, alcool, etc.

Pertanto l'impostazione di un'azione terapeutica che tenda ad avere qualche successo, deve essere centrata sulla corretta conoscenza della personalità del drogato nella sua globalità, considerando le motivazioni sociali e intrapsichiche alla base della sua scelta tossicomantica.

2. - MODALITA D'INTERVENTO SUL FENOMENO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI ITALIANI

Il fenomeno della tossicodipendenza necessita di un intervento operativo multiprofessionale, data la molteplicità degli aspetti psichiatrici, sanitari, psicologici e sociali che lo caratterizzano.

È impensabile fare totale carico all'istituzione penitenziaria della cura o del recupero del soggetto drogato detenuto, in considerazione sia delle caratteristiche tipiche del carcere, quale istituzione totale, sia dell'impegno richiesto, che supera di gran lunga i livelli organizzativi e operativi del servizio sanitario penitenziario; senza dimenticare, poi, la carente presenza di figure professionali (psicologi - psichiatri - educatori) rispetto al totale della popolazione penitenziaria.

Il collegamento operativo tra l'istituzione penitenziaria e i servizi sanitari territoriali, competenti per la cura e la riabilitazione del tossicodipendente, già previsti, peraltro, dal legislatore nell'art. 84 della legge 685/1975, appare esigenza prioritaria nel quadro di una seria programmazione del trattamento di tali soggetti.

Nell'attuale situazione penitenziaria il rapporto tra carcere e servizio sanitario territoriale (Unità Sanitaria Locale) si realizza in due diverse modalità: intervento delle Unità

Sanitarie Locali su base convenzionale, con un contributo economico da parte dell'Amministrazione; oppure, intervento della medesima Unità Sanitaria Locale in base ad una intesa tra le direzioni penitenziarie e i presidi sanitari locali, senza alcun aggravio per la Amministrazione stessa.

Nel caso in cui ci sia totale assenza di interventi da parte dei presidi esterni, il servizio sanitario dell'istituto penitenziario si assume tutta la responsabilità della gestione della cura del tossicodipendente.

Attraverso i dati dell'ufficio dell'Amministrazione penitenziaria, responsabile del settore sanitario operativo, è stato elaborato un prospetto (v. tavola n. 2), che riassume l'intervento dell'équipes socio-sanitarie territoriali negli istituti di Italia per l'anno 1981 e le modalità di esso.

Dal prospetto risulta che la quota di istituti che si avvale dei servizi territoriali per la cura e riabilitazione del tossicomane è del 41,4 %; precisamente il 15,8 % degli istituti ha un rapporto di convenzione, mentre nel 25,6 % l'équipes socio-sanitarie territoriali intervengono gratuitamente, senza convenzione, ma in base alla normativa vigente sul servizio sanitario nazionale, previ accordi con l'Amministrazione penitenziaria.

Poco meno della metà degli istituti per i quali il dato risulta (77 su 161) è privo di qualsiasi rapporto con i servizi esterni locali, mentre per il 20,7 % si sconoscono i dati (per lo più, comunque, si tratta di case di reclusione o piccoli istituti, dove la presenza di tossicodipendenti è minima o nulla).

L'intervento dell'U.S.L., e più specificatamente dei servizi competenti per il settore della tossicodipendenza, nel carcere è carente, se si consideri che, nonostante l'Amministrazione intervenga con delle convenzioni per facilitare tali rapporti, gran parte degli istituti penitenziari rimane priva di assistenza da parte del territorio. Inoltre l'intervento delle Unità Sanitarie Locali è disomogeneo sul territorio nazionale; c'è, infatti, una notevole disparità qualitativa tra le regioni del Nord, del Centro e soprattutto del Sud e delle Isole. In queste ultime (Sicilia, Sardegna) si rileva, negli istituti penitenziari, la quasi totale assenza di servizi socio-sanitari pubblici, mentre nel Sud della penisola (soprattutto Puglia, Calabria, Basilicata) i collegamenti sono estremamente carenti.

TAVOLA N. 2. — *Intervento delle équipes psico-socio-sanitarie territoriali a favore dei tossicodipendenti detenuti e internati negli istituti per adulti, secondo le regioni (anno 1981).*

R E G I O N I	Istituti con presenza di équipes territ. con-venzionate con l'Am-ministrazione penit.		Istituti con presenza di équipes territoriali del Serv. San. Naz.		Totale ist. con équipes territoriali		Istituti privi di équipes territoriali		Istituti per i quali il dato non è noto		Totale ist. delle regioni	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Piemonte	2		14		16		—		2		18	
Valle d'Aosta	—		1		1		—		—		1	
Lombardia	—		1		1		11		5		17	
Liguria	—		4		4		—		—		4	
Trentino Alto Adige	—		2		2		1		—		3	
Friuli Venezia Giulia	—		4		4		—		—		4	
Veneto	2		2		4		4		3		11	
Emilia Romagna	6		1		7		1		5		13	
TOTALE NORD	10	14,1	29	40,9	39	55	17	23,9	15	21,1	71	100,0
Toscana	2		2		4		12		2		18	
Umbria	—		3		3		1		1		5	
Marche	—		4		4		1		3		8	
Lazio	4		—		4		7		4		15	
TOTALE CENTRO	6	13,0	9	19,6	15	32,7	21	45,7	10	21,7	46	100,0
Abruzzi	—		4		4		—		4		8	
Molise	3		—		3		—		—		3	
Campania	10		—		10		2		3		15	
Puglie	3		1		4		1		6		11	
Basilicata	—		1		1		4		—		5	
Calabria	—		4		4		7		—		11	
Sicilia	—		2		2		16		4		22	
Sardegna	—		2		2		9		—		11	
TOTALE SUD	16	18,6	14	16,3	30	34,9	39	45,3	17	19,8	86	100,0
TOTALE GENERALE	32	15,8	52	25,6	84		77	37,9	42	20,7	203	100,0

Anche tra Nord e Centro il dislivello è rilevante: il 55 % degli istituti del Nord ha rapporti con i servizi sanitari locali, mentre solo il 23,9 % è privo di tale servizio; nelle regioni del Centro, invece, il 45,7 % degli istituti è privo di collegamenti con le U.S.L. territoriali e solo il 32,6 % usufruisce dei servizi socio-sanitari per i tossicodipendenti.

In sintesi, progredendo dal Nord al Sud e alle Isole, il collegamento degli istituti penitenziari con le Unità Sanitarie Locali diviene meno frequente.

La non uniformità di intervento delle U.S.L. sul territorio nazionale si riflette anche sotto il profilo terapeutico, in una diversità di trattamento del detenuto drogato, non solo sul piano sanitario, ma anche sul tipo di approccio verso tale patologia.

Negli istituti in cui non c'è presenza del personale qualificato delle U.S.L., si cerca comunque di assicurare al tossicomane il trattamento farmacologico mediante la somministrazione di sostanze ad azione analgesico-narcotica, integrato da interventi socio-riabilitativi forniti dal personale della Amministrazione.

Appare indispensabile in tale contesto sensibilizzare gli organismi pubblici verso il settore penitenziario, soprattutto nelle regioni dove minore è il loro intervento, affinché il problema della tossicodipendenza, proprio per la sua specificità, sia a carico della struttura pubblica e della comunità tutta, evitando che esso trovi nel carcere la risposta finale ed emarginante.

Sebbene dai rilevamenti emerga una molteplicità di approccio dell'Amministrazione penitenziaria al problema degli organi preposti al trattamento dei tossicodipendenti detenuti e/o internati, tuttavia sembra che la normativa vigente delinei un chiaro orientamento verso l'intervento delle strutture pubbliche della comunità locale anche nel trattamento intramurale.

3. - L'ESIGENZA DI APPROFONDIMENTO DEL FENOMENO: LE INDAGINI CAMPIONARIE

L'analisi finora svolta ha fornito elementi per valutare sia la dimensione quantitativa delle tossicodipendenze negli istituti penitenziari, sia le modalità di intervento verso i sog-

getti interessati, sulla base della documentazione già in possesso dell'Amministrazione.

Tale approccio, però si è rivelato insufficiente, per una adeguata conoscenza del fenomeno. Infatti i dati raccolti appaiono incompleti e, comunque, parziali, quanto meno perché le variabili considerate sono troppo limitate.

È parso, allora, necessario approfondire in modo più analitico il problema, mediante un'indagine conoscitiva, che ne rilevasse gli aspetti salienti, inerenti al rapporto droga-detenzione.

Per realizzare tale scopo l'Amministrazione penitenziaria, ha condotto un'indagine campionaria, tendente a raccogliere alcuni dati essenziali sulla dimensione quantitativa del fenomeno della tossicodipendenza e sui caratteri soggettivi dei detenuti e/o internati tossicomani, nonché sulle strutture degli istituti destinati al trattamento, che consenta un'analisi del problema all'interno dell'istituzione penitenziaria. L'indagine è integrata dalla valutazione degli atteggiamenti che gli operatori penitenziari qualificati nel settore hanno nei confronti del fenomeno e dei tossicodipendenti stessi.

Il rilevamento dei dati è stato effettuato in un campione di 15 istituti penitenziari per adulti, mediante la somministrazione di due questionari. (*)

Per l'individuazione dei 15 istituti suddetti sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- a) concentrazione di tossicodipendenza negli istituti;
- b) tipologia (qualità e sesso dei detenuti e/o internati) e capienza degli istituti;
- c) distribuzione territoriale degli istituti (Nord, Centro, Sud e Isole).

In base ai suddetti criteri sono stati scelti i seguenti istituti:

1) case circondariali:

- C.C. Firenze maschile;
- C.C. Roma Regina Coeli maschile;
- C.C. Rebibbia maschile;
- C.C. Frosinone maschile;
- C.C. Napoli maschile;

(*) Il primo questionario, d'opinione, relativo alla percezione del fenomeno da parte degli addetti ai lavori: direttore dell'istituto, dirigente sanitario, psichiatra.

C.C. Milano maschile e femminile;
C.C. Torino maschile e femminile;
C.C. Verona maschile e femminile;
C.C. Bologna maschile e femminile;
C.C. Bari maschile e femminile;
C.C. Catania maschile e femminile;
C.C. Cagliari maschile e femminile;
C.C. Rebibbia femminile.

2) case di reclusione:

C.R. Rebibbia maschile;
C.R. Firenze femminile.

I dati statistici raccolti con il questionario preparato da questa Amministrazione sono riferiti al 24 maggio 1982.

Esso, intitolato: « Indagine sul trattamento dei tossicodipendenti negli istituti penitenziari », si compone di 3 sezioni concernenti, rispettivamente:

- a) alcune notizie sui detenuti e/o internati tossicodipendenti;
- b) il trattamento dei tossicodipendenti in istituto;
- c) l'introduzione e il traffico di droga negli istituti.

La sezione a), relativa ad « Alcune notizie sui detenuti e/o internati tossicodipendenti », doveva essere compilata a cura del Direttore dell'istituto.

Essa era articolata in modo da individuare alcuni caratteri fondamentali del soggetto in esame.

A tal fine la popolazione detenuta tossicodipendente è stata analizzata secondo la posizione giuridica (imputati e condannati), le classi di età, il sesso, i precedenti penali, il tipo di droga assunta, gli eventuali trattamenti di recupero precedenti all'ingresso in istituto. Inoltre è stato rilevato il capo di imputazione limitatamente all'acquisizione della notizia, se il reato attribuito al soggetto era direttamente connesso al consumo di sostanze stupefacenti (detenzione, spaccio) o si riferiva ad altre violazioni della legge penale.

La sezione b), concernente il « Trattamento dei detenuti tossicodipendenti in istituto », doveva essere compilata a cura del direttore, con la collaborazione dei sanitari e/o degli operatori penitenziari interessati allo specifico settore.

Particolare attenzione è stata dedicata alle problematiche relative all'ingresso e alle prime fasi detentive dei tossicodipendenti reclusi.

Si è teso a stabilire il tipo di trattamento, le singole prassi terapeutiche poste in atto dai vari istituti e gli eventuali collegamenti fra Direzioni e organismi pubblici o privati per un trattamento post-penitenziario.

È stata accertata, altresì, l'esistenza, o meno, di una azione prevalentemente destinata ai tossicodipendenti, ed è stata rilevata l'opinione dei compilatori sull'opportunità di separare i soggetti tossicodipendenti dal resto della popolazione penitenziaria.

La sezione c), concernente « L'introduzione e il traffico di droga in istituti penitenziari », doveva essere compilata a cura del Direttore dell'istituto.

Essa tendeva a raccogliere informazioni relative ai canali e ai mezzi di introduzione in istituto di sostanze stupefacenti o surrogati di esse ed a quello che può essere definito un traffico interno.

Non v'è dubbio che questi fenomeni sono di difficile percezione, perché introduzione e traffico di droga negli istituti sono vietati. Sono stati, quindi, formulati appositi quesiti tendenti a rilevare se si erano registrati episodi di rinvenimento di tali sostanze nel corso di perquisizioni e controlli o all'atto della verifica di oggetti (lettere, pacchi, ecc.) provenienti dall'esterno.

Sono stati utilizzati, cioè, elementi oggettivi, quali indici dell'entità e qualità del fenomeno.

Uno specifico quesito tendeva ad indagare un aspetto, che sembra rilevante, del rapporto droga-istituzionalizzazione, consistente nell'assunzione di surrogati della droga ed in particolare nella diffusione della pratica di inalare gas contenuto in bombolette per cottura di cibi in cella.

Gli istituti hanno restituito i questionari compilati, tuttavia non sempre in tutte le sezioni ci sono state risposte complete, per cui l'analisi di alcune variabili si riferisce a dati parziali.

Poiché l'indagine svolta è di carattere campionario, i risultati di essa non possono essere immediatamente estesi all'universo penitenziario. Tuttavia, tenuta presente la parti-

colare significatività dei 15 istituti scelti, nonché la notevole consistenza del campione, si ha motivo di ritenere che l'indagine abbia sufficientemente rispecchiato, per le variabili indagate, la fenomenologia delle tossicodipendenze negli istituti penitenziari.

Nell'esposizione, che segue, i risultati dei due questionari non compaiono distinti, bensì sono stati integrati in tematiche coerenti.

4. - I RISULTATI PRELIMINARI DELLE INDAGINI

4.1. - *Alcuni caratteri soggettivi del campione*

Questa parte dell'indagine tende ad evidenziare alcune principali caratteristiche dei soggetti tossicodipendenti ristretti negli istituti penitenziari campionati, al fine di avere una descrizione delle loro condizioni soggettive.

È risultato che nei quindici istituti campionati erano presenti 9532 detenuti, i quali costituivano il 29,19 % del totale dei detenuti e internati adulti nella stessa epoca.

Dall'analisi dei dati si riscontra che il 12,2 % di essi era tossicodipendente. Nell'estendere questo risultato all'universo penitenziario, si deve tener presente che, per i caratteri degli istituti campionati, tale quota sarebbe sovrastimata.

Il numero totale dei soggetti maschi detenuti è di gran lunga superiore a quello delle detenute femmine (v. tavola n. 3), come sempre avviene negli istituti penitenziari italiani,

TAVOLA 3. - *Soggetti tossicodipendenti tra la popolazione detenuta o internata presente al 24-5-1982 nei quindici istituti campionati*

	Maschi	Femmine	TOTALE
Totale detenuti o internati presenti al 24 maggio 1982	8.989	543	9.532
Detenuti o internati tossicodipendenti . . .	1.091	73	1.164
% dei tossicodipendenti sul totale dei presenti	12,1	13,2	12,2

tuttavia nel campione la quota di donne, pari al 5,70 % del totale, risulta lievemente superiore alla media.

All'interno dei due gruppi la percentuale dei tossicodipendenti maschi (12,1 %) è leggermente inferiore a quella delle femmine (13,4 %). Tale differenza fa pensare ad una tossicodipendenza femminile diffusa all'interno dell'istituzione almeno quanto quella maschile, se non tendenzialmente superiore.

L'incidenza del fenomeno secondo le classi di età evidenzia che le fasce più colpite sono quelle che vanno dai 22 ai 25 anni, e dai 26 ai 30 anni; dopo i 30 anni si registra una netta caduta dei valori.

Da un'analisi più attenta (v. tavola n. 4) emerge come tra le femmine la maggiore frequenza della tossicodipendenza si rilevi nelle classi di età più giovani (18-25 anni), rispetto ai maschi. Tale fenomeno sembra confermare la tesi, sviluppata in altre indagini sul campo, dell'uso precoce di droga da parte delle donne tossicodipendenti.

I dati relativi all'età denotano, quindi, che l'essere tossicodipendente è un fenomeno che riguarda essenzialmente i giovani, ed esso decresce rapidamente dopo i 25 anni per le femmine e i 30 per i maschi.

Il tipo di droga prevalentemente assunta dai soggetti tossicodipendenti del campione (v. tavola n. 5) precedente-

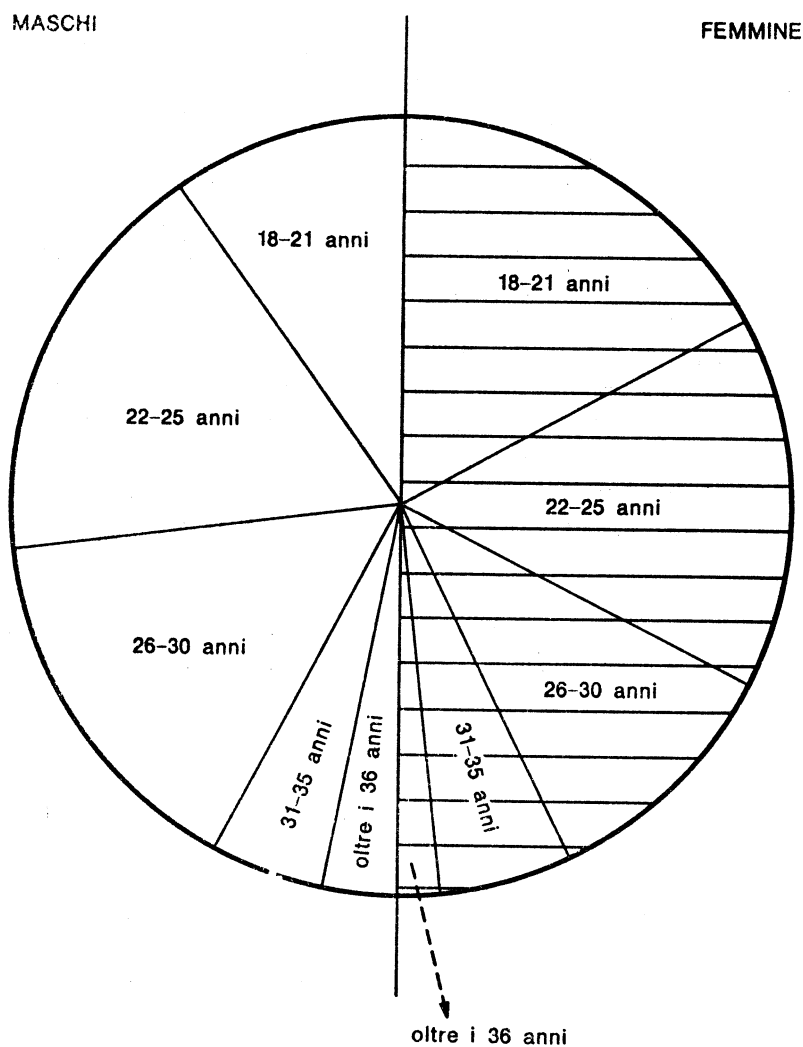
TAVOLA 4. — Detenuti e internati tossicodipendenti, secondo l'età e il sesso, presenti negli istituti del campione al 24-5-1982

CLASSI DI ETÀ	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Fino a 21 anni	216	19,8	25	34,3	241	20,7
22-25 anni	373	34,2	22	30,1	395	33,9
26-30 anni	335	30,7	15	20,6	350	30,1
31-35 anni	103	9,4	9	12,3	112	9,7
36 anni e oltre	64	5,9	2	2,7	66	5,6
TOTALE	1091	100,0	73	100,0	1164	100,0

TAVOLA 5. — Tipo di droga assunta dai detenuti e internati tossicodipendenti del campione precedentemente all'ingresso in istituto

TIPO DI DROGA ASSUNTA PREVALENTEMENTE	Soggetti detenuti per legge stupefacenti (anche se detenuti per altri reati)						Soggetti detenuti solo per altri reati						T O T A L E					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1) Eroina	425	66,0	46	97,9	471	68,3	234	18,3	20	95,0	254	79,4	659	69,3	66	97,0	725	71,1
2) Altri oppiacei	53	8,3	—	—	53	7,7	31	10,4	—	—	31	9,7	84	8,8	—	—	84	8,2
3) Cannabici (haschisch, ma- rjuana)	151	23,5	1	2,1	152	22,0	32	10,7	—	—	32	10,0	183	19,2	1	1,5	184	18,0
4) Altro (allucinogeni e so- stanze psicotrope)	14	2,2	—	—	14	2,0	2	0,6	1	5,0	3	0,9	26	2,7	1	1,5	27	2,7
TOTALE	643	100,0	47	100,0	690	100,0	299	100,0	21	100,0	320	100,0	952	100,0	68	100,0	1020	100,0

Grafico 4-bis – Detenuti e internati tossicodipendenti, secondo l'età e il sesso, presenti negli istituti del campione al 24-5-1982



mente all'ingresso nell'istituzione penitenziaria, è risultato essere sia per i maschi che per le femmine, l'eroina, cui segue, ma di fatto solo per i maschi (19,2 %) l'uso di cannabinici.

Infatti la quasi totalità delle femmine assumeva eroina. Tra i maschi, invece, è presente l'uso, seppur limitatissimo, di altre droghe, quali oppiacei, allucinogeni e sostanze psicotrope.

Il 35,1 % dei soggetti dediti all'eroina è detenuto solo per i reati comuni, mentre il 64,9 % è imputato di delitti connessi alla legge n. 685/75, oltre che per altri reati.

Tale risultato sostiene la tesi del frequente ricorso ai reati comuni per alimentare la propria tossicodipendenza.

Dalla tavola n. 6, infatti, si rileva che, per i tossicodipendenti maschi, la percentuale di ricorso ai delitti contro il patrimonio è quasi pari a quella del ricorso ai reati dello spaccio e della detenzione.

Evidentemente il reato contro il patrimonio rende maggiormente dal punto di vista economico, rispetto al piccolo spaccio, permettendo di mantenere più a lungo una certa autonomia. Esso comporta minori rischi rispetto alla dipendenza dal giro di grossi spacciatori e alle conseguenze punitive di eventuali errori o tradimenti verso le organizzazioni che

TAVOLA 6. - Reati attribuiti ai detenuti o internati tossicodipendenti presenti al 24-5-1982 negli istituti campionati

	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Solo reati previsti dalla legge sugli stupefacenti (n. 685/75)	404	37,0	43	58,9	447	38,4
Reati previsti dalla legge sugli stupefacenti, insieme ad altri reati .	136	12,5	4	5,5	140	12,0
Delitti contro il patrimonio	408	37,4	17	23,3	425	36,5
Delitti contro la persona	85	7,8	5	6,8	90	7,8
Altri reati diversi dai precedenti .	58	5,3	4	5,5	62	5,3
TOTALE . . .	1.091	100,0	73	100,0	1.164	100,0

TAVOLA 7. — Reati attribuiti ai detenuti o internati tossicodipendenti, presenti negli istituti campionati al 24 maggio 1982, secondo la posizione giuridica

TIPO DI REATO	In custodia preventiva				Condannati			Internati			TOTALE GENERALE
	M		F		Tot.	M	F	Tot.			
	M	F	M	F							
Solo reati previsti dalla legge sugli stupefacenti (n. 685/75)	366	43	410	37	—	37	1	—	1	447	
Reati previsti dalla legge sugli stupefacenti, insieme ad altri reati	123	4	128	13	—	13	—	—	—	140	
Delitti contro il patrimonio	369	16	386	39	1	40	—	—	—	425	
Delitti contro la persona	71	5	76	14	—	14	—	—	—	90	
Altri reati diversi dai precedenti	51	3	54	7	1	8	—	—	—	62	
TOTALE . . .	980	71	1051	110	2	112	1	—	1	1164	

gestiscono il mercato della droga. Inoltre nello spaccio si incorre in sanzioni penali molto severe, più di quanto avvenga per alcuni reati contro il patrimonio.

Per quanto riguarda le donne, la maggioranza (58,9 %) è detenuta per i reati riferibili alla legge n. 685/75, mentre la percentuale di coloro che fanno ricorso a delitti contro il patrimonio o ad altri reati è notevolmente inferiore (23,3 %). Il dato evidenzia una minore tendenza delle donne tossicodipendenti del campione verso l'uso del delitto contro il patrimonio per procacciarsi i mezzi necessari al mantenimento della loro tossicomania, preferendo esse scegliere la via dello spaccio, quale alternativa per avere accesso alle sostanze stupefacenti.

A fronte dell'elevata percentuale di tossicomani detenuti per reati connessi alla legge n. 685/1975 e per reati contro il patrimonio (38,4 % e 36,5 %), stanno le molto minori quote di soggetti tossicomani imputati di entrambi i reati succitati (12 %), dei reati contro la persona (17,8 %) e di altri delitti diversi da quelli esposti (5,3 %).

Il dato emergente dalla tavola n. 7 sulla posizione giuridica, dalla quale risulta che la quasi totalità dei soggetti si trova in custodia preventiva, contro una minoranza di condannati, non è significativo, in quanto il campione degli istituti era costituito da case circondariali, dove sono ristretti prevalentemente soggetti in attesa di giudizio, che, pertanto, nella presente indagine sono risultati sovrastimati.

Ad ogni modo è doveroso segnalare l'elevato peso di tossicodipendenti giudicabili solo per reati di detenzione e/o spaccio (38,4 %), i quali, è noto, spesso permangono per lungo tempo in attesa di giudizio.

Tali soggetti, sovente detenuti per piccolo spaccio, vengono così a prendere contatto con il mondo penitenziario e con la delinquenza comune, mutuando da questa modelli e cultura.

È parso di notevole interesse verificare, oltre al tipo di reato, i precedenti penali dei soggetti tossicomani del campione.

Purtroppo non è stato possibile avere da tutti gli istituti campionati le informazioni richieste, per cui i dati non riguardano la totalità dei soggetti indagati.

Nonostante ciò, essi ci appaiono significativi per quanto comporta la recidività. Infatti su 508 tossicodipendenti (maschi e femmine) ben 368 soggetti, ossia il 72,4 % hanno precedenti penali, di cui il 24,6 % per reati riferibili alla legge sugli stupefacenti. Invece non risultano precedenti per il 27,6 % del campione.

Tale risultato conferma l'ipotesi precedente di un ragguardevole numero di soggetti che entrano nell'istituzione penitenziaria, vittime del proprio vizio e del bisogno di alimentarlo, piuttosto che per condotte criminogene. Senza considerare, poi, la percentuale dei tossicomani al primo ingresso in carcere che subisce, non solo un impatto traumatico, ma anche l'influenza della delinquenza comune. È probabile che per alcuni tali esperienze rappresentino il trampolino di lancio verso comportamenti delinquenziali.

Non a caso, la percentuale di soggetti tossicomani con precedenti penali per reati diversi da quelli riferibili alla legge n. 685/1975 è del 25,6 %, e quella inerente ai soggetti imputati, sia per reati connessi alla legge sugli stupefacenti, sia per altri reati, è del 22,2 %.

TAVOLA 8 - *Precedenti penali dei detenuti o internati tossicodipendenti presenti al 24-5-1982 negli istituti campionati*

PRECEDENTI PENALI	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Solo per la legge sugli stupefacenti (n. 685/75)	118	25,0	7	18,9	125	24,6
Per la legge sugli stupefacenti e per altri reati	103	21,9	10	27,0	113	22,2
Per altri reati	124	26,3	6	16,2	130	25,6
Non risulta	126	26,8	14	37,8	140	27,6
TOTALE . . .	471	100,0	37	100,0	508	100,0

Nel delineare i principali caratteri presentati dai tossicodipendenti ristretti negli istituti, si è rilevato se questi all'ingresso nel carcere avessero usufruito di trattamenti presso presidi sanitari pubblici e/o privati esterni.

Anche per tale variabile, però, non è stato possibile avere informazioni da tutti gli istituti del campione, pertanto i dati sono parziali. Da quelli pervenuti è comunque risultato che, su 651 soggetti (maschi e femmine) accertati, ha usufruito di trattamenti ambulatoriali presso le strutture sanitarie esterne o di ricoveri ospedalieri il 56,4 % dei soggetti, mentre non ha usufruito di alcun trattamento il 43,6 % (v. tavola n. 9).

TAVOLA. 9 - *Trattamenti precedenti all'ingresso in istituto dei detenuti o internati tossicodipendenti presenti al 24-5-1982 negli istituti campionati*

	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
1) Soggetti precedentemente trattati in presidi sanitari pubblici e privati, anche ambulatoriamente	352	55,8	15	75,0	367	56,4
2) Soggetti che non hanno usufruito dei trattamenti previsti nel n. 1) . .	279	44,2	5	25,0	284	43,6
Totale soggetti di cui si è accertato il dato . .	631	100,0	20	100,0	651	100,0

I risultati sembrano indicativi del vario tipo di tossicodipendenti che entra nell'istituzione penitenziaria: colui che non ha fatto nessun tentativo disintossicante, e che è possibile che sia refrattario a discorsi di recupero, e colui che proviene da una serie di tentativi di trattamento senza esiti positivi, ma che apparentemente è disposto o motivato a modificare la sua condizione.

In relazione al particolare stato psico-fisico del detenuto tossicodipendente e alla necessità di un trattamento istituzio-

nale, agganciato il più possibile alle risorse sanitarie e assistenziali esterne, nonché nell'ambiente familiare del soggetto, si è verificato come i detenuti tossicodipendenti del campione siano ristretti negli istituti in rapporto alla loro regione di nascita. (v. tavola n. 10).

In primo luogo si può dire che i soggetti tossicomani nati nelle regioni del Nord e del Centro Italia, appaiono favoriti per quanto riguarda la loro assegnazione negli istituti, situati nelle medesime regioni di nascita. Tale dislocazione favorisce il contatto con le famiglie d'origine, oltrech  la possibilit  di riferirsi a strutture esterne che possano quanto meno seguire il soggetto una volta in libert .

I tossicodipendenti nati nelle regioni del Sud, invece, appaiono dislocati prevalentemente negli istituti del Nord e del Centro Italia. Tale situazione pi  svantaggiosa   comunque riferibile oltrech  alle esigenze processuali, alla mancanza o carenza di collegamento tra gli istituti del Meridione (soprattutto Calabria, Sicilia, Sardegna) e le strutture territoriali locali, non ancora ben organizzate per offrire un servizio sanitario ed assistenziale funzionale per questo tipo di utenti. (rif. tavola n. 2).

Di conseguenza i tossicodipendenti vengono inviati in quegli istituti del Nord che possono intervenire sul loro problema per la migliore organizzazione sanitaria interna e di collegamento con i servizi esterni.

In sintesi si pu  dire che dall'analisi delle caratteristiche soggettive del campione emerge un tossicomane istituzionalizzato, che   eroinomane nella grande maggioranza dei casi, se maschio, e nella quasi totalit , se femmina; egli ha precedenti penali prevalentemente per reati contro il patrimonio e spesso anche per reati connessi alla legge sugli stupefacenti; per lo pi    reduce da tentativi esterni di trattamento e recupero falliti.

4.2. - *Note sul trattamento dei tossicodipendenti*

L'articolo 84 della legge n. 685 del 1975 sulla disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, prevede l'organizzazione, su decreto ministeriale, di reparti carcerari opportunamente attrezzati d'intesa con le competenti autorit  regionali, per la cura e l'assistenza del detenuto tossicomane.

TAVOLA 10. - Assegnazione penitenziaria dei detenuti tossicomani presenti negli istituti campionati al 24-5-1982, in rapporto alla zona di provenienza anagrafica

COINCIDENZA TRA REGIONE DI NASCITA E DI ASSEGNAZIONE	ZONE GEOGRAFICHE DI NASCITA												TOTALE CAMPIONE		
	Regioni del Nord			Regioni del Centro			Regioni del Sud			Esteri					
	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	E.	T.
PIEMONTE															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	21	4	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	4	25
Nati in altre regioni . .	6	1	7	—	1	1	30	5	35	—	—	—	36	7	43
LOMBARDIA															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	69	16	85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	69	16	85
Nati in altre regioni . .	11	—	11	1	1	2	36	7	43	—	—	—	48	8	56
VENETO															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	63	8	71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	63	8	71
Nati in altre regioni . .	8	2	10	—	—	—	3	—	3	1	—	1	12	2	14
EMILIA R.															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	25	5	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	5	30
Nati in altre regioni . .	1	—	1	3	2	5	24	3	27	—	—	—	28	5	33
TOSCANA															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	—	—	—	22	—	22	—	—	—	—	—	—	22	—	22
Nati in altre regioni . .	10	1	11	3	1	4	22	—	22	—	—	—	35	2	37
LAZIO															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	—	—	—	496	7	503	—	—	—	—	—	—	496	7	503
Nati in altre regioni . .	5	—	5	—	—	—	49	1	50	6	—	6	60	1	61
CAMPANIA															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	—	—	—	—	—	—	105	—	105	—	—	—	105	—	105
Nati in altre regioni . .	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	2
PUGLIA															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	—	—	—	—	—	—	18	3	21	—	—	—	18	3	21
Nati in altre regioni . .	—	1	1	—	—	—	2	1	3	—	—	—	2	2	4
SICILIA															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	3	—	3
Nati in altre regioni . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SARDEGNA															
Nati nella stessa regione di assegnazione penitenziaria	—	—	—	—	—	—	9	3	12	—	—	—	9	3	12
Nati in altre regioni . .	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	2
TOTALE CAMPIONE . . .	220	38	258	527	12	539	302	23	325	7	3	10	1056	73	1129

A tal proposito si è voluto verificare, attraverso l'esperienza degli istituti più coinvolti dal fenomeno, come essi hanno affrontato il problema di una eventuale separazione dei tossicodipendenti dal resto della popolazione.

La quasi totalità delle direzioni degli istituti campionati ha ritenuto non opportuna una netta separazione dei tossicodipendenti in reparti appositamente strutturati e separati dalla rimanente popolazione penitenziaria.

Dai dati esperenziali degli stessi istituti emerge che, ipotizzare una separazione permanente di tali soggetti dalla comunità detenuta, risulterebbe deleterio, in quanto istituzionalizzerebbe in tal modo la « categoria tossicodipendenti », ghettizzandola e riproponendo al tossicomane detenuto una ulteriore emarginazione, contraria al fine del recupero e della reintegrazione sociale.

La maggioranza delle direzioni ad ogni modo avanza la tesi che, in considerazione della particolare personalità e delle problematiche del tossicomane, al suo ingresso nell'istituzione penitenziaria si rende necessaria la separazione dalla comunità solo temporaneamente, limitata, quindi, agli accertamenti clinici e alla fase dello « svezamento fisico ».

In tal senso si può parlare di appositi reparti sanitari attrezzati per far fronte ai problemi immediati che tale tipo di soggetto pone: crisi di astinenza, disintossicazione fisica, ecc.

Secondo l'opinione delle direzioni, tali reparti dovrebbero avere la struttura tipica dei centri clinici. Per ora soltanto due degli istituti del campione su quindici hanno attrezzato dei reparti in tal senso e con tali finalità; nei rimanenti istituti il tossicodipendente al suo ingresso ha come punto di riferimento per l'assistenza il reparto di infermeria dell'istituto.

Dopo il superamento degli iniziali problemi di carattere fisico sarebbe opportuno, sempre secondo l'opinione della maggioranza delle direzioni degli istituti, integrare il soggetto nella comunità penitenziaria, favorendo gradatamente il suo inserimento, e tenendo in considerazione le difficoltà interpersonali e ambientali che spesso sorgono con la popolazione penitenziaria, non tollerante, nella maggioranza dei casi, degli atteggiamenti e dei problemi dei tossicodipendenti.

Il reinserimento (maggiormente controllato nei casi più difficili) del tossicomane nelle dinamiche di gruppo, nelle

attività lavoative o ricreative, dovrebbe essere il presupposto essenziale per i programmi di trattamento.

L'ingresso del detenuto tossicomane nell'istituzione pone quale problema preliminare quello dell'accertamento obiettivo del suo stato. Le modalità prevalenti per l'accertamento, che gli istituti del campione pongono in atto, sono costituite dalla dichiarazione volontaria dello stesso soggetto al suo ingresso in istituto o dal suo manifesto stato fisico (sintomi della crisi di astinenza), cui fa seguito, per lo più, la visita medica.

Raro è il ricorso alle analisi cliniche (solo due istituti su quindici effettuano l'analisi dei liquidi biologici attraverso la struttura sanitaria esterna) come completamento della visita medica, e scarsi i casi di ulteriori controlli del soggetto durante la detenzione. Solo in qualche istituto vengono regolarmente svolti controlli medici per verificare se il soggetto assuma clandestinamente sostanze stupefacenti.

Per quanto attiene al campo specifico del trattamento del soggetto dedito a sostanze stupefacenti, la totalità degli operatori sanitari degli istituti interpellati è stata concorde nel considerare realizzabile la disintossicazione fisica del tossicomane, tenendo comunque presente che essa è in rapporto alla durata della detenzione (se questa copre l'arco del trattamento terapeutico disintossicante) e al grado di intossicazione del soggetto oltre che alla volontà. Tra le terapie somatiche adottate nella disintossicazione del drogato è risultato che quelle maggiormente usate dai sanitari dell'istituzione sono le terapie farmacologiche non sostitutive: benzodiazepine e neurolettici in fase di astinenza, epatoprotettori, fleboclisi disintossicanti e all'occorrenza antidepressivi.

La terapia sostitutiva, principalmente metadonica (solo in pochi casi viene somministrata la terapia sostitutiva con morfina), è usata con minore frequenza rispetto a quella farmacologica non sostitutiva; laddove è adottata, viene somministrata a scalare (15-20 giorni) sotto il controllo delle U.S.L. locali. La terapia metadonica di mantenimento (superiore ai 20 giorni) viene effettuata solo in rari casi di tossicomanie che usufruivano già di tale tipo di trattamento presso la struttura pubblica precedentemente all'arresto. Pertanto se la disintossicazione fisica si può realizzare nel carcere, quella

che raramente si riesce a ridurre è la dipendenza psicologica della sostanza stupefacente.

Generalmente, infatti, il tossicomane con la scarcerazione torna « a bucarsi », dimostrando come la temporanea disintossicazione fisica non sia sufficiente, quando permangono inalterate le motivazioni che sono alla base della dipendenza psichica dalla sostanza.

L'intervento psicologico sulla personalità del tossicomane è infatti uno degli obiettivi più difficili da realizzare nella struttura penitenziaria. Gli psichiatri e gli psicologi degli istituti del campione, a tal proposito, hanno sottolineato che nel trattamento del tossicodipendente è essenziale considerare l'importanza dell'elemento « motivazione » del soggetto all'intervento psicoterapeutico; nella generalità, infatti, i soggetti rifiutano il trattamento esclusivamente psicologico.

Oltre a ciò, alcuni concordano nel ritenere difficile la realizzazione di psicoterapie, sia per i limiti temporali (breve durata della permanenza nell'istituto dei soggetti, anche a causa dei trasferimenti), che strutturali (carenza di idonei spazi fisici e sociali per determinate terapie); pertanto ravvisano una insufficienza dell'intervento psicoterapeutico sul tossicodipendente negli istituti, fermo restando il semplice sostegno psicologico.

Anche i dati numerici del campione confermano l'opinione degli esperti: la terapia più usata nei confronti del drogato è quella di sostegno psicologico attraverso colloqui clinici, mentre l'uso di psicoterapie specifiche, individuali o di gruppo, è estremamente sporadico.

Altro elemento di importanza rilevante nel trattamento del soggetto tossicomane, parallelo al sostegno della personalità, è costituito dal suo inserimento nell'habitat istituzionale.

La stimolazione del soggetto a svolgere attività lavorative e ricreative, che vincano l'apatia che generalmente subentra durante la detenzione, una volta superati i momenti più drammatici della sindrome di astinenza, favorirebbe l'adattamento ambientale.

Purtroppo tali interventi sono ostacolati dalle carenze strutturali e organizzative degli istituti penitenziari, soprattutto per quanto riguarda l'attività lavorativa. Dalle risposte della maggioranza degli istituti campionati si è rilevato, infatti, che su 852 tossicomani (v. tavola n. 11) lavora solo il

TAVOLA. 11. - Inserimento lavorativo di detenuti o internati tossicodipendenti presenti al 24-5-1982 negli istituti campionati.

	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
Tossicodipendenti inseriti in una attività lavorativa istituzionale . . .	176	21,3	9	32,1	185	21,7
Tossicodipendenti che non lavorano per mancanza di posti disponibili . . .	551	66,9	16	57,2	567	66,6
Tossicodipendenti che non lavorano per propria volontà	97	11,8	3	10,7	100	11,7
TOTALF TOSSICODIPEND.	824	100,0	28	100,0	852	100,0

21,7 %; non svolge alcuna attività per mancanza di posti lavorativi disponibili il 66,6 %, mentre l'11,7 % è in ozio per propria volontà.

Tale situazione lavorativa, in particolare, incide gravemente sul recupero e sul trattamento della fragile personalità del tossicomane.

Anche nel campo dell'informazione sanitaria e della prevenzione è risultata essere minima la percentuale delle iniziative realizzate dagli istituti: 5 su 15 hanno svolto al loro interno programma di educazione sanitaria prevalentemente a favore dei tossicomani detenuti. Nello specifico, due di questi istituti hanno collaborato con enti pubblici esterni, e tre hanno utilizzato il personale dell'Amministrazione penitenziaria ex art. 80. Tali attività sono state effettuate prevalentemente attraverso cineforum e colloqui clinici.

Gran parte del personale direttivo degli istituti, a tal proposito, ha evidenziato le macroscopiche carenze del rapporto tra le istituzioni penitenziarie e gli enti locali, nel creare i presupposti di un futuro reinserimento del detenuto drogato nel territorio sociale.

Tale convergenza tra istituto e territorio, che è fondamentale nella gestione del fenomeno tossicomano, non trova purtroppo riscontro operativo: nel campione analizzato, solo alcuni istituti dichiarano di avere rapporti continuativi con organismi pubblici o privati, in vista di un trattamento del tossicodipendente successivo alla scarcerazione; nei rimanenti casi gli istituti segnalano rapporti occasionali con tali strutture o assenza di qualsiasi rapporto.

In relazione a quanto emerso, si possono formulare alcune osservazioni sui problemi principali del trattamento dei tossicodipendenti in istituto penitenziario, sintetizzando le opinioni, espresse dal personale sanitario e direttivo degli istituti del campione, sulla funzione che il carcere può svolgere su tale fenomeno.

La maggioranza degli operatori succitati ritiene che la istituzione penitenziaria non abbia un effetto positivo sulla personalità del tossicodipendente.

Anche se l'istituzione, in considerazione delle carenze strutturali dei servizi socio-sanitari esterni, può costituire paradossalmente un'occasione per un temporaneo distacco dalla droga e per la disintossicazione fisica, nella globalità il carcere con la sua insita coercizione, l'assenza di elementi affettivi, le carenze dal punto di vista lavorativo e riabilitativo, l'affollamento e la promiscuità dell'ambiente, influisce pesantemente e negativamente sul detenuto tossicodipendente, incrementando la sua devianza (si pensi al contatto con la delinquenza comune) e lasciando irrisolti i suoi problemi pratici.

Quasi tutti gli operatori vedono come dubbio il reinserimento sociale del tossicomane, non solo per le carenze interne dell'istituzione sopra citate, ma anche in considerazione del fatto che l'ambiente esterno non è preparato ad accogliere e a rispondere alle esigenze concrete del tossicodipendente, in quanto, disoccupazione, scarse strutture di riferimento, assenza di prevenzione primaria, costituiscono elementi che rendono difficoltoso e limitativo il reinserimento di questo tipo di soggetti.

Il carcere può svolgere, quindi, in tale contesto una azione parziale di reinserimento, riferita essenzialmente a quei pochissimi soggetti, la cui motivazione a cessare la tossicodipendenza

e la cui volontà ad abbandonare il gruppo deviante di appartenenza al momento dell'uscita dal carcere, sono ben salde.

4.3. - *I problemi posti all'istituzione penitenziaria dal soggetto tossicomane*

La quasi maggioranza delle direzioni degli istituti, riguardo ai problemi posti specificatamente dai detenuti tossicodipendenti ha evidenziato come nella gestione di tale detenuto le maggiori difficoltà sono poste dallo stato psicologico e neurologico collegato alla tossicodipendenza.

Gli operatori penitenziari si trovano a dover fronteggiare, soprattutto nei primi tempi della detenzione, una serie di sintomi psicofisici quali la sindrome di astinenza, malattie collaterali (epatiti, etc.), e notevoli disturbi psicosomatici (soprattutto ansia e insonnia). Anche dal punto di vista comportamentale il tossicodipendente ha bisogno di un sostegno psicofarmacologico maggiore rispetto ad altri detenuti; infatti, frequentemente presenta alterazioni comportamentali legate al proprio stato psicologico e all'impatto con l'ambiente carcerario. Sono elevati i tentativi autolesionistici e i sintomi quali la depressione, l'abulia, l'indifferenza nella cura della propria persona, che pongono seri problemi pratici all'interno della istituzione.

La dipendenza psicologica determina, inoltre, comportamenti di ricerca di sostanze psicoattive di qualsiasi genere (frequentemente alcool e psicofarmaci), che possano surrogare lo stato di deprivazione della sostanza stupefacente. Tale stato tensivo nel soggetto drogato genera intolleranza all'ambiente circostante, alle regole della vita penitenziaria e influenza i rapporti interpersonali e di socialità.

A causa della sua personalità tale soggetto non riesce ad integrarsi facilmente nella comunità, spesso è malvisto per i problemi sanitari che pone e per le particolari esigenze farmacologiche; pertanto la quasi totalità delle direzioni penitenziarie è d'accordo nel ritenere che questi abbisogna di un sostegno psicologico continuo, che vada oltre il superamento della crisi di astinenza e della disintossicazione.

Alcuni operatori hanno messo in luce anche un altro problema inerente al drogato: la sua esigenza (soprattutto

nei cronici) di un più frequente contatto con la famiglia di origine, e la continua richiesta di espletare colloqui con essa.

Da quanto esposto, emerge che le difficoltà nel trattamento del tossicomane nascono dal bisogno di soddisfare due esigenze ugualmente importanti: da una parte quella di accogliere il soggetto in un ambiente il più possibile protetto, dall'altra quella di stimolarlo, superata la fase più critica, alla ripresa dei rapporti relazionali e di interessi alternativi al desiderio coattivo della sostanza.

4.4. - *Introduzione e traffico di droga e surrogati di essa negli istituti*

Il fenomeno dell'introduzione e del traffico di droga negli istituti è chiaramente legato alle richieste del tossicomane che, spinto continuamente dal suo bisogno compulsivo di droga, ricerca la sostanza stupefacente. Tale desiderio viene acuito anche dall'ambiente coattivo e frustrante del carcere che interviene sul suo problema essenzialmente attraverso i farmaci.

Ciò, come è stato illustrato, è del tutto insufficiente a risolvere la complessa dinamica dell'essere tossicomane.

La quasi totalità degli istituti del campione ha ammesso che al suo interno si sono verificati episodi di introduzione di droga, anche se in piccole quantità.

La sostanza che si cerca di introdurre con più frequenza è l'eroina, seguita dai cannabinici e in ultimo dalla cocaina. Le modalità prevalenti usate per l'introduzione sono risultate essere la posta, il vestiario e i generi alimentari; in misura minore si verifica anche l'introduzione di droga durante i colloqui familiari.

Il prospetto delle denunce effettuate dalle direzioni degli istituti, nell'anno 1981 e nel primo quadrimestre del 1982 (v. tavola n. 12), inerenti all'introduzione, al traffico e al rinvenimento di droga, anche se i dati sono parziali, appare indicativo del fenomeno: la droga circola nel carcere e dà luogo a scambi e commerci. Infatti, le 125 denunce del 1981 e le 27 del primo quadrimestre del 1982 sembra debbano essere considerate sintomatiche di un fenomeno di assai più vaste proporzioni.

TAVOLA. 12. - *Denunce nell'anno 1981 e nel primo quadrimestre 1982 per introduzione e rinvenimento di droga negli istituti del campione. (*)*

A N N O	Denunce per introduzione di droga	Denunce per traffico di droga	Denunce per rinvenimento di droga	TOTALE
1981	37	2	86	125
1° quadrimestre 1982 .	19	—	8	27

(*) I dati riguardano solo 11 istituti, non essendoci pervenuti quelli dei rimanenti istituti.

Il mercato o scambio di droga nell'istituto avviene attraverso colloqui interni, posta, contatti interpersonali, mentre, per quanto risulta alle direzioni, il pagamento viene effettuato in vari modi: attraverso vaglia inviati a casa del venditore o tramite i familiari all'esterno. Altre modalità usate sono l'acquisto di generi vari alla spesa del sopravvittuto carcerario a nome del venditore, la consegna come pagamento di piccoli oggetti d'oro che è consentito detenere nell'istituto oppure lo scambio con denaro clandestinamente detenuto.

Un altro fenomeno inerente ai problemi dei tossicodipendenti detenuti è l'uso di determinati surrogati drogastici in assenza della sostanza stupefacente.

La quasi totalità degli istituti del campione a riguardo ha segnalato l'uso dell'inalazione di gas in bombolette, e soprattutto il ricorso all'ebbrezza da vino ed ai farmaci (nello specifico psicofarmaci e chemioterapici).

Il rituale drogastico del « buco » in taluni casi viene ricreato avvalendosi di espedienti, quali la diluizione in acqua di specifici farmaci e la loro somministrazione per via endovenosa mediante strumenti empirici o siringhe possedute clandestinamente.

Alcuni sanitari degli istituti considerati nell'indagine sono dell'opinione che fenomeni di « tossicodipendenza iatrogena » si possono generare soprattutto nei grossi giudiziari, particolarmente affollati, dove maggiore è la promiscuità dell'ambiente e risulta più elevato il traffico interno di droga e/o surrogati di essa.

Negli istituti dove il servizio medico e paramedico è ben organizzato, e la somministrazione dei farmaci è adeguata e controllata, il rischio del passaggio della tossicodipendenza, dalla droga ai farmaci, è ridotto o quanto meno contenuto.

Anche lo scambio di vino all'interno degli istituti dà luogo a casi frequenti di intossicazione alcolica da parte dei soggetti più dipendenti, che cercano di soddisfare in modo alternativo il loro bisogno prevalentemente psicologico.

Un approfondimento conoscitivo di tale fenomeno negli istituti italiani è di essenziale importanza, per verificare la entità del rischio che, in determinate condizioni istituzionali, il detenuto dedito alla droga sovrapponga alla sua precedente tossicodipendenza una forma di dipendenza da sostanze surrogative, simile nelle sue dinamiche, alla precedente.

5. - NOTE CONCLUSIVE SUI RISULTATI DELLE INDAGINI

L'analisi dei dati della ricerca, per quanto attiene al rilevamento delle caratteristiche soggettive dei tossicodipendenti, ha messo in luce come il fenomeno del ricorso a reati, commessi per mantenere la propria tossicodipendenza, sia diffuso anche più del ricorso allo spaccio. La droga, principalmente la eroina, svolge quindi un ruolo importante nel sollecitare comportamenti delinquenziali, che pur rimangono meramente strumentali e secondari al principale problema del drogato: la ricerca della dose quotidiana.

Ci troviamo di fronte a una rischiosa commistione tra la delinquenza comune e l'ambiente del drogato, dove la prima, si pensi alle organizzazioni che gestiscono lo spaccio e il traffico, sfrutta la seconda, che a sua volta nutre da essa modelli e strumenti in un circolo vizioso.

Come si è avuto modo di rilevare, l'istituzione penitenziaria che accoglie il tossicodipendente non riesce a far fronte per le sue stesse caratteristiche di controllo e le dinamiche tipiche di una istituzione totale e chiusa, alle istanze e ai problemi che questi pone.

L'intervento è meramente assistenziale sia dal punto di vista sanitario che psicologico.

Il tanto auspicato collegamento dell'istituzione con i servizi sanitari e gli Enti Locali, avente lo scopo di proiettare

l'intervento psico-sociale istituzionale nel futuro (all'atto della scarcerazione), e nel tessuto sociale, è purtroppo risultato carente e disomogeneo a livello nazionale.

Ciò pone, quindi, in rilievo l'insufficienza e/o la disfunzionalità delle strutture esterne nel farsi carico di tale aspetto del fenomeno droga.

Il fatto che l'istituzione, come già è stato detto, non sia in grado, per la sua stessa natura e per la scarsa funzionalità di alcuni suoi servizi (basti considerare la carenza del lavoro penitenziario, l'insufficiente intervento di socializzazione, etc.), di influire sulla sindrome tossicomantica, è confermato non solo dall'alta percentuale di recidiva dei tossicodipendenti del campione della ricerca in oggetto e dalle opinioni fornite in merito dagli esperti, ma soprattutto dal grave fenomeno del traffico di droga in carcere.

Il verificarsi di tale fatto è strettamente connesso con la motivazione e la volontà del soggetto a partecipare all'opera di recupero (ove se ne prospetti la possibilità); infatti il subirla passivamente ha come risultato quello della ricerca clandestina della sostanza stupefacente.

Oltre a ciò, vanno considerate le difficoltà terapeutiche e metodologiche di intervento nel carcere sulla dipendenza psicologica, componente propulsiva della « fame » di droga.

L'introduzione della droga negli istituti attraverso canali clandestini è una realtà, soprattutto nei grossi istituti sovraffollati, sintomatica di come il problema della tossicomania vada affrontato con modalità preventive capillari più che attraverso controlli repressivi.

Questo pare confermato anche da un altro preoccupante fenomeno che si è delineato nella presente ricerca: la sostituzione della sostanza stupefacente con surrogati empiricamente assunti (inalazione di gas butano e propano, uso di psicofarmaci per via orale o endovena, alcool).

Alla luce di quanto emerso dall'indagine svolta, uno degli obiettivi dell'istituzione penitenziaria per apportare dei cambiamenti nel trattamento intramurale dei tossicodipendenti, dovrebbe essere quello di ridurre al massimo l'influenza negativa dell'ambiente istituzionale che agisce, in particolar modo, sul detenuto tossicodipendente.

Le modalità per raggiungere tale obiettivo sono quelle di una piena applicazione della legge di riforma penitenziaria

del 1975, ovverossia l'incrementare i posti lavorativi interni e le attività di stimolo alla socializzazione; evitare una eccessiva promiscuità negli istituti; aumentare il numero degli operatori penitenziari specializzati; applicare maggiormente le misure alternative, etc; estendere alla totalità del sistema il collegamento operativo con le Unità Sanitarie Locali, gli Enti Locali, le cooperative di lavoro, e renderlo più efficace.

Per quanto attiene al problema della separazione dei detenuti tossicodipendenti dal resto della popolazione (art. 84, legge n. 685/1975), è necessario tenere in considerazione l'opinione della maggioranza degli esperti consultati durante la ricerca, che ritiene negativa e priva di fondamento una separazione. Tuttavia appare altrettanto importante, soprattutto negli istituti particolarmente affollati dalla delinquenza organizzata, destinare il drogato, in particolar modo chi ha il primo approccio con il carcere, a gruppi o sezioni di detenuti che per le loro caratteristiche non costituiscano per tale soggetto un eccessivo pericolo dal punto di vista comportamentale, evitandone la sempre possibile vittimizzazione (ricatti, soprusi, strumentalizzazione) e favorendo così una integrazione più controllata.

Non si tratta di una differenziazione ghettizzante, ma di un tentativo di proteggere una personalità, quale quella del tossicomane, che per la sua debolezza o disgregazione può essere più facilmente di altre influenzata o traumatizzata dal contatto con determinati gruppi delinquenziali.

Ciò, peraltro, si riallaccia anche al principio citato nello art. 14 della riforma penitenziaria (legge n. 354/1975) riguardo all'assegnazione e raggruppamento di detenuti o internati allo scopo di procedere ad una opera rieducativa individualizzata.

La realizzazione operativa di questo principio può nella pratica tradursi in efficaci tentativi di recupero di determinate fasce di individui, o quantomeno permettere di verificare in che termini si può parlare di recupero del deviante, sia esso delinquente comune o drogato, in una istituzione come quella penitenziaria.

Il poter collocare il tossicodipendente in un ambiente il più possibile protetto o meglio « a rischio ridotto » e contemporaneamente favorire una maggiore socializzazione, fornendogli

anche stimoli lavorativi, creativi, etc., potrebbe ridurre la pressione e la coercizione istituzionale che attualmente colpisce indiscriminatamente e macroscopicamente i soggetti detenuti, con particolare riferimento ai tossicodipendenti.

Le strutture esterne e tutta la collettività, rimangono in ultima analisi gli organismi responsabili del recupero del tossicomane; pertanto bisogna evitare che per delle carenze strutturali e sociali l'istituzione penitenziaria costituisca il serbatoio di qualsiasi forma di devianza.

5.1. - *Lineamenti per un ulteriore approfondimento del fenomeno*

In considerazione dell'assenza, sia di specifiche ricerche, sia di carenze bibliografiche, in merito al rapporto tossicodipendenza-carcere, appare infine importante segnalare sinteticamente una serie di temi inerenti a tale dimensione del problema droga, allo scopo di approfondirlo e di offrire spunto per ricerche nel settore.

A) Particolare attenzione va dedicata alle problematiche relative all'ingresso e alle prime fasi detentive del tossicodipendente recluso.

In modo specifico vanno considerati i valori medi riferiti all'intossicazione acuta o cronica di tali soggetti, nel momento in cui, a causa dell'incarcerazione, sono bruscamente privati dello stupefacente prevalentemente usato.

B) Un aspetto rilevante del rapporto droga-istituzionalizzazione sembra consistere nella confezione artigianale di determinate sostanze psicoattive usate in alternativa allo stupefacente.

C) Il problema dei rapporti del tossicodipendente detenuto con il resto della popolazione penitenziaria va analizzato alla luce del più ampio contesto istituzionale, allo scopo di individuare le dinamiche e le pressioni ambientali esercitate sul tossicomane in ragione del suo stato e dei suoi bisogni.

D) Il ruolo della famiglia del tossicodipendente va giustamente considerato essenziale per tutti gli aspetti generali specifici della problematica. In particolare, le relazioni affettive del tossicodipendente con la propria famiglia di origine e con le figure di riferimento interpersonale acquistano in questo

ambito una dimensione significativa e quindi necessaria di approfondimento.

E) Di rilevante importanza è la raccolta di dati circa l'esito delle misure alternative alla detenzione concesse ai soggetti tossicodipendenti. Ciò, soprattutto, in rapporto alla esigenza di integrare con opportune prescrizioni speciali, attinenti particolarmente alla riabilitazione del tossicodipendente, il programma di trattamento, che funge contestualmente da presupposto per la suddetta concessione e da « prova » per l'esito positivo delle misure alternative stesse.

RIASSUNTO

La ricerca della tossicodipendenza in carcere comprende una analisi generale del fenomeno che considera l'entità e le soluzioni adottate dall'Amministrazione penitenziaria italiana e una analisi più particolareggiata che si incentra su un campione di 15 istituti penitenziari italiani, i più rilevanti in base a tre criteri: concentrazione di tossicodipendenti, tipologia e capienza degli istituti, distribuzione territoriale.

L'indagine campionaria è stata condotta mediante la tecnica del questionario somministrato agli istituti e ad alcune categorie di operatori penitenziari. Dall'elaborazione dei dati dell'indagine è emerso come le caratteristiche soggettive del campione forniscono l'immagine di un tossicodipendente, nella maggioranza eroinomane se maschio, e nella quasi totalità se femmina, con precedenti penali prevalentemente per reati contro il patrimonio cui seguono i reati connessi alla legge per gli stupefacenti.

Oltre la metà dei soggetti rilevati ha alle spalle tentativi presso strutture pubbliche e/o private falliti.

La risposta dell'Amministrazione penitenziaria al tossicomane detenuto appare essere essenzialmente di tipo assistenziale, con tentativi di collegamento alle strutture pubbliche (U.S.L.) per ottemperare a quanto previsto anche dalla specifica normativa (art. 84 legge 685/75).

Sul piano terapeutico è risultato che è possibile ottenere una disintossicazione fisica del tossicodipendente, mentre è più difficile operare sulla dipendenza psichica che lo spinge alla riassunzione e alla ricerca della droga o addirittura di surrogati di essa. La terapia di sostegno della personalità del soggetto è adottata quale unica modalità terapeutica possibile nel carcere per far fronte al sintomo psicologico.

In relazione alla problematica della separazione dei detenuti tossicodipendenti in apposite sezioni degli istituti, le direzioni degli stessi si sono pronunciate per la non opportunità di usare una tale soluzione.

Se si può parlare di separazione questa deve essere circoscritta alla prima fase della detenzione: svezamento fisico e accertamenti clinici.

La maggior parte degli operatori intervistati nell'indagine ritiene che l'istituzione carceraria non abbia un effetto positivo sul trattamento del tossicodipendente, per cui non si può parlare di recupero eccetto per rari casi in cui il soggetto era già validamente motivato a cessare l'assunzione di droga.

Le disfunzioni delle istituzioni (carenza di posti lavorativi interni, mancanza di adeguate stimolazioni ecc.) si sommano spesso alle carenze della struttura esterna pubblica alla riabilitazione di tali soggetti, per cui il carcere paradossalmente in alcune realtà territoriali (soprattutto il Sud) diviene l'unica risposta per tale problema.

RESUME

La recherche sur le phénomène de la toxicodépendance en prison comprend une analyse générale du phénomène considérant l'entité et les solutions adoptées par l'Administration pénitentiaire italienne, et une analyse plus détaillée concentrée sur un échantillon de 15 institutions pénitentiaires italiennes choisies selon trois critères: concentration de toxicodépendants, typologie et capacité des institutions, répartition territoriale.

L'étude de l'échantillon a été faite selon la technique du questionnaire soumis aux institutions et à certaines catégories de travailleurs pénitentiaires.

Les données de l'étude ont montré comment les caractéristiques subjectives de l'échantillon fournissent l'image-type du toxicodépendant: la majorité des hommes sont héroïnomanes, la quasi totalité pour les femmes; les précédents pénaux sont presque tous des infractions contre le patrimoine ainsi que les infractions connexes à la loi sur les stupéfiants.

Plus de la moitié des sujets étudiés ont derrière eux des tentatives auprès des structures publiques et/ou privées, qui ont échoué.

La réponse de l'Administration pénitentiaire au toxicomane détenu semble être essentiellement l'assistance, avec des tentatives de connexion avec les structures publiques (Unités Sanitaires Locales) pour respecter ce qui est prévu par la loi (article 84, loi n. 685/1975).

Sur le plan thérapeutique, il semble qu'il soit possible d'arriver à une désintoxication physique du toxicodépendant, alors qu'il est plus difficile d'agir sur la dépendance psychique qui le pousse à la recherche et à la consommation de drogues, ou même de succédanés. La thérapie de soutien de la personnalité du sujet est adoptée en tant que seule modalité thérapeutique possible en prison, pour affronter le symptôme psychologique.

En ce qui concerne le problème du placement des détenus toxicodépendants dans des sections spéciales des institutions pénitentiaires, les directions de ces mêmes institutions se sont prononcées contre

une telle solution. Elles ajoutent que si l'on veut parler de séparation, celle-ci doit se limiter à la première phase de la détention: sevrage physique et vérifications cliniques.

La majeure partie des travailleurs interviewés pensent que l'institution pénitentiaire n'a pas un effet positif sur le traitement des toxicodépendants; ainsi, il n'est pas possible de parler de récupération, sauf dans quelques cas très rares où le sujet était déjà motivé pour une désintoxication.

Les mauvais fonctionnements des institutions (absence de postes de travail internes, absence de stimulations adaptées etc...) s'ajoutent souvent aux carences de la structure publique externe à laquelle incombe la réhabilitation de ces sujets, pour qui la prison, paradoxalement, devient parfois (surtout dans le sud) la seule réponse au problème.

SUMMARY

The research on the phenomenon of drug addiction in prisons includes a general analysis of the phenomenon, its entity and the solutions adopted by the Italian prison authorities and a more detailed analysis of a sample of 15 Italian prisons considered the most important on the basis of three main criteria: concentration of drug addicts, typology and capacity of the institutes and national distribution.

The sample research was carried out using the questionnaire method. It was sent to prisons and to certain categories of prison staff. From the subsequent elaboration of the data collected from the sample, it appears that the majority of addicts are male and almost all female addicts are heroin addicts, and has a previous criminal record mainly for crimes against property followed by crimes connected with the drug laws.

Over half the inmates studied had had failed attempts with private or state bodies.

The prison authorities' attitude to drug addicted inmates appears to be mainly of an « assistential » nature, which attempts to link up with the state bodies (USL) in accordance with the specific regulations (Article 84 of Law No. 685 passed in 1975).

From the therapeutical point of view, it would appear that whilst it is possible to achieve the physical disintoxication of the drug addict it is more difficult to affect the psychic dependance which causes the addict to relapse and seek the drug or substitutes of the same. A therapy to support the patient's personality is adopted as the only therapeutic method possible in prison to combat the psychological symptoms.

As far as concerns the problem of the isolation of drug addicted inmates in special wings in prisons, the prison authorities concerned have already come out against such a solution. If separation is adopted, it should be limited to the first phases of detention – physical weaning of the drug and medical checks.

The majority of those questioned in the research felt that imprisonment did not have a positive effect on the treatment of drug addiction and therefore rehabilitation cannot be discussed except in the rare cases where the patient was already sufficiently motivated to stop taking the drug.

The inefficiencies of the prisons (lack of employment opportunities within the prison, lack of suitable incentives etc) are often overshadowed by the lack of outside public bodies dedicated to the rehabilitation of drug addicts so that in some areas (particularly in the south) prison has paradoxically become the only answer to the problem.